

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิด และพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

วัชนี หัตถพนม

ไพรวลัย ร่มชัย

มัลลิกา พูนสวัสดิ์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิด และพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้า และมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป อายุระหว่าง 20-60 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเพื่อเข้ารับการบำบัดแต่ละกลุ่มสลับเดือนกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนขนาดตัวอย่างที่มีน้อย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที (ผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT) และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดของโรงพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยตามปกติ ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1, 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552 - กันยายน 2554 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มบำบัดด้วย CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

คำสำคัญ:

การปรับความคิดและพฤติกรรม, ความคิดอัตโนมัติทางลบ, จิตบำบัดประคับประคอง, ภาวะซึมเศร้า

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) และจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบร้อยละ 21 ของ

ประชากรโลก เป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ชัดเจน และต่อเนื่อง⁽¹⁾ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกล้ม่นคงปลอดภัยและคุณภาพชีวิต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ

และการเสียชีวิต⁽²⁾

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับทุกคน ทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และในผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น schizophrenia, alcoholic psychosis, drug abuse^(3,4) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ Arsenault - Lapierre และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษานานวิจัยในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 27 รายงาน จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด 3,275 คน พบว่าร้อยละ 87.3 ของผู้เสียชีวิตมีโรคทางจิตเวชในช่วงฆ่าตัวตาย โดยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์) ร้อยละ 43.2 ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ร้อยละ 25.7 บุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 16.2 และโรคจิตร้อยละ 9.2 และจากการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม 14 รายการ พบว่ามีการฆ่าตัวตายสูงสุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดแบบ cognitive triad เช่น การมองตนเอง การมองอนาคต และมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ รู้สึกหดหู่ หดหู่ใจ ซึ่งอาการเหล่านี้ก็พบได้เช่นกันในผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดและสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ป้องกันได้โดยการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการกำเริบซ้ำน้อยลง ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมด้วย Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา⁽⁷⁻⁹⁾

Himelhoch และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อ HIV เป็นการศึกษาแบบ meta analysis ผลการศึกษาพบว่าวิจัย 3 ใน 8 เรื่อง มีผลลัพธ์ในการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่ม

CBT กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดบริการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งเป็นบริการตามปกติที่ให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดแบบ cognitive triad การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบของผู้ป่วยโดยตรง ให้มีความคิดที่เหมาะสม ช่วยลดอารมณ์ ความรู้สึกในแง่ลบลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้ตามปกติ ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาหลักสูตร CBT เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ครั้ง โดยปรับการบำบัดให้เข้ากับบริบท (context) ของผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดมาใช้ ทำการบำบัด 8 และ 12 ครั้ง^(10,11,12) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง เปรียบเทียบอัตราการลดลงของอาการซึมเศร้า (intention to treat) และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ randomized control - group pretest and posttest design ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตหรือจิตเภท major depressive disorder หรือ ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2553 สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เพื่อทำการศึกษา มีดังนี้

1. มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Depression Inventory (TDI)⁽¹³⁾ ตั้งแต่ 21 คะแนน ขึ้นไป

2. อาการทางจิตสงบ และไม่มีความวิตกกังวลด้านพุทธิปัญญา (cognitive problem) เมื่อประเมินด้วย Thai HoNOS มีคะแนน ≤ 2

3. สื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นไข้ หูหนวก
4. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
5. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างแบบ repeated measurement ANOVA ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.1 และ 11.1 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 22.4 และ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งได้มาจากผลการศึกษาของ Wong⁽¹²⁾ และกำหนดค่า $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.2$ มีการทดสอบ baseline จำนวน 1 ครั้ง มีการติดตาม จำนวน 3 ครั้ง และกำหนดให้ความสัมพันธ์ระหว่าง baseline กับ follow-up และระหว่าง follow-up ด้วยกันเท่ากับ 0.3 จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา)

การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด โดยสุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดเป็นเดือนสลับกันระหว่าง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อย ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มได้ และเป็น การป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัด ขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (contamination) ผลการสุ่มการบำบัด กลุ่ม CBT ดำเนินการบำบัดในเดือน ธันวาคม 2552 และเดือนกุมภาพันธ์ 2553 กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองในเดือนมกราคม และมีนาคม 2553

โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Study intervention)
ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมบำบัดด้วยกลุ่ม CBT จำนวน 5 ครั้งๆละ 60-90 นาที ตั้งแต่วันจันทร์

ถึงวันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกาย 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 5) แบบแผนความคิดที่บิดเบือน 6) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด

ผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดและมีประสบการณ์การบำบัดด้วย CBT 2 และ 4 ปีตามลำดับ และเป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมการบำบัด จึงมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญและแนวทางการบำบัด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม เข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy: SP) สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที จันทร์ พุธ ศุกร์ ซึ่งเป็นการบำบัดตามปกติที่โรงพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาซับซ้อนจนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะเช่นกัน จำนวน 2 คน และเป็นพยาบาลประจำหน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความซึมเศร้า TDI⁽¹³⁾ ข้อคำถามสร้างจากอาการแสดงที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นคนไทย และคัดเลือกจากข้อคำถามที่ใช้บ่อยในต่างประเทศร่วมด้วย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และมีค่า concurrent validity กับเครื่องมือ Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.7189 ($p < 0.001$) ผู้วิจัยได้นำ TDI ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ในเดือน

ตุลาคม 2552 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.883 มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ในแต่ละข้อมีระดับคะแนนจาก 0-3 โดยการแปลผลนับจากคะแนนรวม ดังนี้

คะแนน	ระดับภาวะซึมเศร้า
0-20	ไม่มี
21-25	อ่อน
26-34	ปานกลาง
≥ 35	รุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought: NAT) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตทางลบของ Beck⁽¹⁴⁾ และการประเมินความคิดทางลบของ ลัดดา แสนสีทา⁽¹⁵⁾ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.92 แบบประเมินมีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย ๆ การแปลผลโดยการรวมคะแนนทุกข้อรวมกัน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) คะแนนยิ่งมากขึ้นแสดงถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่สูงขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน โดยชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล (ซึ่งไม่ใช่ผู้วิจัยและผู้ทำกลุ่ม SP) และให้ทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบอภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการเก็บข้อมูล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน กรณีกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้จะให้ตอบแบบสอบถามเอง ถ้าอ่านหนังสือไม่ได้จะให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงติดตามผลภายหลังทำกลุ่ม 1 เดือน 3 เดือน จะสอบถามความสนใจของผู้ป่วย โดยการมาพบพยาบาลในช่วงมารับยาตามนัด หรือส่งจดหมายไปให้

ตอบกลับมา หรือใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อเพื่อตอบข้อมูล วิจัยกรณีไม่มาตามนัด ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้า โดยประเมิน 4 ครั้ง รูปแบบเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมเป็นหลัก นอกจากนี้ได้ติดตามการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552 - กันยายน 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองด้วย t-test
 3. ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ที่มีต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
 4. การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
 5. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- ข้อจำกัดในการวิจัย การวิจัยนี้มีการควบคุมกลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างสลับเดือนในการเข้ารับการรักษา เพื่อป้องกันการพบปะพูดคุยกันของผู้ป่วยที่อาจมีผลแทรกซ้อน (confounding variable) ต่อผลลัพธ์การบำบัด แต่ไม่ได้ควบคุมถึงการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับตามปรกติ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กลุ่มทักษะทางสังคม เป็นต้น ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.0 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 51.7 จบการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 41.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.5 มีรายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ร้อยละ 46.4 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.1 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 79.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 69.0 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 35.38 ปี (SD 7.97) เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมานานเฉลี่ย 9.34 ปี (SD 7.04) (ตารางที่ 1, 2)

1.2 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 56.7 จบการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 46.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย 1-5,000 บาท ร้อยละ 50.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.3 สถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 70.0 ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 76.7 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 35.33 ปี (SD 7.89) เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมานานเฉลี่ย 8.50 ปี (SD 6.03) (ตารางที่ 1, 2)

2. คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

3. การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ

ระยะเวลาการทดลอง พบว่าวิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 54} = 3.73; p 0.05$) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อค่าเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3, 162} = 3.56; p 0.01$) โดยในการวัด 4 ครั้ง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดลดลง และเริ่มสูงขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน แต่ก็ยังมีคะแนนลดลงกว่าระยะก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทุกระยะที่มีการวัด (ตารางที่ 4 รูปที่ 1)

เช่นเดียวกันพบว่าวิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 54} = 7.01; p 0.01$) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีผลต่อค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3, 162} = 5.10; p 0.005$) โดยในการวัด 4 ครั้ง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดลดลง และเริ่มสูงขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน แต่ก็ยังมีคะแนนลดลงกว่าระยะก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทุกระยะที่มีการวัด (ตารางที่ 4 รูปที่ 2)

4. การเปรียบเทียบการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และกลุ่ม SP โดยการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (intention to treat analysis) กรณีรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้ โดยให้ระดับการวัดภาวะซึมเศร้าใน 3 เดือนหลังการทดลอง (ในกรณีไม่มาตามนัด) เท่ากับก่อนการทดลอง⁽¹⁶⁾ พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปรกติ ร้อยละ 82.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่ามีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในระดับปรกติ ร้อยละ 56.7 กรณีไม่รวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้ ในภาพรวมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปรกติ ร้อยละ 82.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในระดับปรกติ ร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	20 (69.0)	23 (76.7)
หญิง	9 (31.0)	7 (23.3)
สถานภาพสมรส		
โสด	15 (51.7)	17 (56.7)
คู่อยู่ด้วยกัน	5 (17.2)	4 (13.3)
คู่แยกกันอยู่	5 (17.2)	5 (16.7)
หย่าร้าง/หม้าย	4 (13.8)	4 (13.3)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12 (41.4)	13 (43.3)
มัธยมศึกษา	9 (31.0)	14 (46.7)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	5 (17.2)	2 (6.7)
ปริญญาตรี	3 (10.3)	1 (3.3)
อาชีพ		
ว่างงาน	7 (24.1)	6 (20.0)
รับจ้าง/ค้าขาย	8 (27.5)	9 (30.0)
เกษตรกรกรรม	10 (34.5)	12 (40.0)
รับราชการ	2 (6.9)	1 (3.3)
อื่น ๆ (ระบุ)	2 (6.9)	2 (6.7)
รายได้ของผู้ป่วย (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	8 (28.6)	7 (23.3)
1-5,000	13 (46.4)	15 (50.0)
> 5,000	7 (25.0)	8 (26.7)
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	18 (62.1)	19 (63.3)
เพียงพอ	11 (37.9)	11 (36.7)
สถานภาพของท่านในครอบครัว		
บิดา/มารดา	3 (10.3)	5 (16.7)
พี่น้อง	1 (3.4)	1 (3.3)
บุตร	23 (79.3)	21 (70.0)
สามี/ภรรยา	2 (6.9)	1 (3.3)
อื่น ๆ (ระบุ)	-2 (6.7)	
การวินิจฉัยโรค		
โรคจิตและจิตเภท	20 (69.0)	23 (76.7)
โรคซึมเศร้า	2 (6.9)	1 (3.3)
ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา	7 (24.1)	6 (20.0)
ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลัก		
บิดา มารดา	17 (58.6)	19 (63.3)
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1 (3.4)	-
พี่น้อง	6 (20.7)	6 (20.0)
บุตร	1 (3.4)	-
สามี/ภรรยา	4 (13.8)	2 (6.7)
อื่น ๆ (ระบุ)	-3 (10.0)	

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 2 อายุเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง x̄ (SD)	กลุ่มควบคุม x̄ (SD)
อายุ (ปี)	35.38 (7.97)	35.33 (7.89)
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช (ปี)	9.34 (7.04)	8.50 (6.03)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

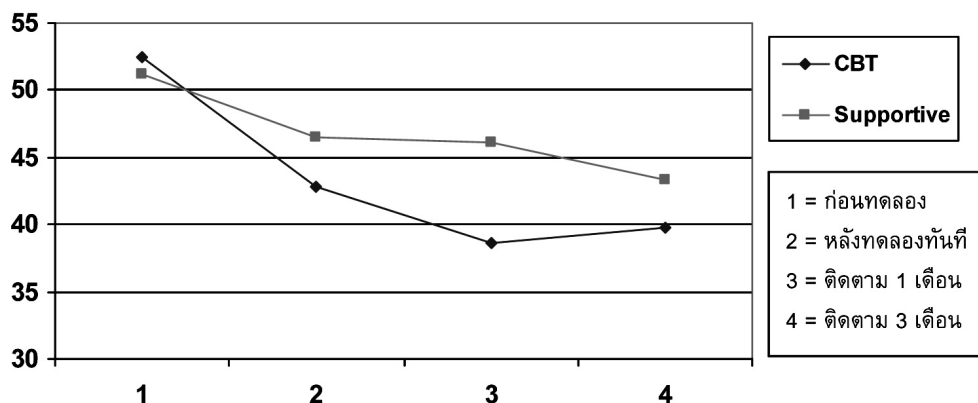
กลุ่มบำบัด	n	mean	SD	mean difference	t	df	p
ความคิดอัตโนมัติทางลบ							
CBT	29	52.51	9.35	1.29	0.59	54	0.55
Supportive	27	51.22	6.64				
ภาวะซึมเศร้า							
CBT	29	26.34	4.29	-0.24	- 0.19	54	0.84
Supportive	27	26.59	5.16				

ตารางที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความคิดอัตโนมัติทางลบ					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	636.64	1	636.64	3.73	0.05
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	9214	54	170.63		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	3709.66	3	1236.55	24.13	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	547.84	3	182.61	3.56	0.01
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	8299.28	162	51.23		
ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1051.28	1	1051.45	7.01	0.01
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	8094.04	54	149.89		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	7865.36	3	2621.79	88.16	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	455.79	3	151.93	5.10	0.005
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	4817.27	162	29.74		

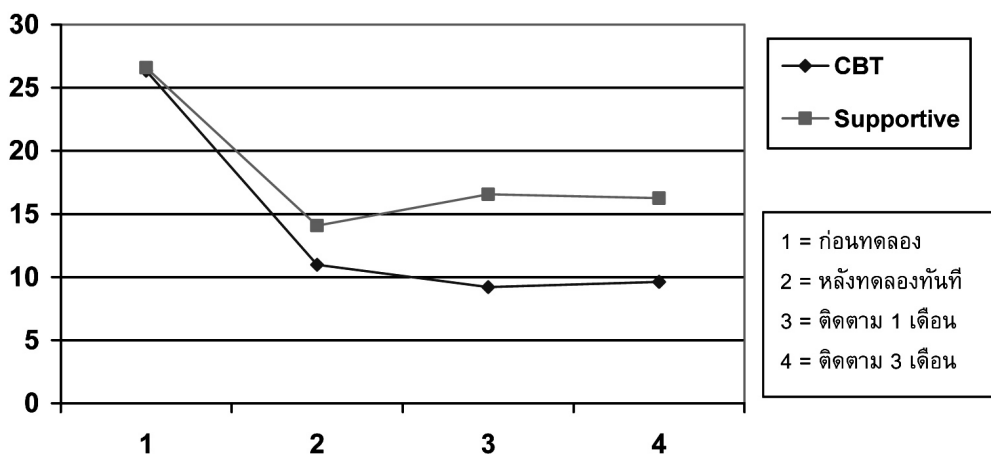
*p < 0.05

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ



รูปที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



รูปที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิจารณ์

63.0 (ตารางที่ 5)

5. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 6)

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการกลุ่มของทั้ง 2 กลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณคนที่เข้ากลุ่มมีความทุกข์ใจเหมือนกัน (universality) ทำให้ความคิดในแง่ลบรู้สึกดีขึ้นบ้าง⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ประกอบกับการทำกลุ่ม CBT

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือนหลังการทดลองโดยรวมกลุ่ม (n = 59 คน) และไม่รวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้ (n = 56 คน)

ระดับภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน (จำนวน)	หลังปกติ (จำนวน)	อัตราการ หาย (%)	ก่อน (จำนวน)	หลังปกติ (จำนวน)	อัตราการ หาย (%)
กรณีรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้						
เล็กน้อย	15	14	93.3	18	13	72.2
ปานกลาง	14	10	71.4	12	4	33.3
รวม	29	24	82.8	30	17	56.7
กรณีไม่รวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้						
เล็กน้อย	15	14	93.3	15	13	86.7
ปานกลาง	14	10	71.4	12	4	33.3
รวม	29	24	82.8	27	17	63.0

ตารางที่ 6 การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=59 คน)

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช่	27 (93.1)	26 (86.7)
ใช่	2 (6.9)	4 (13.3)

เป็นการทำกลุ่มแบบต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ฝึกทักษะการปรับแนวความคิดในทางที่มีเหตุผลเหมาะสมตามความเป็นจริง และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบหลังติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบเริ่มเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 3 เดือน ทั้งนี้อาจเป็นข้อเสนอนะที่สำคญในการทำกลุ่ม CBT ต่อไปว่าควรมีการบำบัดเพื่อการกระตุ้น (booster session) ในเดือนที่ 2-3 หลังการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ CBT อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jarrett et al⁽²⁰⁾ และ Wright et al⁽²¹⁾ ได้เสนอแนะว่าควรติดตามบำบัดผู้ป่วยซ้ำอีก 4-8 ครั้งต่อปี

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่ม CBT มีภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภารมย์ แต่งเจริญ⁽²²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในผู้ป่วยจิตเวช และ Wong⁽¹²⁾ ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT มีภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Himelhoch et al⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis ถึงประสิทธิผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV พบว่าการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มการฝึกการเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ก็พบว่ากลุ่ม CBT ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัย-

สำคัญทางสถิติเช่นกัน

อนึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือน 3 ด้าน (cognitive triad) คือการมองตนเอง คนอื่นและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนอนาคตในแง่ลบ^(6,14) การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดทางความคิดโดยตรง โดยพยาบาลผู้บำบัดจะใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่ม ได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบตามมาของความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรม และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้รับประโยชน์จากกระบวนการนี้⁽¹⁹⁾ แตกต่างจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองซึ่งเน้นที่การระบายอารมณ์ความรู้สึก และการแก้ปัญหาพร้อมกันของสมาชิก แต่ไม่ได้ลงลึกถึงการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนซึ่งส่งผลต่ออารมณ์เศร้าที่ตามมา ทำให้อัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 26.1 (ตารางที่ 5)

ผลการศึกษากลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองเกือบ 2 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Himelhoch et al⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Wilkinson et al⁽²³⁾ ทำการวิจัยเชิงทดลองศึกษาผลของกลุ่ม CBT ที่มีต่อการลดอาการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก็พบว่าอัตราการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT น้อยกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่ม CBT เน้นการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought) ที่เหมาะสมมากขึ้น^(19,21) ทำให้

มีอารมณ์ ความรู้สึกที่ดีตามมา ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และการฝึกทักษะในกลุ่มบ่อย ๆ เปรียบเสมือนเป็นห้องปฏิบัติการอย่างดีในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญ และสามารถนำทักษะไปใช้ในชีวิตจริงภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong⁽¹²⁾ ที่พบว่าอารมณ์ทางด้านลบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ร้อยละ 40 และจากการวิเคราะห์ด้วย multiple regression analysis พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดทางลบและอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการติดตามผลหลังจำหน่าย 6 เดือน ผู้ป่วยทุกคนยังคงมีชีวิตอยู่และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้

เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์ที่สำคัญเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพัฒนาโปรแกรมกลุ่ม CBT ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่ดีทั้งการลดภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วย^(10,12,23,24) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กลุ่ม CBT เป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดดีกว่ากลุ่ม SP ในกรณีมีผู้ป่วยในที่มีภาวะซึมเศร้า ควรจัดบริการให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การบำบัด 5 ครั้งมีผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดบริการกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดเฉพาะทางให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว

1.2 พบว่าทั้งคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดในเดือนที่ 3 เริ่มสูงขึ้น จึงควรมีการทำกลุ่ม CBT ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองซ้ำในเดือนที่ 3 หลังการบำบัด เพื่อเป็นการกระตุ้นการบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้เช่นเดิม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ผลดีอย่างต่อเนื่อง ควรมีการกระตุ้นการบำบัด (booster session) ทุก 3-6 เดือน และควรประเมินประสิทธิผลซ้ำด้วยการศึกษาวิจัย

สรุป

การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลดีอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลพัฒนาบริการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้กับตนเองได้ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลในระยะยาว เกี่ยวกับความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พงษ์เดช สารการ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ทำให้ผู้วิจัยดำเนินงานจนสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณ อาจารย์อังกฎา โคตรนารา อาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านสถิติการวิจัย ตลอดจนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression. [online] 2008 [cited 2008 Aug 5]; Available from: URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
2. Jylha P, Isometsa E. Relationship of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009;114(1):110-121.
3. Lepine JP. European perspective on depression. *Primary Care Psychiatry* 1997;3(1):53-6.

4. Stahl JP. Quality of life in schizophrenia: contribution of anxiety and depression. *Schizophrenia Research* 2006;90:186-97.
5. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3,275 suicides : a meta analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37-47.
6. Barton SB, Morley S. Specificity of reference patterns in depressive thinking: agency and object roles in self-representation. *J Abnorm Psychol* 1999;108(4):655-61.
7. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:816-20.
8. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S et al. Randomized controlled trial of non-directive counseling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321(7273):1383-8.
9. March J, Silva S, Petrycki S, Wells K, Fairbank J, Burns B et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(7):807-20.
10. Himelhoch S, Deborah RM, Gloria O. Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systemic review and meta analysis. *Aid Patient Care and STDs* 2007;2(10):732-39.
11. Rossello J, Brenal G, Medina RC. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008;14(3):234-45.
12. Wong DFK. Cognitive behavioral treatment group for people with chronic depression in Hong Kong: a randomized waist-list control design. *Depression and Anxiety* 2008;25(2):142-8.
13. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิตย์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย* 2542;20(9):17-9.
14. Beck J S. *Cognitive therapy: basic and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
15. ถัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
16. นพดล พิมพ์จันทร์, อรุณ จิรวัดน์กุล. การวิเคราะห์โดยใช้

- หลักการ Principle of intention-to-treat analysis (ITT) ในการทดลองทางคลินิก. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ 2548;1(3):69-74.
17. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2552.
 18. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. Michigan: Basic Books; 1995.
 19. Sharon MF, Arthur F. Cognitive behavior therapy in nursing practice. New York: Springer Publishing; 2005.
 20. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:381-88.
 21. Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, Basco MR. Cognitive behavior therapy for severe mental illness and illustrated guide. British: American Psychiatric Publishing; 2009.
 22. สุภารมย์ แต่งเจริญ. กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า [รายงานการศึกษาระยะปริญญามหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 23. Wilkinson P, Alder N, Juszcak E, Matthews H, Merritt C, Montgomery H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive behavioral group intervention to reduce recurrence rate in the life depression. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:68-75.
 24. Matsunaga M, Okamoto Y, Suzuki S, Kinoshita A, Yoshimura S, Yoshino A, et al. Psychosocial functioning in patients with treatment - resistant depression after group cognitive behavioural therapy. BMC Psychiatric 2010;10:22.

Abstract Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group to Reduce Negative Automatic Thought and Depressive Symptoms with Psychiatric Patients

Watchanee Huttapanom, Praiswan Romsai, Mullita Poonsawad

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen

Journal of Health Science 2012; 21:929-41.

This randomized control - group pretest and posttest design was aimed at evaluating the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) group for reducing negative automatic thought and depressive symptoms in psychiatric patients during October 2009-September 2011. The subjects were psychiatric patients (psychoses, major affective disorder, problem of drug and alcohol use) who were admitted to a psychiatric hospital and had a score on The Thai Depression Inventory more than 21. Their ages ranged from 20 to 60 years. The experiment group was assigned to the CBT 5 times per week. Each session ranged from 60 to 90 minutes (the therapists were experienced psychiatric nurse for CBT group). The control group was assigned to the supportive psychotherapy (SP) group which underwent a usual therapy 3 times per week. Each session lasted 60 minutes. Subjects were assessed at pretreatment, posttreatment, one month and three months after treatment. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results of this study showed that subjects in the CBT group had a significantly greater decreasing score in negative automatic thought and depressive symptoms than those in the control group. Decreasing rate of depression of the experiment group was more substantial significantly than that of the control group. The ratio of readmission rate between the CBT and SP groups at 6 months after discharge from the hospital was 1 : 2.

Key words: cognitive behavioral therapy, depressive symptom, negative automatic thought, supportive psychotherapy