

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นางพรเพ็ญ อารีกิจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS
ON DEPRESSION IN DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS

Mrs. Pornpen Areekit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญ
สติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โดย นางพรเพ็ญ อารีกิจ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิจิต)

พรเพ็ญ อารีกิจ : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS ON DEPRESSION IN DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 135 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 ราย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย พิจารณาจากเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติพัฒนามาจาก CBT ของ Beck (1979) และ MBCT ของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) ซึ่งทุกเครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377588136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : DEPRESSION/DEPRESSIVE DISORDER/COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY/MINDFULNESS

PORNPEN AREEKIT : THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS ON DEPRESSION IN DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS.

ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 135 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness-based on depression in depressive disorder patients. Samples were 40 depressive disorder patients from psychiatric clinic in Makarak Hospital and were selected by matched pairs into the experimental group and the control group with 20 in each group considering gender, age and level of depression. The experimental group was received cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program while the control group was received routine nursing care. Experimental instruments were cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program developed from CBT of Beck (1979) and MBCT of Segal, Williams, & Teasdale (2002). Data were collected by demographic data form and Beck Depression Inventory Scale (BDI). The instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of BDI were .86. Data were analyzed by mean, standard deviation and t-test statistic.

Major findings were as follows :

1. The depression score after receiving the cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program was significantly less than before receiving program, at the .05 level.
2. The depression score after receiving the cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program was significantly less than those who could not receive the program, at the .05 level.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature.....

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ส่งเสริม และให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และตั้งใจทำงานวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้ จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็ง และผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยอย่างเต็มที่ ครอบครัวของผู้วิจัย และเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่า และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	17
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	30
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ.....	35
4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ.....	41
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77

	หน้า
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	111
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาต่างๆ.....	123
ภาคผนวก ง เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง	126
ภาคผนวก จ ข้อมูลและใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	129
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	135

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 กำหนดการ โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ.....	73
2 คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรม.....	74
3 คะแนนระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรม.....	75
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา.....	80
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ.....	81
6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	82
7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	83
8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติและการพยาบาลตามปกติ.....	84
9 คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ประเมินก่อนและหลังการทดลอง.....	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สมาธิ และการตัดสินใจแย่ง ความสามารถในการทำงานลดลง มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จนอาจมีการทำร้ายตัวเอง และฆ่าตัวตายได้ (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) ซึ่งขณะนี้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล เป็นปัญหาที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกจะเปลี่ยนจากลำดับที่ 4 ของปัญหาการเจ็บป่วยทั้งหมดในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2004) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราการความชุก 5% ของจำนวนประชากร หรือมากกว่า 3 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด (ชรินทร์ กองสุข, 2551) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) และเป็นความเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

สาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Beck, 1979)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) โดยการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางจิตสังคม ใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆเช่น Interpersonal Therapy เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น Cognitive Behavior Therapy (CBT) เน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริง Short-Term Psychotherapy ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) โดยที่ CBT เป็นวิธีการรักษาที่มีหลักการว่าพฤติกรรม และอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ซึ่งแต่ละคนจะมี

ความคิดในทางลบ และการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป (Seok and Tiam, 2003; Tsai et al., 2006) Hollon and Kendall (1980) จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น เพื่อใช้ในการแยกแยะและค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย โดยแบบประเมินนี้ประเมินจากผลที่ผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้ตอบเอง (Self-Report)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันจะพบว่า เป็นงานที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และเป็นงานที่ใช้การเจริญสติ เช่น กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) ดำเนินการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2553) ศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติร่วมกับการรับยา ใช้แนวคิดการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) เป็นการดำเนินการทดลองกับกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายหลังจากได้ฝึกการเจริญสติแล้ว มีภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการติดตามผลการรักษาในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาด้านเศร้าได้นานถึง 3 ปี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากตัวอย่างงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้พบว่ายังเป็นงานที่แยกกันอยู่ ยังไม่มีการนำการบำบัดทั้งสองนี้มาผสมผสานกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยหากนำการบำบัดทั้งสองนี้มาผสมผสานกันจะช่วยเพิ่มให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ สามารถควบคุมความคิดและการกระทำให้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจาก CBT จะมีการพิสูจน์หากระบวนการคิดที่บิดเบือน แล้วปรับเปลี่ยนให้เกิดความคิดใหม่ที่ต้องสอดคล้องกับความจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าลดลง ป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ห้กลับเป็นซ้ำอีก (Beck, 1979) แต่ในบางขณะผู้ป่วยอาจขาดการตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ และไม่ปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้น จึงทำให้ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตัวเองขณะฝึก CBT ได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) ซึ่ง Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้ศึกษาพบว่า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่สำคัญเกิดจากการขาดการมีสติ คือ ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ คิดไปตามความเคยชินจนเกิดเป็นความผิดปกติของความคิด คือมีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง คิดในทางลบ มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีต จึงเกิดอารมณ์เศร้าขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามมา เช่น ตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากกรณีศึกษาของพลภัทร์ โฉ่เสถียรกิจ (2553) ที่มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีตเกี่ยวกับความล้มเหลวในการทำงานบ่อยครั้งที่คิดฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกอับอายญาติพี่น้องแต่เมื่อได้ฝึกเจริญสติ ส่งผลให้เกิดปัญญาในการเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์ และความเคยชิน และยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดในทางลบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เหมาะสมขึ้น ไม่คิดฆ่าตัวตาย และมีอาการของโรคดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งการนำการเจริญสติ (Mindfulness) มาบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการฝึกคิดให้เห็นความจริงของความคิด และอารมณ์ทั้งดีและไม่ดี ว่าไม่เที่ยง เปลี่ยนแปลง และเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวางความทุกข์ ช่วยในการควบคุมความคิดและการกระทำ เพื่อให้เกิดการรับรู้ ปล่อยวาง ไม่ตัดสินผิดถูก ขอมรับปัญหา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

สติ คือ ความระลึกได้ ช่วยให้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน ขอมรับความจริง เข้าถึงปัญหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นทักษะสำคัญของการเจริญสติ และการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

การฝึกเจริญสติ จะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน กระตุ้นให้รู้จักการไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สะท้อนความรู้สึกตนเอง บูรณาการการเรียนรู้ความคิดของตนเองกับการเรียนรู้การฝึกสติ (Chiesa and Serretti, 2010) ดังที่พระอาจารย์ปัญญานันทภิกขุ (2538) ได้กล่าวว่า การทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมจิตใจ ความคิด และพฤติกรรม สนับสนุนให้เห็นว่าการมีสติมีคุณค่า และได้แนะนำให้ลองพิจารณาแทรกสติไปในชีวิตประจำวันด้วยการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติสติในอิริยาบถต่างๆ เช่น การเดิน พุด นั่ง หรืออิริยาบถอื่นๆ ด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจในขณะนั้นๆ ฝึกเช่นนี้อยู่เรื่อยๆ ทำอะไรก็ให้รู้ตัวทุกลมหายใจเข้าและออก นอกจากนี้สุเทพ พรหมเลิศ (2544) เรียกการฝึกสติในชีวิตประจำวันว่า การเจริญสติกับชีวิตประจำวัน และให้ความเห็นว่า

ดำรงชีวิตในแต่ละวันมนุษย์ต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ตั้งแต่ตื่นนอน ทำกิจวัตรต่างๆ ไปทำงานพบปะผู้คนมากมายมีทั้งดีและไม่ดี บางครั้งก็ทำให้ดีใจ บางครั้งก็เสียใจ จึงต้องรู้จักฝึกเจริญสติ เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างการฝึกสติ เช่น การทำสมาธิกำหนดรู้ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การเรียน การทำงาน เป็นต้น และเท็ดค็อกซ์ เดชคง (2546) ได้นำแนวคิดเรื่องสติไปประยุกต์ในงานสุขภาพจิต และให้ความหมายสติ คือ ความรู้ตัว เช่น รู้ว่ากำลังเดิน รู้ว่ากำลังโกรธ รู้ว่ากำลังสงสัย รู้ว่ากำลังทุกข์ใจ เป็นต้น

ดังนั้นการเพิ่มปริมาณของสติ จะทำให้รู้ทันอารมณ์ สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และหลุดจากความคิดอัตโนมัติ นิสัยเคยชินเดิมๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และลักษณะสำคัญของการมีสติ คือ มีการตระหนักรู้ (Awareness) และมีความใส่ใจ (Attention) เป็นเหมือนอุปกรณ์คอยตรวจจับระดับการมีสติ ซึ่ง Brown and Ryan (2003) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS ขึ้น เพื่อที่จะสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าถึงระดับ Mindfulness คือมีสติในการดำรงชีวิตประจำวันเพียงใด

โดยเวลาในการฝึกสมาธิเพื่อเจริญสติ หรือเพื่อให้เกิดสติ ที่เหมาะสมในแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที ดังเห็นได้จากผลการศึกษาโครงการประกันสุขภาพแห่งเมืองควีเบค ประเทศแคนาดา ที่ทำการศึกษาต่อเนื่องยาวนานถึง 6 ปี พบว่าชาวควีเบคในโครงการประกันสุขภาพที่ทำสมาธิทุกๆ วัน วันละ 20 นาที ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยกว่าคนในกลุ่มทดลองที่ไม่ได้ทำสมาธิ ทำให้รัฐควีเบค ลดค่ารักษาพยาบาลลงถึงร้อยละ 13 ดังนั้นการทำสมาธิเพื่อเจริญสติอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที จะช่วยให้ใจสงบ มีสติสัมปชัญญะ ไม่คิดตามอารมณ์ รู้ทันอารมณ์ ปล่อยวาง และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ (มิตชูโอะ คเวสโก, 2554)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการประยุกต์การเจริญสติในชีวิตประจำวันในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีเพียงงานเดียว ได้แก่ รายงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย ของพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2553) โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดด้วยการฝึกเจริญสติในชีวิตประจำวัน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก สอนให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้อาการที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจิตใจ ขั้นตอนที่ 2 สอนวิธีเบี่ยงเบนอารมณ์ และขั้นตอนที่ 3 สอนให้รับรู้อารมณ์ใดๆ โดยไม่แทรกแซง ผลที่ได้คือผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีคะแนนซึมเศร่าลดลงจากการ

ประเมินด้วย MADRS (แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์) สามารถหยุดยาได้ 3 ปี ไม่มีอาการกำเริบ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดให้มีอารมณ์ในทางบวกมากขึ้น ส่วนการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นการฝึกคิดให้เห็นความจริงของความคิด และอารมณ์ทั้งดีและไม่ดี ว่าไม่เที่ยง เปลี่ยนแปลง และเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวางความทุกข์ และการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ สามารถควบคุมความคิดและการกระทำให้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง การใช้การเจริญสติจึงช่วยในการควบคุมความคิดและการกระทำ เพื่อให้เกิดการรับรู้ ปล่อยวาง ไม่ตัดสิน ผิดถูก ขอมรับปัญหา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) และจากผลสำรวจการนับถือศาสนาของประชากรไทยพบว่าร้อยละ 94.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) การเจริญสติตามแนวทางพุทธศาสนาจึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตพุทธได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) ร่วมกับแนวทางการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) พัฒนามาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งกาย จิต สังคม สามารถตระหนักรู้ ไม่ตัดสิน ผิดถูก ขอมรับอยู่กับปัญหาได้ มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนให้ถูกต้อง สามารถคิด และจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยผู้วิจัยได้เลือกทำการวิจัยที่โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปจัดอยู่ในระบบการให้บริการผู้ป่วยในระดับตติยภูมิ เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยในประเทศไทยจะมารับบริการที่สถานพยาบาลในระดับตติยภูมิมากขึ้น สาเหตุเพราะการรักษาต้องเป็นไปตามระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันที่ต้องให้ประชาชนรับบริการที่สถานพยาบาลในเขตพื้นที่ก่อน ทำให้เกิดการกระจายตัวของผู้ป่วยไปตามภูมิภาคต่างๆไม่ไปแออัดกันที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ดังนั้นจึง

สามารถเก็บข้อมูลและให้โปรแกรมการบำบัดแก่ผู้ป่วยที่อยู่ตามโรงพยาบาลทุติยภูมิได้ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ (ปานเทพ คณานุรักษ์, 2554)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้าที่สำคัญเกิดจากการขาดการมีสติ คือ ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ คิดไปตามความเคยชินจนเกิดเป็นความผิดปกติของความคิด คือ มีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง คิดในทางลบ มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีต จึงเกิดอารมณ์เศร้าขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามมา (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีการฝึกคิดในเชิงของเหตุผล และการฝึกสมาธิเพื่อการเจริญสติช่วยให้ผู้ฝึกเกิดปัญญาในการเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์ และความเคยชิน และสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดในทางลบ ซึ่งเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ฝึกได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และอดิศร จันทรสุข, 2552)

การช่วยให้บุคคลมีวิธีการจัดการกับการทำงานของจิต คือ ให้กาย และจิตทำงานกันอย่างสมดุล สามารถจัดการความคิดที่บิดเบือน และทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) พัฒนามาเป็น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการใช้การเจริญสติ โดยมีกิจกรรม 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมีระยะเวลา 8-16 ครั้ง แต่มีการรายงานว่าจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดทำให้ประสบความสำเร็จได้ คือ 8 ครั้ง (White and Freeman, 2000) ส่วนการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ จะใช้

ระยะเวลาในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 8 ครั้ง (Teasdale et al., 2002) และสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งการบำบัดรายกลุ่มเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดทางบวกเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึกรัก และผูกพันภายในกลุ่มแล้ว (White and Freeman, 2000) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติครั้งนี้ จึงเป็นการบำบัดรูปแบบกลุ่ม โดยสรุปดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางการบำบัด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้านพร้อมที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพ การซักถามประเมินสิ่งที่ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว (White and Freeman, 2000) ส่วนการฝึกการรู้จักตนเองนั้น เป็นการเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตด้วยการฝึกการเจริญสติ คือการทำสมาธิขั้นพื้นฐาน การทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ และการฝึกสมาธิแบบสั้น เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำด้วยความเคยชิน หรือด้วยการตระหนักรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการทำความรู้จักกับคำว่า “สติ” (Teasdale et al., 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) รวมถึงวิธีการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตนเองได้ดีขึ้น เกิดความมั่นใจ เกิดกำลังใจ ร่วมมือรับการบำบัดอย่างจริงจัง มีทางเลือกสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญกับการร่วมมือในการรักษา และการตอบสนองการรักษา (จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2545)

ส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ จะเป็นการอธิบายถึงความหมายของการเจริญสติ ความเกี่ยวข้องกันของโรคซึมเศร้ากับการเจริญสติ ประโยชน์ของการเจริญสติ และวิธีการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจริญสติ และเตรียมความพร้อมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม โดยมีการฝึกสมาธิเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจให้แก่ผู้ป่วยร่วมด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน เป็นการฝึกให้ผู้ป่วย ได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่บิดเบือน ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความคิด และพฤติกรรมนี้ว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้อง (Beck, 1979; Seok and Tiam, 2003) และฝึกให้ผู้ป่วย เชื่อมโยงร่างกาย ความคิด หรือจิตใจ ฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ คือ รู้ถึงอุปสรรค เกิดการตระหนักรู้ รับรู้สถานการณ์ขณะนั้นตามจริงด้วยการไม่ตัดสิน เกิดปัญญาสามารถคิดอย่างมีอิสระ มีทางเลือก ในการคิดเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากการคิดแบบเดิมๆ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ประเมินความคิด และพฤติกรรมของตนเองว่ามีความสมเหตุสมผลกันกับความเป็นจริงเพียงใด เกิดความตระหนักรู้ถึงความคิด และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้ถูกต้อง ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นเหตุเป็นผลกัน ตามมา (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) โดยผู้ป่วยจะถูกสอนให้อยู่กับปัจจุบัน มากกว่า การครุ่นคิดอดีต หรือกังวลอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น การฝึกเน้นเรียนรู้การฝึกสมาธิแบบสั้น ช่วยให้ อยู่กับปัจจุบัน เพื่อให้เกิดสติ รู้ตัวอยู่กับการหายใจในปัจจุบัน มีอิสระ ทบทวนสาเหตุแท้จริงของ ปัญหาได้

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และฝึกการยอมรับตามที่เป็นอย่างจริง เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เพราะการคิดซ้ำๆ ในทางลบจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549) ดังนั้นการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิด และสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม เนื่องจากบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิด หรือเลิกคิดได้ เมื่อผู้ป่วย

สามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงนำไปใช้หยุดความคิดกับปัญหาในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญ วัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ส่วนการฝึกการยอมรับตามที่จริง เป็นการฝึกการยอมรับอย่างตั้งใจเป็นเหมือนก้าวแรกของชีวิตที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักรู้อย่างเต็มที่ และสามารถจัดการกับความยุ่งยากทั้งหลายนั้นได้ เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการเปลี่ยนแปลง ในการสร้างสิ่งใหม่เพื่อการเยียวยา และเป็นความชัดเจนที่ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการพัฒนาการยอมรับนั้น

กิจกรรมครั้งที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ส่งเสริมให้ค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เกิดแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะ วิธีการ หรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) และการตระหนักถึงความคิดกับความจริง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเข้าใจ แยกแยะระหว่างสิ่งที่จริงกับสิ่งที่คิดได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรารู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมช่วยกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายวิธีด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือโดยให้ข้อเสนอแนะวิธีการ หรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้พิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความจริง (Stuart, 2005)

กิจกรรมครั้งที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นอีก เป็นการกระตุ้นให้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวเอง ทบทวนกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์ เน้นให้มองเห็นหนทางนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล และตระหนักรู้ถึงความตั้งใจ ความเข้มแข็งที่เป็นพลังงานนำไปสู่ความคิดบวกที่ใช้ดูแลตนเองได้ (White and Freeman, 2000; Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

สมมติฐานการวิจัย

1. เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

2. เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่เข้ารับการรับการรักษาในแผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลมะเร็ง

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกล้มเหลว รู้สึกผิด คาดว่าจะถูกลงโทษ ต่ำหนีดตนเอง คิดอยากฆ่าตัวตาย ร้องไห้ หงุดหงิด แยกตัวออกจากสังคม ลังเลในการตัดสินใจ คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนอาการทางกาย ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 -59 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลมะเร็ง

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) ร่วมกับแนวความคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ

Segal, Williams & Teasdale (2002) ให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการคิดเชิงเหตุผลร่วมกับการฝึกเจริญสติ คือ ให้มีการฝึกสมาธิให้มีสติด้วยการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน การฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ และการฝึกสมาธิแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดปัญญาตระหนักรู้ถึงความจริง ยอมรับกับปัญหา และเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิดกับความเคยชินเดิมๆ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ฝึกอย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม รอบเช้าและบ่าย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักกัน ลดความตื่นเต้นในการเข้ากลุ่มครั้งแรก ด้วยการทักทายแสดงความรู้สึกกัน และฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองด้วยการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน และประเมินผลการเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำด้วยความเคยชินหรือด้วยการตระหนักรู้ว่าเป็นอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ หมายถึง การสอนสมาชิกในกลุ่มให้รู้จักความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาโรคซึมเศร้า รวมถึงความเกี่ยวข้องกันของการเจริญสติกับโรคซึมเศร้า ประโยชน์ และวิธีการเจริญสติ สร้างความพร้อม ความเข้าใจ และความร่วมมือในการรับการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 3. การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน หมายถึง การฝึกให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่บิดเบือน ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นว่า สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ เกิดความตระหนักได้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิดและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกันกับความเป็นจริง (Beck, 1979; Seok and Tiam, 2003) และฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จัก เข้าใจอุปสรรคได้ชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
- 1.4 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า
- 1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
- 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 1.7 การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ
- 1.8 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า
- 1.9 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- 2.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.3 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.4 เทคนิคของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.5 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2.6 ระยะเวลาในการรักษา

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ

3.1 การเจริญสติ (Mindfulness)

3.2 ความเป็นมาของ MBCT

3.3 แนวคิดหลักของ MBCT

3.4 โครงสร้างของ MBCT

3.5 ขั้นตอนของโปรแกรม MBCT

3.6 วัตถุประสงค์ MBCT

3.7 กระบวนการของ MBCT

3.8 การวัดระดับการมีสติ

4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

กิจกรรมครั้งที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ

กิจกรรมครั้งที่ 3. การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริง โดยไม่ตัดสิน

กิจกรรมครั้งที่ 4. การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมครั้งที่ 5. การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่ 6. การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง

กิจกรรมครั้งที่ 7. การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับ
ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 8. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบความหมายของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

Beck (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เสียใจ อ้างว้าง เหนื่อยชา เป็นต้น มีอึดอัดโน้มน้ำหนักในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการหลีกเลี่ยง อยากรตาย ร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น

Segal, Williams, & Teasdale (2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และเบื่อชีวิตไปจนถึงอยากรตาย ซึ่งความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน

WHO (2004) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ อาการแสดง คือ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่มีแรง และไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดเรื้อรัง หรือหายแล้วเป็นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสีย และมีความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดเบื่อชีวิตไปจนถึงอยากรตาย

และความหมายของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ รู้สึกเศร้า จิตใจหดหู่ นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น อาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคม และอาชีพ ทำให้มีพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม รวมทั้งมีสมรรถภาพในการทำกิจกรรมลดลง

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

Sadock and Sadock (2007) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เศร้าเสียใจ หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์

โดยสรุป โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจต่อภาวะ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เศร้าใจ หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ ความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม เป็นติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) มี 2 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

พันธุกรรม ถ้ามารดา หรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดา และมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า

สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า และในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ 14 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

Neurotransmitter system ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความผิดปกติของสาร biogenic amines มีการลดลงของสาร norepinephrine serotonin dopamine โดยพบปริมาณ metabolite ที่ผิดปกติของสารเหล่านี้ในเลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง (พีรพนธ์ ถีอนุชวณิชชัย, 2553)

Neuroendocrine factors ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมนที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ HPA axis ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสาร biogenic amines ด้วย ซึ่งพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มขึ้นในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรัง และในภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมนต่างๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มของ steroid โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 50-60 มีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ (Sadock and Sadock, 2007; 2003) นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ thyroid hormone axis และ growth hormones ด้วย (พีรพนธ์ ถีอนุชวณิชชัย, 2553)

การทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid Amphetamines และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก ซึ่ง Sigmund Freud และ Karl Abraham อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นจะซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเองนั้น ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น

ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยพบว่าความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น Aron Beck (1979) ได้อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์ และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่

ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้ง และคอยเอาใจเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และความล้มเหลว

ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เช่นกัน โดยจะพบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ จะก่อให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า และนอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น ดังเช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคลนั้นๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องไปอีกหรือเป็นมากขึ้น

ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วยได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพ และปัญหาสังคมต่างๆ โดยมีมักจะพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆ ในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท คือ การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การมีบุตร วิกฤตวัยกลางคน การ

เกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4.ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการแยกตัวทางสังคม

โดยปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า และยังทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย หากสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและผ่านพ้นปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าว ก็จะส่งผลให้อาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ อาการรู้สึกเบื่อ หดความสนใจ หรือหมดอารมณ์ เพลิดเพลิน รู้สึกเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกผิด โทษตนเอง อาการไม่มีสมาธิ อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน อาการคิดมากวิตกกังวล อาการหมดอารมณ์ทางเพศ และอาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย

1.4 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการจำแนกโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) มีดังนี้

1.4.1 อาการเฉพา คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ความสามารถที่จะสนุกสนาน สนใจสิ่งต่างๆ หรือสมาธิลดลง และเหนื่อยง่ายแม้จะออกแรงเพียงเล็กน้อย มีความรู้สึกผิดคิดว่าตัวเองไร้ค่า อารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงน้อยมากในแต่ละวันและไม่ตอบสนองในสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หดความรู้สึกสนใจ และสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ตื่นเช้าและหมดความรู้สึกทางเพศ สามารถแบ่งความรุนแรงภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.4.1.1 ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depressive Episode) พบมีอาการ 2-3 อาการ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แต่ยังคงทำกิจกรรมได้ตามปกติ

1.4.1.2 ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Mild Depressive Episode) พบมีอาการ 4 อย่างขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.4.1.3 ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms) มีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวลดลง รุนแรงจนมีพฤติกรรมปกติในสังคมไม่ได้

หลังจากให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า ต้องตรวจร่างกาย ตรวจสอบสภาพจิต ชักประวัติโรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรค และวางแผนการรักษาต่อไป การวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ดังนี้

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าสาเหตุจากโรคทางกาย มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น โรคเอดส์ เนื่องจากในสมอง โรคโลหิตจาง ขาดสารอาหาร การใช้ยา เช่น ยา steroids หรือยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าจากสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงติดสุราถึงร้อยละ 50 การติดสุราส่งผลให้การดำเนินโรคทางอารมณ์แย่ลง รักษายาก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง หรือกรณีผู้ใช้ยาบ้า หลังจากหยุดยาบ้าอาจพบอาการของภาวะซึมเศร้าได้

1.4.4 โรคซึมเศร้า (Major depression) มีอาการเบื่อหน่าย หมดความสนใจสิ่งต่างๆ หรืออารมณ์ซึมเศร้า ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เบื่อ นอนไม่หลับ หลงลืม มีความคิดอยากตาย มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นทุกวัน และติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.4.5 ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัว เกิดภายหลังการสูญเสีย หรือตายจากบุคคลผู้เป็นที่รักอย่างยิ่ง รวมทั้งเหตุการณ์ตึงเครียดต่างๆ ที่เห็นชัดเจนและมีผลต่อการปรับตัว ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นไม่เกิน 6 เดือน เช่น ความผิดหวัง ความเจ็บป่วย และความพิการ

1.4.6 โรคซึมเศร้า Distomia รุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้า เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี การดำเนินโรคเกิดขึ้นสลับกันไปมา ระหว่างภาวะซึมเศร้า และภาวะ Mania ที่เรียกว่าโรค Bipolar

1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม และแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง (Beck,1979) มีรายละเอียด ดังนี้

1.5.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.1.1 ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเองรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.5.1.2 ระดับปานกลาง มักคิดว่าตัวเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหา รุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตัวเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

1.5.1.3 ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.5.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.2.1 ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.5.2.2 ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องอย่างยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

1.5.2.3 ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.5.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.3.1 ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

1.5.3.2 ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

1.5.3.3 ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.5.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.4.1 ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ เล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.5.4.2 ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 - 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

1.5.4.3 ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 -5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

ซึ่งจากงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ถึงระดับมาก โดยการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979)

1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินจากอาการและอาการแสดง มี 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950 มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ ตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออกในปี ค.ศ. 1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้ เหมาะสมใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีข้อจำกัดอีกข้อคือ มีคำถามที่มีอาการทางกายมากทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะกับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุมากกว่า

2. Montgomery -Asberg Depression Rating Scale (MADRS) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษา และใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิต

เวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

ประเภทที่สอง การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง มีดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1967 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-9=ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ 10-15=ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16-19= ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29=ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30-63=ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

3. แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อ ประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านารู้คิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านพฤติกรรม และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะ

ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากงานของผู้วิจัยมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของBeck และแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมุติฐานของโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติของผู้วิจัย

1.7 การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

Hollon and kendall ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1980 แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินนี้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะ และค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้ตอบเอง ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ โดยจะคิดคะแนนตั้งแต่ ข้อ 1 ถึง ข้อ 30 มีคะแนนสูงสุด คือ 150 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือ การมีความคิดในทางลบ ซึ่งพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) โดย ลัดดา แสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ มาใช้เป็นเครื่องมือ กำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยได้ตอบแบบประเมินนี้ทันทีหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นลง เพื่อวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม

1.8 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า มี 2 ประเภท คือ

1.8.1 การรักษาทางชีวภาพ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

1.8.1.1 การรักษาด้วยยา ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.8.1.1.1 กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) เช่น imipramine, clomipramine, doxepin

1.8.1.1.2 กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor คือ moclobemide

1.8.1.1.3 กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, citalopran

1.8.1.1.4 กลุ่ม newgeneration ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion

ซึ่งยาด้านซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ serotonin

1.8.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง จัดเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง มีอยู่ 2 วิธี คือวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการใช้ยาสลบช่วย (modified ECT)

1.8.2 การรักษาทางจิตสังคม

1.8.2.1 การบำบัดบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษา

1.8.2.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) ปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น

1.8.2.3 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยตามที่คุณป่วยรู้สึกหรือคิดเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง โดย Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด เป้าหมายการรักษา คือ ลดอาการซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

1.8.2.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) อาการซึมเศร้าเกิดจากแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง

ซึ่งงานวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบของการบูรณาการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้การเจริญสติ พัฒนามาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีเป้าหมายของการบำบัด คือ เพื่อให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

1.9 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่อำนวยความสะดวกสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการทำลายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ได้แก่

1.9.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.9.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ และเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.9.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.9.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.9.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.9.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือการดูแลเรื่องสุขอนามัย และความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาท หน้าที่ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

2. แนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT)

2.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ทริพเพอร์ ลีออนูชวิช (2553) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

Beck (1979) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ เป็นการบำบัดในเชิงรุก มีทิศทาง มีขอบเขตของระยะเวลา และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคลี้ว โดยการบำบัดมีแนวคิดที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของบุคคล

Stuart and Laraia (2005) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษจะต้องวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

โดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง ทิศทาง และขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการ และเทคนิคของการเรียนรู้ ในการ

ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ให้เกิดความคิดที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้

2.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (อรรถพรณ ถีอนุชวรัชชัย และพิรพนธ์ ถีอนุชวรัชชัย, 2549)

ใช้หลักแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) คือ

2.2.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรม ว่าเป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้

2.2.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operant Conditioning) กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ

2.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Modeling) กล่าวว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้ โดยอาศัยการสังเกต และการเลียนแบบ

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive theory) มี 3 ส่วน ได้แก่ (Beck, 1979)

2.2.4.1 ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) ประกอบด้วย

2.2.4.1.1 ความคิดในทางลบต่อตนเอง

2.2.4.1.2 ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ

2.2.4.1.3 ความคิดทางลบต่ออนาคต

2.2.4.2 โครงสร้างทางความคิด (Schema) เป็นรูปแบบของความคิดที่ซับซ้อน ที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ การพัฒนาโครงสร้างทางความคิดขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดู หรือการได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปลความหมายการประเมินค่า และการอธิบายความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน เนื่องจากการได้รับประสบการณ์ในช่วงต้นๆ ของชีวิตที่เจ็บปวด หรือประสบกับเหตุการณ์ล้มเหลวทำให้นักกลนั้นประสบกับปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาด

ความสามารถ ที่จะเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ไม่สามารถปรับตัวได้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความจริงสะสมเรื่อยมา เกิดการเสียดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ทำให้เกิดการสร้างโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ซึ่งโครงสร้างทางความคิดนี้จะแฝงอยู่ในตัวบุคคล และจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์ที่สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์กรโยนิต, 2545)

2.2.4.3 ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผล และไม่ปฏิบัติตามความเป็นจริง

2.3 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในทางลบ (พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549) เป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา และทำการทดสอบความคิดด้านลบ ช่วยสร้างแบบแผนของการคิดอื่นๆ เป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่นช่วยชักจูงการคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2007)

2.4 เทคนิคของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

พัฒนาขึ้นโดย Beck (1979) ซึ่งคุณลักษณะสำคัญของผู้บำบัด ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา คือ ผู้บำบัดจะต้องแสดงถึงความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ใช้สัมพันธภาพในการบำบัดอย่างเหมาะสม เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

ขั้นตอนที่ 1 เทคนิคการสอน (Didactic Technique) ผู้บำบัดจะอธิบายเรื่องโรคซึมเศร้า ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของ แบบแผนการคิด (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสม ความคิดบิดเบือนของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และเหตุผลของการบำบัดทางความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy Techniques) มีดังนี้

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเป็นความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภักย์, 2547; Sadock and Sadock, 2003) ผู้บำบัดควรฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตผลที่ตามมา ซึ่งใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึงสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึงความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึงสภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือเรียกว่า ABCs of Behavior (อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย, 2553; Stuart, 2005)

2. การทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครู ช่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วย มีความถูกต้องสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เป็นการค้นหาการตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังว่าถูกต้องหรือมีเหตุผลเพียงใด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาดเกินความจริง ที่มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภักย์, 2547; Sadock and Sadock, 2007) เป็นการทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันอภิปรายความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ไม่เหมาะสม ความคิดโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้ถูกต้อง (Beck, 1979)

3. การพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยึดหยุ่นสมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา

4. การวิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งคล้ายกับการทดสอบความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง เป็นการชวนให้ผู้อื่นป้องกันตนเองจากข้อสันนิษฐานที่มีอยู่ว่าดีหรือยัง หรือมีข้อสันนิษฐานที่ใช้อย่างอื่น (สุชาติ พหลภักย์, 2547)

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy Techniques) เช่น

1. การจัดกิจกรรม ทำให้มีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดความคิดลบของตนเอง

2. การให้คะแนนความสำเร็จในการทำกิจกรรม ทำให้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง

3. การมอบหมายอย่างเป็นขั้นตอน เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานได้ตามแผนที่วางไว้ ก็สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจได้

4. การทำการบ้าน เพื่อให้ได้เรียนรู้ฝึกทักษะ รู้จักควบคุมอาการของตน

2.5 กระบวนการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

2.5.1 ขั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดต้องประเมินสิ่งที่แสดงออก ความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาจากข้อมูล และระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุปัญหาที่ดีควรมีความถูกต้อง และชัดเจนที่สุด ควรประเมินปัญหาด้วยคำถามต่อไปนี้ ปัญหาคืออะไร ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ปัญหาเกิดเมื่อใด ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร ประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยจากปัญหานั้นๆ โดยใช้การวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior) ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำหรือแสดงออกมาให้เห็นได้ ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะมีผลต่อด้านลบ และด้านบวก คือ เมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา และทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา อาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์ และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้ ความคิด (Cognitive) หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก

2.5.2 ขั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้แก่

2.5.2.1 วิธีลดความวิตกกังวล เช่น การฝึกการผ่อนคลาย เป็นต้น

2.5.2.2 วิธีสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ เช่น การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การหยุดความคิด เป็นต้น

2.5.2.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เช่น การฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

2.6 ระยะเวลาในการรักษา

White and Freeman (2000) กล่าวว่า การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดได้ตั้งแต่ 8-16 สัปดาห์ โดยระยะเวลา 8 สัปดาห์คือ ระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งผู้บำบัดจะพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงมากๆ ก็อาจพบกันบ่อยขึ้น เมื่อผู้ป่วยดีขึ้นอาจตกลงกันใหม่ว่าพบกันทุก 2 สัปดาห์ จากนั้นพบกันทุก 1 เดือน แม้กระทั่งสิ้นสุดการรักษาแล้วก็อาจนัดมาพบทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี เพื่อเป็นการกระตุ้น ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก เนื่องจากผลการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์คือโรคซึมเศร้าระดับมาก มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 3 หรือประมาณ 800,000 คน

ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำ CBT มาใช้ คือ ได้มีการใช้ขั้นตอนการประเมินความคิดและพฤติกรรม และขึ้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อยู่ในกิจกรรมที่ 1-8

3. แนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy : MBCT)

3.1 การเจริญสติ (Mindfulness)

ตามหลักพุทธศาสนาถือว่า “ธรรมทั้งหลายมีใจเป็นใหญ่” หมายถึง อำนาจทุกอย่างขึ้นอยู่กับจิต จิตเป็นผู้สั่งเป็นผู้บังคับให้กายปฏิบัติ เมื่อเป็นเช่นนี้มนุษย์จึงจัดสรรโลกไปตามจิตของตนเอง การควบคุมจิตได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ให้จิตสร้างปัญหาความทุกข์ต่างๆ ให้เกิดขึ้นแก่ตนและผู้อื่น เท่ากับช่วยพัฒนาโลกให้มีความสุข สงบ เย็น อันถือเป็นหัวใจของพุทธศาสนา เพราะจิตของบุคคลฝึกดีแล้วย่อมก่อให้เกิดความสุข จิตที่ไร้การควบคุมย่อมหมุนเวียนไปตามอำนาจกิเลส เหมือนเรือที่ไร้หางเสือ ปัญญาอันถือว่าเป็นประทีปในการแสวงหาทางออกที่ถูกต้องก็มิได้ ธรรมะที่สำคัญใน

การควบคุมจิต ก็คือ “สติ” (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2546)และในกิจกรรมสำคัญที่สุดของทุกๆ คนในชีวิตประจำวัน ก็คือ การรับรู้อารมณ์ต่างๆ ทางกายและใจ เมื่อมีการรับรู้ก็จะเกิดความรู้สึกพร้อมไปด้วย เมื่อมีความรู้สึกก็เกิดปฏิกิริยา ในใจ เช่น ถ้าสุขสบายก็ชอบใจ อยากรับรู้ อยากได้ ถ้าขัดใจก็ไม่ชอบ อยากกำจัด หลีกหนี ซึ่งปฏิกิริยาเหล่านี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งผู้ตัวและไม่รู้ตัวส่งผลให้เกิดความคิดบิดเบือน และเกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามมา จนกลายเป็นความเขย่งขึ้น ดังนั้นจึงต้องอาศัยหลักธรรมที่สำคัญก็คือ สติ (Mindfulness) มาช่วยให้เกิดการตระหนักรู้กับปัจจุบัน และยอมรับความจริง เข้าถึงปัญหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหา ด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับพระธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าว่าด้วยเรื่องสติ โดยการฝึกจิตให้มีสติ คือการเจริญสติเพื่อให้เกิดความรู้โดยการระลึกถึงธรรมชาติร่างกายและจิตใจตามที่เป็นจริง ดังที่ท่านพระอาจารย์ปัญญานันทภิกขุ (2538) ได้กล่าวว่า สติมาปัญญาเกิด คือ การทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมจิตใจ ความคิดและพฤติกรรม โดยสังคัมไทยเป็นสังคัมพุทธ ถ้อยทีถ้อยอาศัย การฝึกการเจริญสติจะช่วยทำให้ทุกท่านตระหนักรู้ตัว ช่วยให้อยู่ร่วมกันในสังคัมได้อย่างมีความสุขไม่เกิดความวุ่นวาย

สติ คือ ความระลึกได้ ช่วยให้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน ยอมรับความจริง เข้าถึงปัญหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นทักษะสำคัญของการเจริญสติ และการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ดังที่พระอาจารย์ปัญญานันทภิกขุ (2538) ได้กล่าวว่า การทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมจิตใจ ความคิด และพฤติกรรม สนับสนุนให้เห็นว่าการมีสติมีคุณค่า และได้แนะนำให้ลองพิจารณาแทรกสติไปในชีวิตประจำวัน ด้วยการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติสติในอิริยาบถต่างๆ เช่นการเดิน พุด นั่ง หรืออิริยาบถอื่นๆ ด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจในขณะนั้นๆ ฝึกเช่นนี้อยู่เรื่อยๆ ทำอะไรก็ให้รู้ตัวทุกลมหายใจเข้าและออก โดยการฝึกเจริญสติ จะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน กระตุ้นให้รู้จักการไตร่ตรอง สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สะท้อนความรู้สึกตนเอง บูรณาการการเรียนรู้ความคิดของตนกับการเรียนรู้การฝึกสติ (Chiesa and Serretti, 2010)

3.2 ความเป็นมาของ MBCT

แนวทางการบำบัดวิธีนี้เริ่มต้นมาจาก โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness - Based Stress Reduction Program or MBSR) ของ Kabat-Zinn ในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งเห็นว่าการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของกายและจิต โดยสาระในโปรแกรมที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ (Mindfulness Meditation) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของการตระหนักรู้ในปัจจุบัน จากนั้น Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้ศึกษาพบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่สำคัญเกิดจากการขาดการมีสติ คือ ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ คิดไปตามความเคยชินจนเกิดเป็นความผิดปกติของความคิด คือ มีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง คิดในทางลบ มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีต จึงเกิดอารมณ์เศร้าขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามมา จึงได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดทางความคิดมาเป็นการบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เรียกว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 2002

3.3 แนวคิดหลักของ MBCT

1. Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างสถานการณ์จริง/สิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับ การรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ ในที่สุดความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะลดช่องว่าง ก็เท่ากับหนทางที่นำไปสู่ความสอดคล้องก็ไม่เกิดขึ้น บุคคลก็วนเวียนอยู่เช่นนี้เรื่อยไป คือเมื่อประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เคยรับรู้ว่าจะอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้น (อย่างอัตโนมัติ หรือ เคยชิน) ที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจ คับข้องใจ เป็นต้น

2. Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ นอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่างๆ ที่เกิด

สรุปว่า Being Mode คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือปฏิบัติตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัยและถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในเชิงลบ การปรับตัวที่ผิดปกติ จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้

3.4 โครงสร้างของ MBCT

การพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้นๆ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการทำงานของจิตและความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่โดยอาศัยการฝึกสติ พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นและปฏิบัติที่ถูกระงับจากการทำงานของ The Doing Mode ค่อยๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก Doing Mode มาสู่ Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัด จะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้เพื่อให้อยู่ปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ สิ่งสำคัญที่เน้นสำหรับโปรแกรมนี้คือ ประสบการณ์การฝึกสติของตัวผู้บำบัด การบำบัดในโปรแกรมนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าตัวผู้บำบัดเองยังฝึกสติของตนเองไม่ได้

3.5 ขั้นตอนของโปรแกรม MBCT

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการอธิบายปรัชญา หรือแนวคิดการบำบัด และการฝึกเพื่อบำบัด ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมายการบำบัด และความคาดหวัง กิจกรรมการบำบัดเป็นการเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตด้วยการฝึกสมาธิเพื่อพัฒนาสติ ให้รู้จักความคิดของตนเอง ทำความรู้จักสถานการณ์ และปฏิบัติตอบสนองของตน

ขั้นตอนที่สอง ช่วงปฏิบัติการ (Working Sessions of MBCT) ในช่วงต้นนี้ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในอาการและอาการแสดงของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาให้เคยชินกับการสังเกตการณ์ตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก และการรับสัมผัสทางกาย ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ และโดยเฉพาะให้เรียนรู้จากการแยกแยะอาการสำคัญๆที่จะทำนายได้ว่าจะก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยถูกสอนให้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวลในอนาคต ในช่วงกลาง เน้นการส่งเสริมพัฒนาวิธีการจัดการประสบการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการใช้สมาธิ การฝึกประสบการณ์ทำสมาธิ และในช่วงท้ายเป็นการช่วย

ให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนความคิดเพื่อป้องกันการกลับทรุดของการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ค้นหาความคิด และความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพัฒนาทางเลือกให้ตนเองใหม่เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสุข

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or Termination Sessions of MBCT) มีเป้าหมายส่งเสริมการสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการบำบัด ต่อทักษะการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้บำบัดรวมอภิปรายถึงแผนกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความเปราะบางต่างๆ และส่งเสริมให้เกิดความสุข เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำวิธีการทางจิตบำบัดมาใช้ในชีวิตประจำวันได้

3.6 วัตถุประสงค์ MBCT

1. เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าในอดีตและเรียนรู้ทักษะที่จะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้กลับมามีความตระหนักรู้มากขึ้นในเรื่องของ สัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิดจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง
3. เพื่อให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิมในการรับสัมผัสทางกาย ความรู้สึกและความคิด โดยเฉพาะการยอมรับอย่างมีสติในความคิด ความรู้ที่ไม่เป็นที่ต้องการ มากกว่าการตอบสนองไปโดยอัตโนมัติตามความเคยชิน
4. เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถที่จะเลือกตอบสนองอย่างมีทักษะต่อ ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

3.7 กระบวนการของ MBCT

เริ่มด้วยการสัมภาษณ์เพื่อการประเมินเบื้องต้น เพื่อให้ผู้บำบัดได้เรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดและคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ละคน และเพื่ออธิบายภูมิหลังของ MBCT พร้อมเน้นให้เข้าใจว่าเป็นการฝึกที่ต้องใช้ความอดทนและสม่ำเสมอตลอด 8 สัปดาห์ จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมใน MBCT ขนาดที่เหมาะสมควรจะไม่เกิน 12 คน การบำบัดมีการพบกันทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในระยะแรกคือ ครั้งที่ 1-4 เป็นการเน้นเรื่องการฝึกสติ คือ ฝึกเพ่ง

จุดสนใจไปยังที่ใดที่หนึ่งในแต่ละช่วงขณะ โดยไม่มีการตัดสิน ซึ่งการเพ่งจุดสนใจนี้จะเริ่มจากอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย จากนั้นก็มาเพ่งที่ลมหายใจ และเรียนรู้ที่กลับมาที่มีความตระหนักรู้เมื่อเกิดภาวะที่จิตใจล่องลอยไปจากการเพ่งนั้น หรือเรียนรู้ที่จะเกิดการยอมรับความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึก และระยะที่สอง คือ ครั้งที่ 5 -8 เป็นระยะที่พัฒนาสติได้ระดับหนึ่งแล้ว จะเป็นการฝึกการรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเองได้ทันและเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ได้ฝึกมาใช้กับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม และท้ายที่สุดจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้มากขึ้นจนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า และพัฒนาแผนการกระทำที่เฉพาะสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการฝึกสติจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ฝึกเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์ และความเคยชินและสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดในทางลบ ซึ่งเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ฝึกได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553)

ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำ MCBT มาใช้ คือ การพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้นๆ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับ Doing Mode คือ ปฏิบัติตามตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัย เข้าใจกลไกการทำงานของจิต และความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode คือ การทำด้วยสติ เข้ามาแทนที่ โดยอาศัยการฝึกสติ คือ พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น และปฏิบัติที่ถูกระงับจากการทำงานของ Doing Mode ค่อยๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก Doing Mode มาสู่ Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้ เพื่อให้อยู่ปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำการฝึกสติหรือการเจริญสติมาบูรณาการร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พัฒนามาเป็น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ โดยเป็นการฝึกการคิดเชิงเหตุผลร่วมกับการฝึกการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันขณะ เป็นการบำบัดทั้งความคิดและพฤติกรรมอย่างมีสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางจิตเวช ได้นำมาใช้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองให้น้อยลง และเพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำอีกในอนาคต

3.8 การวัดระดับการมีสติ

Brown & Ryan ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS ขึ้นในปี ค.ศ. 2003 มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เข้าถึงระดับ Mindfulness คือ มีสติ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดการตระหนักรู้และความใส่ใจของบุคคล ลักษณะสำคัญของการมีสติคือมีการตระหนักรู้ (Awareness) และมีสมาธิ (Attention) การตระหนักรู้ เป็นเหมือนอุปกรณ์คอยตรวจจับระดับการมีสติ ดังนั้นการมีสมาธิจะเป็นการนำไปสู่การตระหนักรู้ คำถามเพื่อวัดระดับความใส่ใจ และการตระหนักรู้ในประสบการณ์ของบุคคลของแบบวัดนี้จึงเป็นการบอกระดับการรู้สติได้เป็นอย่างดี แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ตอบเอง มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดประเมินค่าแบบให้ค่า คือให้ผู้ตอบกำหนดเป็นค่าตามความมากน้อยเป็น 6 ระดับ บอกความถี่ของเหตุการณ์แต่ละวันที่บุคคลทำโดยไม่มีการตระหนักรู้ตามความเคยชิน หรือนิสัยเดิม และตีค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนน ดังนี้ คะแนน1 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา คะแนน2 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก คะแนน3 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย คะแนน4 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง คะแนน5 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยมาก คะแนน6 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกือบไม่เคยเกิดขึ้น การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ1 ถึงข้อ15 โดยคะแนนสูงสุดคือ90 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ15 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง45-90 คะแนน คือ ระดับการมีสติดี แบบวัดนี้ใช้และผ่านการทดสอบความเที่ยงจากงานวิจัยเรื่องThe Benefits of Being Present: The Role of Mindfulness in Psychological Well-Being โดย (Brown & Ryan, 2003) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดระดับการมีสติ มาใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยได้ตอบแบบประเมินนี้ทันทีหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นลง เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สมาธิและการตัดสินใจแย่ลง ความสามารถในการทำงานลดลง มีปัญหา

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนอาจมีการทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตายได้ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) ได้มีการศึกษาถึงผลของการนำแนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ เช่น กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังรับการบำบัดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติของ Segal, Williams & Teasdale (2002) นั้น ได้มีการศึกษาถึงผลของการนำแนวคิดของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมาใช้ เช่น พลภัทร โล่เสถียรกิจ (2553) ได้ศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หลังได้รับการบำบัดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ และผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถหยุดยาด้านเศร้าได้นานถึง 3 ปี โดยไม่มีอาการกำเริบ ทำให้มีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) และจากการทบทวนวรรณกรรม พัฒนามาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อมุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้คือ มีการใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) และการฝึกเจริญสติที่ใช้ คือ มีการฝึกการเจริญสติด้วยการทำสมาธิขั้นพื้นฐาน และการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ ให้เกิดสมาธิจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้า และลมหายใจออก เพื่อให้มีสติรับรู้อยู่กับปัจจุบันตลอดเวลา คือ ระลึกได้ตลอดเวลาว่ากำลังจะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ถูกต้อง ถ้าหากเกิดความคิดออกนอกทางนอกเหนือไปจากนี้ ก็ให้ใช้ลมหายใจมาเป็นตัวช่วย โดยการหันกลับมามีสติคืออยู่ที่ลมหายใจเข้า และลมหายใจออก จนกว่าจะเกิดสติ แล้วจึงค่อยเริ่มการคิดพิจารณาแก้ไขปัญหาใหม่ด้วยปัญญา ตระหนักรู้ถึงความคิดที่บิดเบือน จนนำไปสู่การค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้ถูกต้อง สอดคล้องกันกับความเป็นจริง

และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับความเป็นจริงตามมา โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติในการวิจัยครั้งนี้ และดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่ม ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติจึงประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยได้สอดแทรกขั้นตอนของการเจริญสติร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมครั้งที่ 1-8 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง

1. การแนะนำตัว เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เปิดโอกาสให้ซักถาม

2. สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการบำบัด และปฏิบัติตามแผนการบำบัด ในการประเมินพฤติกรรมความคิด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วย ขณะที่ได้รับการบำบัด จะต้องมีการเปิดเผยความคิด ความรู้สึกได้ภายในกลุ่ม และยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นกรบ้าน

3. ผู้บำบัดจะประเมินความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิดปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ ด้วยการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา อาจกระทำได้โดยใช้รูปแบบ (ABCs of Treatment) (Stuart, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก (affective) พฤติกรรม (behavior) ความคิด (cognitive)

4. ฝึกการรู้จักตนเอง มองเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำด้วยความเคยชินหรือด้วยการตระหนักรู้ โดยการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน และฝึก

สมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการกระทำตามความเคยชินกับการกระทำด้วยการตระหนักรู้

5. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน โดยบันทึกอารมณ์ (affective) ความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก) และฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เลือกกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันมา 1 กิจกรรม เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การล้างจาน และการแต่งตัว เป็นต้น แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

6. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ

1. การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคน และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)

2. อธิบายความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ ด้วยการทำสมาธิขั้นพื้นฐาน และการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ การฝึกสมาธิแบบสั้น จะเป็นการอธิบายถึงความหมายของการเจริญสติ ความเกี่ยวข้องกันของโรคซึมเศร้ากับการเจริญสติ ประโยชน์ของการเจริญสติ และวิธีการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจริญสติ และเตรียมความพร้อมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม

3. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

4. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3. การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

1. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับความเป็นจริง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์หาว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่บิดเบือนกับพฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อให้เกิดความตระหนักได้ว่าต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป

2. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง

3. ผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง คือ ด้วยการให้ความสนใจ ให้กำลังใจ หรือการให้คำชม ถ้าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับความจริงได้

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึก การวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมกับความจริงที่เป็นไปได้ และการรับรู้ตามจริงจากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

5. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4. การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

1. ฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหาว่าเกิดจากสาเหตุใดได้บ้างตามความจริง

2. การฝึกให้ผู้ป่วยทำสมาธิแบบสั้น

3. การฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบันร่วมกัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกการวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกสมาธิแบบสั้น จากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

5. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5. การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

1. การฝึกให้ผู้ป่วยคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้บำบัดบอกให้หยุด เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่ แล้วให้ผู้ป่วยใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ และให้อภิปรายถึงการเปลี่ยนความคิดใหม่ในสถานการณ์ของแต่ละคน

2. การฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นว่าผิดหรือถูกด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ ทวนประโยคในใจว่า "ไม่เป็นไร ไม่ว่าจะอะไรที่เกิดขึ้นอยู่ตอนนี้ ตัวฉันรู้สึกได้ และใช้แต่ละลมหายใจเข้าออกเพื่อรับสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้เกิดสติกลับมาสู่การตระหนักรับรู้ตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการแก้ไขปัญหานั้นได้"

4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายถึงข้อดีในการฝึกกิจกรรมนี้เชื่อมโยงถึงประโยชน์ในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

5. มอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกการหยุดความคิด และฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริงของเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

6. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6. การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง

1. ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมีการสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ของตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายแนวทางของแต่ละคน

2. ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเห็นอย่างที่เขาเห็น โดยนำตัวอย่างวัตถุมาให้ผู้ป่วยมอง แล้วให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกว่าสิ่งที่ได้เห็นคืออะไรตามความคิดของตน แล้วนำมาอภิปรายกันเพื่อให้เข้าใจระหว่างความคิดกับความจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่มีความจริงกับสิ่งที่มีความคิดได้

5. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร โดยตระหนักถึงความคิดกับความจริง แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

6. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 7. การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา

1. ผู้บำบัดยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้กระบวนการที่เรียนรู้มาทั้งหมดตามโปรแกรม แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันว่าควรจะดำเนินการแก้ไขปัญหายังไง จึงจะมีความถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง

2. ผู้บำบัดทบทวน และสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้อภิปรายร่วมกันอีกครั้ง

3. ผู้บำบัดให้การเสริมแรงด้วยการชมเชย ให้กำลังใจ และให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยฝึกพิจารณา และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่ได้เรียนรู้ไปทั้งหมด ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (ในแบบบันทึกในภาคผนวก)

5. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 8. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1. ผู้บำบัดร่วมทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดให้ผู้ผู้ป่วยได้ติดตาม และทบทวนซ้ำ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับความจริงอย่างถาวร และมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้มีความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

2. ให้ผู้ป่วยได้อภิปรายร่วมกันสำรวจปัญหาที่รบกวนใจผู้ป่วย แล้วหาแนวทางการจัดการความคิดและพฤติกรรมของตนเองอย่างมีสติได้อย่างไร ให้สมาชิกรับฟัง ให้กำลังใจกัน และให้ข้อเสนอแนะกัน

3. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการได้

4. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิคที่เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมดไปใช้เป็นประจำต่อเนื่อง จากนั้นผู้บำบัดสรุปโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติทั้งหมด และยุติสัมพันธภาพในการบำบัดครั้งนี้กับผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) ดำเนินการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ใช้แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) ดำเนินการทดลองในผู้ป่วย HIV ที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร และโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่วัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุด และวัดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

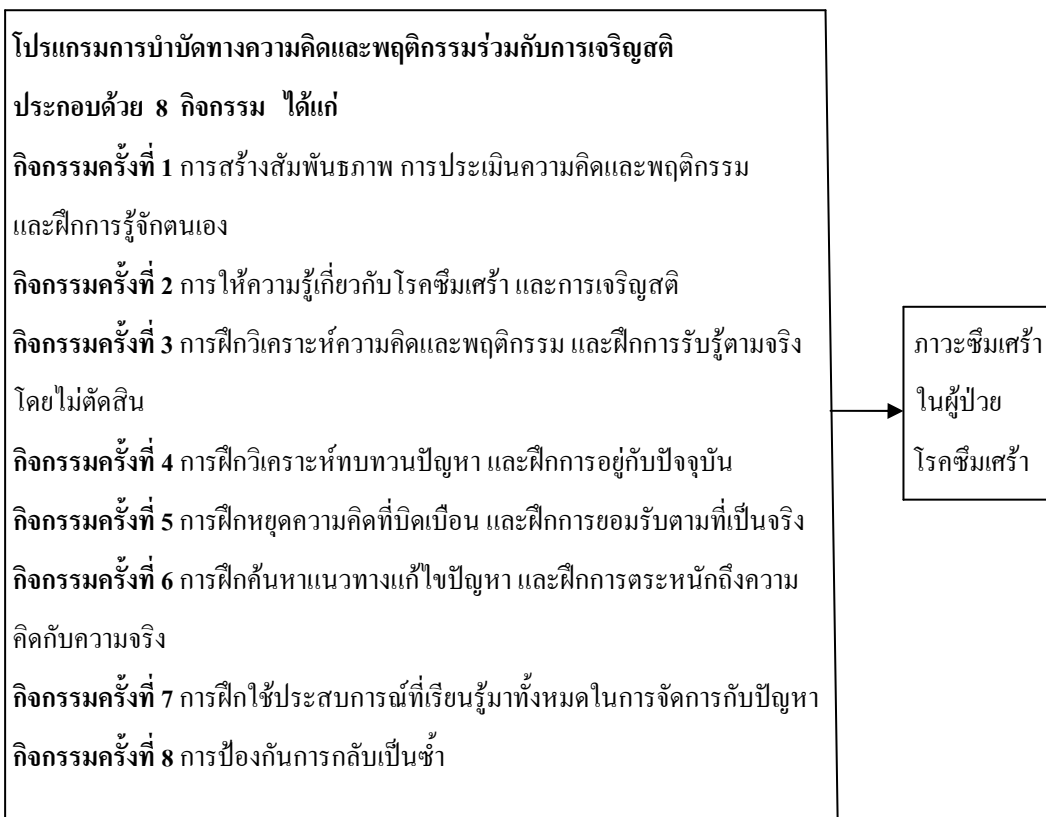
พลภัทร์ โต้เสถียรกิจ (2553) ศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติร่วมกับการรับยา ใช้แนวคิดการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) เป็นการศึกษาการทดลองกับกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายหลังจากได้ฝึกการเจริญสติแล้ว มีภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการติดตามผลการรักษาในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาด้านเศร้าได้นานถึง 3 ปี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วย HIV ที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้แนวคิดการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ร่วมกับแนวคิดการดูแลมนุษย์ของ Watson (1988) ดำเนินการทดลองในผู้ป่วย HIV ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยใหม่ของคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 8 ราย ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังได้รับ โปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Chiesa and Serretti (2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยซ้ำ ใช้แนวคิดการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยติดตามอาการผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยซ้ำของโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 5 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม MBCT ล้นสุดแล้วมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และในระยะเวลา 1 ปีไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Teasdale et al. (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีประวัติการป่วยซ้ำ ใช้แนวคิดการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยติดตามอาการผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยซ้ำ จำนวน 5 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่ได้รับ โปรแกรม MBCT มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และจากการติดตามการรักษาภายในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตัวแปรต้น คือการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ตัวแปรตาม คือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
	O3		O4	กลุ่มควบคุม
O1	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนได้รับการโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ		
O2	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับการโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ		
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ		
O3	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O4	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน)
4. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ
5. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
6. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการฝึกเจริญสติ
7. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม PASS (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) และได้นำผลการศึกษาของ Teasdale et al. (2002) และกุลธิดา สุภาคุณ (2549) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนกลุ่มละ 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) มากขึ้น และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีขึ้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้า ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ทำการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันตามลักษณะคล้ายคลึงกันของตัวแปรแทรกซ้อนตามที่กล่าวมา แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการดำเนินการในชื่อนี้ นาน 3 วัน โดยในวันแรกเป็นการดูข้อมูลประวัติของผู้ป่วยแล้วคัดเลือกกลุ่มที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี แล้วคัดรายชื่อมาไว้ วันที่สอง (เป็นวันกิจกรรมทำบุญเลี้ยงพระของคลินิกจิตเวช) ซึ่งทางคลินิกได้นัดผู้ป่วยทุกคนให้มาร่วมกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีโอกาสได้พบกับผู้ป่วยทุกคน และได้ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20-59 ปี ได้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมากไว้ และในวันที่สาม ผู้วิจัยจึงนำชื่อผู้ป่วยที่มีข้อมูลตรงตามเกณฑ์มาจับฉลากคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งได้ครบทั้ง 20 คู่

ซึ่งเหตุผลที่ผู้วิจัยทำการ matched paired เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ด้วยเพศ อายุ และระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือ โรคซึมเศร้าในระดับมากมีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 3 หรือประมาณ 800,000 คน โดยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7 : 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) และจากผลการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าปรากฏว่าพบมากถึงร้อยละ 50 ในวัยผู้ใหญ่ คือ อายุระหว่าง 20-59 ปี โดยอายุที่เริ่มเป็นเฉื่อย คือ อายุ 50 ปี (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ซึ่งการจับคู่เข้ากลุ่มตามคุณสมบัติเหล่านี้ ผู้วิจัยจะสามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับการพยาบาลตามปกติได้ชัดเจนขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการบูรณาการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (1979) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการใช้การเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติโดยบูรณาการเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) กับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน

การเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) และทบทวนวรรณกรรมกำหนดโครงสร้างกิจกรรม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบ แล้วนำไปทดลองใช้ ก่อนมีการนำไปใช้กับงานวิจัยจริง

3) จัดทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบ แล้วนำไปทดลองใช้ ก่อนมีการนำไปใช้กับงานวิจัยจริง

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหา คือ นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันมากกว่า 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำคลินิกจิตเวช 1 ท่าน ดังรายนามใน (ภาคผนวก ก) เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไข โดยทำการปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ซึ่งการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีประเด็นแก้ไขดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง โดยในขั้น Initial Phase ได้ปรับคำว่า "ได้รับของขวัญ" เนื่องจากเป็นคำที่กว้างเกินไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับเป็นคำว่า "ได้รับดอกไม้" เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพชัดเจนขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4. การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยในขั้น Terminal Phase ผู้วิจัยได้เพิ่มการอธิบายสรุปเชื่อมโยงถึงความมีประโยชน์ของการอยู่กับปัจจุบัน ขณะที่จัดการกับอาการซึมเศร้าให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมครั้งที่ 6. การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง โดยผู้วิจัยได้เพิ่มให้ผู้ป่วยได้บอกรายละเอียดหลังจากมองพวงมาลัย ว่าสิ่งที่เห็นตามความเป็นจริงกับตามความคิดของตนเองนั้นเป็นอย่างไร และผู้วิจัยช่วยสรุปว่ามีความเกี่ยวข้องกับ

อาการป่วยของสมาชิกในกลุ่มอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดกับความจริงว่ามีความแตกต่างกัน และมีความเกี่ยวข้องกับอาการป่วยของตนเองอย่างไร

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จนครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ และอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ซึ่งหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติม และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที โดยผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลังเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ Beck (1967) คือ 0-9 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) 10-15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) 16-19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild moderate depression) 20-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate severe depression) และ 30-63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้งเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach' Alpha Coefficient

ซึ่งในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของผู้วิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1. จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยปรับปรุงในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนลีหาและคาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา (2536) แบบประเมินนี้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะ และค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้ตอบเอง (Self-Report Instrument) ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ โดยจะคิดคะแนนตั้งแต่ ข้อ 1 ถึงข้อ 30 มีคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน และคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือ การมีความคิดในทางลบ ซึ่งพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์ว่าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะทำการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยทันที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ต้องมีคะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ซึ่งเป็นความคิดในทางลบที่พบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าหากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้ว กลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน คือ มีความคิดในทางลบที่พบได้ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุ แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ดังนั้นแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ผู้วิจัยปรับปรุงในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .84

ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือการเพิ่มเติมข้อคำถามในข้อ 6 เนื่องจากมีความหมายที่กว้างเกินไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถามจากเดิม คือ ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ต่อไปได้ ปรับใหม่เป็น ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งที่คาดหวังให้สำเร็จได้

3.2 แบบวัดระดับการมีสติ ในโปรแกรมการพัฒนาเครื่องมือวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS) สร้างโดย (Brown & Ryan, 2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัตนาพร สันติวงษ์ (2550) มีคำถามเพื่อวัดระดับความใส่ใจ และการตระหนักรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นการบอกระดับการรู้สติ แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ตอบเอง มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดประเมินค่าแบบให้ค่า คือให้ผู้ตอบกำหนดเป็นค่าตามความมากน้อยเป็น 6 ระดับ บอกความถี่ของเหตุการณ์แต่ละวันที่บุคคลทำโดยไม่มีการตระหนักรู้ตามความเคยชิน หรือนิสัยเดิม และตีค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนน ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา คะแนน 2 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก คะแนน 3 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย คะแนน 4 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง คะแนน 5 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยมาก คะแนน 6 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกือบไม่เคยเกิดขึ้น การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 15 โดยคะแนนสูงสุดคือ 90 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 45 – 90 คะแนน คือ ระดับการมีสติดี ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์ว่าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะทำการประเมินระดับการมีสติของผู้ป่วยทันที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ต้องมีคะแนนอยู่ในช่วง 45 – 90 คะแนน ซึ่งเป็นระดับการมีสติที่ดี ถ้าหากพบว่าภายหลังการประเมินระดับการมีสติแล้ว กลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มีคะแนนต่ำกว่า 45 คะแนน คือ มีระดับการมีสติที่ต่ำ ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุ แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบวัดระดับการมีสติ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 ดังนั้นแบบวัดระดับการมีสติที่ผู้วิจัยปรับปรุงในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบวัดระดับการมีสติ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82

ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือการเพิ่มเติมข้อคำถามในข้อ 12 เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจจะขบถไม่เป็น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถามจากเดิม คือ บางครั้งข้าพเจ้าขบถไปที่โน่นที่นี่โดยไม่รู้ตัว พอไปถึงแล้วก็นึกไม่ออกว่าไปที่นั่นทำไม ปรับใหม่เป็น บางครั้งข้าพเจ้าเดินทางไปที่โน่นที่นี่โดยไม่รู้ตัว พอไปถึงแล้วก็นึกไม่ออกว่าไปที่นั่นทำไม

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี และปฏิบัติในเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาล จากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี และปฏิบัติในเรื่องการฝึกเจริญสติ จากพระวิทยากรที่เชี่ยวชาญด้านการทำสมาธิเจริญสติ วัดธรรมมงคล กรุงเทพมหานคร

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยส่ง โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะการักษ์

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรม และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆของงานวิจัย และประสานงานกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในคลินิก

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โดยขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre – test)

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

โดยกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้งติดต่อกัน 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ จะขอความร่วมมือผู้ป่วยกลุ่มทดลองในการตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดระดับการมีสติทันที และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองได้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) โดยผู้วิจัยจะแจ้งกำหนดการ นัดหมายวัน และเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติให้ผู้ป่วยได้รับทราบ

ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมารับบริการที่คลินิกจิตเวช และนัดพบต่อในอีก 8 สัปดาห์ เพื่อตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) โดยผู้วิจัยจะแจ้งกำหนดการ นัดหมายวัน และเวลาในการนัดพบให้ผู้ป่วยได้รับทราบ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับเมื่อมารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม การอธิบายให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและแบบกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการออกชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนด

รายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ลดความคิดวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มครั้งแรก เข้าใจแนวทางการบำบัด ระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกมีหน้าที่ปฏิบัติ รู้จักตนเอง การมีสติ และสมาธิขั้นพื้นฐาน

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์ ให้สมาชิกทำความรู้จักกัน ผู้วิจัยประเมินความคิด ความรู้สึกของสมาชิกเกี่ยวกับการที่ได้รับดอกไม้ กระตุ้นให้ร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่ม ความร่วมมือในกลุ่ม การมอบหมายการบ้าน ความรับผิดชอบในการฝึกทำการบ้าน การรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยอธิบายผลเสียของการประพฤติดัวตามความเคยชิน ความสำคัญของการเจริญสติ การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน และการฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ ให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า สรุปเชื่อมโยงสาเหตุที่เกิดจากความคิดสู่การบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานให้สมาชิก

การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน (Basic Meditation Practice)

จากการกระทำด้วยความเคยชิน หรือตามนิสัยเดิมๆ นั้นแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องสร้างนิสัยใหม่ การฝึกตนเองให้กระทำสิ่งต่างๆ ราวกับไม่เคยทำมาก่อน แม้ว่าจะเคยทำสิ่งนั้นๆ มาแล้วก็ตาม เป็นจุดเริ่มต้นของการฝึกสติ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) โดยการให้สมาชิกกินลองกอง 2 ครั้ง และอธิบายประสบการณ์การกินลองกอง ซึ่งขั้นตอนการฝึกมีดังนี้

ขั้นที่ 1 : การกินลองกองครั้งที่ 1 ให้สมาชิกกินลองกอง โดยให้กินตามที่เคยทำเป็นประจำ แล้วสอบถามสิ่งที่ทำ ความรู้สึก และสิ่งที่สมาชิกสังเกตได้ อภิปรายร่วมกัน

ขั้นที่ 2 : การกินลองกองครั้งที่ 2 ให้สมาชิกสมมุติตัวเองว่ามาจากต่างดาว ไม่เคยเห็นสิ่งนี้มาก่อนในชีวิต แล้วเริ่มทำตามขั้นตอนในครั้งที่ 1 โดยระหว่างแต่ละขั้นตอน มีการหยุดพิจารณาทุก 10 วินาที

อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างของการกินลองกองทั้ง 2 ครั้ง โดยเน้นประสบการณ์ ความรู้สึก และสิ่งที่สังเกตได้จากการกิน

ขั้นที่ 3 : อภิปรายเปรียบเทียบการกินลองกองครั้งที่ 1 กับการกระทำตามความเคยชิน และ **การกินลองกองครั้งที่ 2** กับการกระทำอย่างรู้ตัว หรือมีการตระหนักรู้ กระตุ้นให้สมาชิกเปรียบเทียบการกินลองกองกับกิจกรรมต่างๆ ที่ตนทำเป็นประจำ ในชีวิตประจำวันแต่คนต่างมีกิจกรรมมากมายหลายอย่างที่ทำเป็นประจำ ทำบ่อยๆ เหมือนการกินลองกองครั้งแรก เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว ดังนั้นการกินลองกองครั้งที่ 2 จะช่วยให้สมาชิกมองเห็นว่า

สมาชิกสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างดี ถ้ามีสติจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำอยู่ในปัจจุบัน โอกาสเกิดความคิดพลาดก็น้อยลง

การบ้านครั้งที่ 1

ให้บันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน โดยบันทึกอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เลือกกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันมา 1 กิจกรรม เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การล้างจาน และการแต่งตัว เป็นต้น แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 1 ของผู้ป่วยนี้พบว่าจากการที่ผู้ป่วยได้นำไปฝึกปฏิบัติ เรื่องการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานกับกิจวัตรประจำวันที่บ้าน เกิดความแตกต่างจากสิ่งเดิมๆ ที่เคยทำ คือ เกิดความใส่ใจในกิจกรรมนั้นๆ มากขึ้น มีความละเอียดรอบคอบ ข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นก็น้อยลง เช่น การแปรงฟันไม่เกิดการกระแทกเหงือกให้เจ็บเหมือนที่เคยเป็นบ่อยๆ การเตรียมตัวออกจากบ้านไม่ลืมของเหมือนอย่างเคย ขณะเช็ดผ้าไม่โดนเข็มทิ่มนิ้วบ่อยๆ อย่างที่เคยโดน เป็นต้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรม ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่มเกิดเร็วขึ้น ทำหน้าที่ของสมาชิกผ่อนคลาย และทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเมื่อได้รับดอกไม้ เช่น “ ดินะคะที่มีคนให้ดอกไม้ แสดงว่าเป็นมิตรกัน ” ผู้ป่วยร่วมกันตั้งชื่อกลุ่มชื่อ กลุ่มคิดดี ทำดี ร่วมกันตั้งระเบียบของกลุ่ม แล้วมีตัวแทนเขียนลงในกระดาษเพื่อให้สมาชิกเข้าใจแนวทางการบำบัด และระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกมีหน้าที่ปฏิบัติร่วมกัน และผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้ ทุกคน รู้จักตนเองมากขึ้น สามารถแยกได้ถึงการกระทำตามความเคยชินกับการกระทำอย่างมีสติ หลังจากได้ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค มีความตั้งใจในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ได้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และฝึกเจริญสติด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยพักท่ายสมาธิ กระตุ้นให้บทพจนกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กำลังใจให้สมาธิมั่นใจถึงความสามารถที่จะมาร่วมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้สมาธิดูภาพใบหน้าทีแสดงสีหน้าเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด รวม 5 ระดับ โดยกระตุ้นสมาธิให้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยเกิดอารมณ์เศร้า โดยการให้สมาธิอธิบายลักษณะอารมณ์ของใบหน้าแต่ละรูป แล้วให้อภิปรายร่วมกันว่าแต่ละคนเคยมีใบหน้าแบบไหน กระตุ้นให้อภิปรายเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา เชื่อมโยงถึงการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ สร้างแรงจูงใจถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับสมาธิและความอดทนมุ่งมั่นที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มฝึกแต่ละกิจกรรม และให้ฝึกสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ

การฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ (Breathing Meditation)

การหายใจเป็นสิ่งที่ทุกคนกระทำอยู่ตลอดเวลา แต่มีน้อยคนที่จะรู้ว่าตนเป็นอย่างไร ขณะหายใจอยู่ จะรู้ตัวก็ต่อเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เมื่อเหนื่อย โกรธ หรือมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การฝึกสมาธิด้วยลมหายใจเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับการฝึกสร้างนิสัยใหม่ คือ ฝึกให้รู้ตัวขณะที่กำลังหายใจอยู่ นำไปสู่การเกิดสติได้ในที่สุด

การฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ เป็นการเน้นเรื่องการมีใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจ ในทางพุทธศาสนาตรงกับคำว่า อานาปานสติ คือการระลึกถึงลมหายใจเข้า ลมหายใจออกในปัจจุบันแต่ละขณะ พระอาจารย์มิตซูโอะ เกาสโก (2554) ได้อธิบายความว่า โดยพหุัตินัย ถ้าเราระลึกถึงอะไรอยู่ ทุกลมหายใจเข้า ลมหายใจออก ก็เรียกว่า อานาปานสติ เช่น การกำหนดลมหายใจขณะยืน เดิน นอน นั่ง เป็นต้น สำหรับการฝึกในโปรแกรมนี้ เป็นการกำหนดในอิริยาบถนั่ง

การบ้านครั้งที่ 2

ให้ฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ ในชีวิตประจำวัน ให้พยายามตามรู้ทุกครั้งที่จิตไม่อยู่กับลมหายใจ โดยบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 2 ของผู้ป่วนี้พบว่าจากการได้ฝึกเจริญสติด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจนั้น ได้รายงานถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะฝึกสมาธิกับลมหายใจ เช่น กระสับกระส่าย ร่างกายไม่นิ่ง ง่วงนอน เป็นต้น แสดงถึงผู้ป่วนี้มีการเริ่มใส่ใจ และตระหนักรู้กับปัจจุบันมากขึ้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยทักทายกันเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม เมื่อได้ดูตัวอย่างใบหน้า สมาชิกแต่ละคนเลือกใบหน้าที่แสดงอารมณ์เศร้าในระดับต่างๆ เช่น สมาชิกคนที่ 1 เลือกใบหน้าที่รูปที่ 3 สมาชิกคนที่ 2 เลือกใบหน้าที่รูปที่ 4 เป็นต้น ซึ่งแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ได้รับ เช่น ความหมายของโรคซึมเศร้าที่สมาชิกบอก หมายถึง การที่คนเราหมดหวัง หมดกำลังใจ เสียใจ เป็นต้น ส่วนสาเหตุและอาการที่สมาชิกบอก คือ มีอะไรมากระเทือนใจจนรับไม่ไหว ทำให้เกิดความเศร้าขึ้นมา เป็นต้น และการรักษาที่สมาชิกทุกคนบอกมา คือ การกินยาตามหมอลั้ง

ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปถึงความหมาย สาเหตุ อาการให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบอีกครั้งถึงความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายประสบการณ์โรคซึมเศร้าของแต่ละคนให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟังได้ โดยสมาชิกแต่ละคนได้มีการให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อกัน และสมาชิกทุกคนมีความตั้งใจในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ และทราบถึงความหมาย ประโยชน์ของการเจริญสติ ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และสามารถฝึกปฏิบัติการเจริญสติด้วยการทำสมาธิ ด้วยการกำหนดลมหายใจ สามารถเปรียบเทียบความรู้สึกก่อนและหลังการปฏิบัติได้ และร่วมกันสรุปกิจกรรมที่เรียนรู้ไปแล้วในครั้งนี้ได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิด และพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกฝนในการมีสติรับรู้ในเรื่องประสบการณ์ของความรู้สึกอารมณ์ และความคิดต่างๆ ตามจริงโดยไม่ไปตัดสิน

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยทักทายสมาชิก กระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน จากสถานการณ์จำลองให้แก่สมาชิก

การฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้ทดลองใช้สถานการณ์จำลองเรื่อง ท่องไปบนถนนคนเดิน (Walking Down The Street) เป็นเครื่องมือให้บุคคลรู้จักความคิด และความรู้สึกของตน เป็นการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่มีการตัดสิน เป็นการฝึกให้บุคคลมีสติ รับรู้กับสิ่งกระตุ้นตามจริง ณ ขณะนั้น มองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยจิตว่าง เป็นผลให้คนเชื่ออย่างที่เห็น ไม่ได้เชื่ออย่างที่คิด อารมณ์ และพฤติกรรมในด้านลบก็จะไม่เกิดขึ้น (พระพรหมคุณาภรณ์, 2553; พระธรรมปิฎก, 2546) โดย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้เล่าสถานการณ์จำลอง และสมาชิกหลับตาฟังอย่างเงียบๆ ใช้สมาธิจินตนาการตามที่ได้ยิน หลังจากนั้นให้สมาชิกลืมตา และเปิดโอกาสให้สมาชิกบอกความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะฟัง วิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง กระตุ้นให้วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่บิดเบือนกับพฤติกรรมที่แสดงออกมาตระหนักได้ว่าต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป

สถานการณ์เรื่อง ท่องไปบนถนนคนเดิน

คุณกำลังเดินอยู่บนถนน อีกฝั่งตรงข้ามกับถนนคุณเห็นใครบางคนที่คุณรู้จัก คุณยิ้ม และโบกมือทักทายเขา แต่ใครคนนั้นได้เดินผ่านไปโดยไม่สังเกตเห็นว่าคุณยิ้มให้และโบกมือทักทายเขา

การบ้านครั้งที่ 3

ให้บันทึกการฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม กับการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน จากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน และบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 3 ของผู้ปวยนี้พบว่าผู้ปวยได้ฝึกเปลี่ยนตัวเองใหม่ โดยอธิบายได้คือ มีสติรอบคอบ มีความใส่ใจในรายละเอียดมากขึ้น รู้จักตัวเองมากขึ้นกว่าเดิม รับผิดชอบต่อความคิดของตนเองได้ทัน และที่เด่นชัด คือ สามารถตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองในเรื่องทางลบที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมมากขึ้น จากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันนั้น ผู้ปวยสามารถบอกได้ว่าความคิด เหตุผล และพฤติกรรมที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างไร เช่น ผู้ปวยบอกว่า จากสถานการณ์ที่ตนเองยิ้มให้เพื่อนสมัยประถมแล้วเขาไม่ยิ้มตอบ นั่นอาจเป็นเพราะเขาอาจไม่เห็นเราจริงๆ จึงไม่ทักเราตอบ หรือเขาอาจจะจำเราไม่ได้เพราะไม่ได้เจอกันมานานแล้ว ดังนั้นเราไม่ควรโกรธ ควรทักกันใหม่คราวหน้าถ้าเจอกันอีกหรือแนะนำตัวให้เพื่อนจำเราได้ เมื่อคิดได้เช่นนี้แล้วตนเองนั้นได้เกิดความสุขทางใจอย่างไม่เคยรู้สึกมาก่อน

ประเมินผล

ผู้ปวยทักทายตนเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม และบอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างเข้ากลุ่มได้ เช่น รู้สึกดีที่ได้มาพูดคุยกับคนอื่นๆ ได้รู้ว่าไม่ได้มีแต่เราที่มีปัญหา และจิตใจจะได้เรียนรู้วิธีที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสมาชิกได้ฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเองร่วมกันจากสถานการณ์จำลองว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีก

จากการอภิปรายร่วมกันสมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น คือ ให้คิดว่าคนที่เราทักเขา อาจไม่เห็นเรา ทางแก้ไข คือ เจอกันคราวหน้าค่อยทักใหม่ หรือ อาจถามถึงสาเหตุที่เขาไม่ทักตอบ เพื่อจะได้สบายใจ ไม่นำมาคิดโกรธ หรือน้อยใจเขา ซึ่งถือเป็นการฝึกฝนในการมีสติรับรู้ในเรื่อง ประสบการณ์ของความรู้สึกอารมณ์ และความคิดต่างๆ ตามจริงโดยไม่ไปตัดสิน ตระหนักได้ว่าถ้า มีสติจะคิดอย่างไร และถ้าขาดสติจะคิดและปฏิบัติอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 4. การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้วิเคราะห์ทบทวนปัญหาตามความจริง เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบัน เน้น การตระหนักรู้ ความเป็นเหตุเป็นผล

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยทักทายสมาชิก ให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ทบทวนถึงปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเลือกเหตุการณ์ ที่จะนำมาอภิปรายร่วมกัน ช่วยกันระดมความคิด และเสนอแนะเหตุผล สาเหตุอื่นๆของปัญหาที่เป็นไปได้ เพื่อที่จะเลือกเหตุผลนั้นมาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน ด้วยการฝึกสมาธิแบบสั้น เพื่อให้กาย และจิตอยู่กับปัจจุบันได้เร็ว นำไปสู่การยอมรับตามที่เป็นจริง

การฝึกสมาธิแบบสั้น

สมาธิแบบสั้น คือ ใช้เวลา 3 นาทีในการฝึกหลักการคือการพยายามให้มีสมาธิในชีวิตประจำวันอย่างกลมกลืน เป็นการใช้เวลาไม่นาน ผู้ฝึกสมาธิแบบสั้นจะค่อยๆพัฒนาการทำสมาธิแบบเต็มรูปให้เต็มรูปให้มาอยู่ในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า การฝึกนี้จะช่วยให้ฝึกได้ใช้เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงไปตรงมาและทำให้กายและจิตของตนอยู่กับปัจจุบันได้รวดเร็ว การฝึกสมาธิแบบสั้นมักใช้ได้ดี เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และรู้สึกค่อนข้างมาก การฝึกนี้มี 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรก การเรียกสติให้กลับมาอยู่กับตัว คือ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือทำอะไรโดยขาดการตระหนักรู้ในสิ่งนั้น ด้วยการใช้คำถามกับตัวเองว่า “ฉันอยู่ที่ไหน” “ตอนนี้เกิดอะไรขึ้น” ใช้คำถามเหล่านี้เมื่อเวลาที่สมาชิกประสบกับความยุ่งยากใจ มีอารมณ์ หรือความรู้สึกค่อนข้างมาก เพื่อให้เกิดความตระหนักและรับรู้ต่อประสบการณ์ของตนเอง ณ ช่วงขณะนั้น

ขั้นตอนที่สอง การนำความสนใจกลับมาอยู่ที่การหายใจ เพื่อรวบรวมจิตใจที่กระจัดกระจายให้มาพุ่งจุดสนใจที่จุดเดียว คือ การหายใจ

ขั้นตอนที่สาม การขยายความตั้งใจในจุดสนใจจุดเดียวให้แผ่ไปทั่วร่างกายทั้งหมดตามจังหวะของการหายใจ

การทำสมาธิแบบสั้นเป็นการฝึกรับรู้ให้ทันและจับใจ ถ้าฝึกได้ตามขั้นตอน บุคคลก็จะรับรู้ตามจริง โดยไม่ตัดสิน และคิดอยู่กับปัจจุบัน บุคคลจะพบทางเลือกมากขึ้น มีอิสระที่จะรับมือกับสิ่งเร้าได้อย่างมีสติ

การบ้านครั้งที่ 4

ให้บันทึกการวิเคราะห์ทบทวนปัญหาจากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน และการฝึกการคิดอยู่กับปัจจุบัน การใช้เหตุผล และยอมรับความจริง ด้วยการฝึกสมาธิแบบสั้นเพื่อเจริญสติ หรือเพื่อฝึกสติ และบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 4 ของผู้ป่วยนี้พบว่าเหตุการณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งถูกบอกเลิกจ้าง เคยคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา จากการได้ฝึกสมาธิทำใจให้อยู่กับปัจจุบันรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา เราทำงานอยู่ เพื่ออนาคตของเรา และเพื่อสมาชิกในครอบครัวของเรา และสิ่งที่เกิดขึ้นมันเป็นอดีตไปแล้ว ให้อะไรจะหาทำงานใหม่ให้เร็วที่สุดจะได้เกิดคุณค่าในตัวเอง

ประเมินผล

ผู้ป่วยพักทักทายกันเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาได้ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนได้ร่วมกันบอกเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเลือกเหตุการณ์ที่จะนำมาอภิปรายร่วมกัน ช่วยกันระดมความคิด และเสนอแนะเหตุผล สาเหตุอื่นๆของปัญหาที่เป็นไปได้ เพื่อที่จะเลือกเหตุผลนั้นมาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเป็นเหตุการณ์ที่สมาชิกคนหนึ่งไม่สามารถลืมแค้นเก่าได้ จะต้องแอบร้องไห้ทุกครั้งที่ได้เจอเขา ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้อภิปรายร่วมกันสรุปว่า สาเหตุคือยังทำงานที่เดียวกันอยู่ และแนวทางแก้ไขปัญหาที่สมาชิกช่วยกันเสนอ คือ ให้เปลี่ยนที่ทำงาน และหลีกเลี่ยงการพบหน้าแค้นเก่า จากนั้นผู้บำบัดได้ให้สมาชิกทุกคนได้ฝึกสมาธิแบบสั้นเพื่อให้จิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน เกิดสติได้อย่างรวดเร็ว และเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะ จากนั้นสมาชิกทุกคนได้ร่วมกันอภิปรายถึงการทบทวนแนวทางแก้ไขปัญหาของเพื่อนสมาชิกในตอนต้นอีกครั้ง โดยมีการวิเคราะห์ และทบทวนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การอยู่กับปัจจุบัน การตระหนักรู้ ความเป็นเหตุเป็นผลกัน สามารถพิจารณาค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา โดยมีสติอยู่กับปัจจุบันตลอดเวลา ร่วมกับฝึกสมาธิแบบสั้นเพื่อให้จิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน เกิดสติได้อย่างรวดเร็ว และเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะ โดยสรุปคือได้แนะนำเพื่อนสมาชิกถึงการแก้ปัญหาว่าไม่ควรย้ายที่ทำงานเพื่อหนีปัญหา แต่ควรอยู่กับปัจจุบัน ตระหนักรู้ตัวว่าเรากำลังทำงาน การเลิกกับแฟนเป็นอดีตไปแล้ว ฉะนั้นควรมีใจจดจ่อกับการทำงานให้ดีที่สุด ถ้าเจอหน้าแฟนเก่าแล้วยังเศร้าอีก ให้ฝึกกำหนดจิตใจให้กลับมาจดจ่ออยู่กับปัจจุบันให้เร็วที่สุด โดยอาจใช้การฝึกสมาธิแบบสั้น

มาช่วยได้ ซึ่งสมาชิกเจ้าของปัญหานี้ก็รับฟังข้อเสนอแนะจากกลุ่มและจากผู้วิจัยเป็นอย่างดี โดยจะนำไปใช้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5. การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และการฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิด และฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยทักทายสมาชิก กระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ให้ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด โดยเฉพาะความคิดที่ผู้ป่วยคิด หรือมีจินตนาการซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข โดยให้ผู้ป่วยเริ่มหยุดความคิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป และค่อยๆ เพิ่มไปหยุดความคิดที่มีระดับรุนแรงขึ้นจนถึงความคิดที่เป็นปัญหา โดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้น ๆ และผู้วิจัยก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ส่วนการฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง เป็นการฝึกการยอมรับอย่างตั้งใจเป็นเหมือนก้าวแรกของชีวิตที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักรู้อย่างเต็มที่ และสามารถจัดการกับความยุ่งยากทั้งหลายนั้นได้ การยอมรับจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสิ่งใหม่ เพื่อการเยียวยา และเป็นความชัดเจนที่ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการพัฒนาเรื่องการยอมรับนั้น กระตุ้นให้ฝึกการหยุดความคิด และอภิปรายผลร่วมกัน และกระตุ้นให้ฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดสติ ให้ระลึกได้ในปัจจุบันแต่ละขณะการฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการยอมรับตามความจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นว่าผิดหรือถูกด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ ทวนประโยคในใจว่า “ไม่เป็นไร ไม่ว่าอะไรที่เกิดขึ้นอยู่ตอนนี้ ตัวฉันรู้สึกได้ และใช้แต่ละลมหายใจเข้าออกเพื่อรับสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อกลับมาสู่การตระหนักรับรู้ความจริง ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการแก้ไขปัญหาได้ นำไปสู่การตระหนักรู้ถึงความคิดที่บิดเบือน นำไปสู่การค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้ถูกต้องสอดคล้องกันกับความเป็นจริง และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับความเป็นจริงตามมา

การบ้านครั้งที่ 5

ให้ฝึกการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิด และการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดสติยอมรับกับความคิดที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริงในเหตุการณ์จริงของชีวิตประจำวันแล้ว บันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 5 ของผู้ปวยนี้พบว่าเหตุการณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งเห็นรูปแบบเก่าก็อดคิดถึงไม่ได้ จึงใช้การสร้างความคิดใหม่ หยุดความคิด และการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดสติยอมรับกับความคิดที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริงว่าปัจจุบันเขากับเราต่างมีครอบครัวของตัวเอง และสามีปัจจุบันเราก็เป็นคนดี เราโชคดีแล้วที่มีสามีเป็นคนนี้ในปัจจุบัน เมื่อให้เหตุผลนี้กับตัวเองได้ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ไม่กลับไปคิดถึงอดีตของตนกับแฟนเก่าอีก

ประเมินผล

ผู้ป่วยพักทายกันเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาได้ โดยสมาชิกสามารถฝึกการหยุดความคิด และยอมรับตามที่เป็นจริงได้ โดยได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดให้ถูกต้องจากสถานการณ์สมมุติ และจากสถานการณ์จริงของสมาชิกแต่ละคน แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันถึงแนวทางที่จะหยุดความคิดที่บิดเบือน และการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ยอมรับกับความจริงได้อย่างมีสติ ร่วมกับการฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจมาช่วยในการปฏิบัติได้ ซึ่งได้นำการฝึกหยุดปัญหาของแต่ละคนมาอภิปรายร่วมกัน เช่นปัญหาของสมาชิกรายหนึ่ง คือ จะคิดเสมอว่าหลานชายทำให้ลูกสาวตายจากการคลอตก ทุกครั้งที่คิดถึงลูกสาวก็จะตีหลานต่างๆที่ไม่ได้ทำอะไรผิด บ่อยครั้งที่คิดจนต้องใช้มือทุบหัวตัวเองเพื่อให้หยุดคิด ซึ่งจากการได้ฝึกหยุดความคิด และฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจเพื่อให้เกิดการยอมรับตามที่เป็นจริงนั้น ผู้ป่วยบอกว่าดีขึ้น คือ ได้หยุดคิดว่า ลูกสาวไม่ได้ตายเพราะหลานชาย แต่จริงๆคือลูกสาวมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว คือ โรคโลหิตจาง เมื่อเสียเลือดมากจึงช็อคและเสียชีวิต และยอมรับตามที่เป็นจริงว่าหลานชายคือลูกของลูกสาว ควรจะต้องทำหน้าที่ดูแลเขาให้ดี แทนลูกสาวต่อไป และต่อไปนี้จะนำวิธีนี้ไปฝึกใช้ตลอด โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มได้กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจให้ปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6. การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหของตนเอง และของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม ให้ฝึกตระหนัก และแยกแยะได้ระหว่างความคิดกับความจริง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยพักทายสมาชิก กระตุ้นให้ทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่ม ให้สมาชิกแต่ละคนได้สำรวจปัญหาของแต่ละคน และฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในสถานการณ์ของตนเอง โดยการมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในแง่มุมอื่นๆ แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอวิธีการแก้ปัญหาให้สมาชิกในกลุ่มรับฟัง และอภิปรายร่วมกัน จากนั้นฝึกให้เห็นอย่างชัดเจนโดยนำตัวอย่างวัตถุมาให้ผู้ปวยมอง แล้วให้บอกความคิดของแต่ละคนมาอภิปรายร่วมกัน

การฝึกเห็นอย่างเห็น

ให้สมาชิกใช้เวลา 5 นาที มองวัตถุที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ คือ พวงมาลัย ให้มองด้วยความตั้งใจให้ดีที่สุดเท่าที่ได้ แล้วให้สมาชิกบอกว่าสิ่งที่เห็นคืออะไร ตามความคิดของตน และบอกรายละเอียดหลังจากมองพวงมาลัย ว่าสิ่งที่เห็นตามความเป็นจริงกับตามความคิดของตนเองนั้นเป็นอย่างไร และผู้วิจัยช่วยสรุปว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการป่วยของสมาชิกในกลุ่มอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยตระหนักถึงความคิดกับความจริงว่ามีความแตกต่างกัน และมีความเกี่ยวข้องกับอาการป่วยของตนเองอย่างไร

ประเด็นสำคัญของแบบฝึกหัดนี้ ผู้บำบัดชี้ให้สมาชิกแยกความแตกต่างของการมองเห็นที่มี ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้เข้ามาพร้อมด้วย เป็นการมองเห็นที่ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่เห็นอย่างเห็นจริง ๆ สิ่งที่ได้จากการมองนั้นจะถูกแปรรูปไปตามการรับรู้ ประสบการณ์ (ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับของสิ่งนั้น) ของผู้มอง การมองเห็นนี้จะส่งผลกระทบต่อความสมดุลทางจิตใจได้ ตัวอย่างเช่น การมองตุ๊กตาหมีที่อดีตแฟนเป็นผู้ซื้อให้ ขณะที่มองก็ครุ่นคิดถึงเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวกับแฟน โยงใยถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเลิกรากัน และจบลงที่อารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น การมองเห็นแบบมีสติ เป็นการมองเห็นอย่างปรากฏแก่สายตา ซึ่งจะให้เห็นรายละเอียดของสิ่งที่เห็น ได้แก่เห็น รูปร่าง สี รูปแบบ ลักษณะ การเคลื่อนไหว เป็นข้อมูลที่ไม่มีความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจิตใจของคนนั้นก็ยังคงอยู่ในสถานะที่สมดุลเหมือนเดิม

ในทำนองเดียวกันกับ การได้ยิน การได้กลิ่น การได้รับรู้รสด้วยลิ้น การรับสัมผัสทางกาย การรับสัมผัสที่กระทบทางใจ จากอวัยวะรับสัมผัสที่ประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ก็ใช้หลักของการอยู่กับปัจจุบันเช่นเดียวกับตัวอย่างแบบฝึกหัดที่ฝึกไป การรับสัมผัสด้วยอวัยวะต่าง ๆ ดังกล่าวด้วยหลักที่อยู่กับปัจจุบัน ก็จะรับสัมผัสแบบมีสติ แบบธรรมชาติง่าย ไม่ซับซ้อน แบบที่ไม่แปรเปลี่ยนไปตามการรับรู้ด้วยความเคยชินในอดีต หรือความคิดในอนาคตมีสติเป็นฐานเพื่อให้เกิดปัญญาในการรับสัมผัส อย่างไม่เป็นทุกข์ (ไปล่วงหน้า)

การบ้านครั้งที่ 6

ให้เลือกปัญหาในชีวิตประจำวันแล้วฝึกค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเอง และบอกถึงความคิดกับความจริงจากสถานการณ์ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 6 ของผู้ปวยนี้พบว่าเป็นการช่วยฝึกให้ผู้ปวยได้ฝึกการคิดในเชิงของเหตุผล จากสถานการณ์ของสมาชิกพบว่าเมื่อตนมองสิ่งของอะไรจะตั้งสติให้รู้ตัวกับลมหายใจตลอด ทำให้มีใจจดจ่อกับการทำงานไม่ใจลอยเหมือนในอดีต

ประเมินผล

ผู้ปวยพักทหายกันเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาได้ โดยจากการฝึกมองพวงมาลัย สมาชิกเกือบทุกคนสามารถบอกได้ว่าเป็นพวงมาลัย แต่มีสมาชิกคนหนึ่งได้บอกว่าเห็นแล้วนึกขึ้นได้ว่าวันนี้วันพระลืมเปลี่ยนมาลัยที่หิ้งพระ ผู้วิจัยจึงได้สรุปและอธิบายให้สมาชิกเห็นว่า ความจริงพวงมาลัยก็คือพวงมาลัย แต่ความคิดกลายเป็นคิดว่าลืมไหว้พระ ซึ่งการมองเห็นแบบมีสติ เป็นการมองเห็นอย่างที่ปรากฏแก่สายตา ซึ่งจะให้เห็นรายละเอียดของสิ่งที่เห็น ได้แก่เห็น รูปร่าง สี รูปแบบ ลักษณะ การเคลื่อนไหว เป็นข้อมูลที่ไม่มีความคิด อารมณ์และความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจิตใจของคนนั้นก็ยังอยู่ในสถานะที่สมดุลเหมือนเดิม ทำให้ไม่เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนผิดปกติตามมา โดยหลังการฝึกนั้นสมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้นถึงการตระหนัก และสามารถแยกแยะได้ระหว่างความคิดกับความจริงหลังการฝึกว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และสามารถร่วมกันนำเสนอวิธีการแก้ปัญหาของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มรับฟัง และร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น และแนวทางการแก้ไขปัญหาของสมาชิกแต่ละคนร่วมกันได้

กิจกรรมครั้งที่ 7. การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรารู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้จัดการกับปัญหาตามวิธีการที่ได้เรารู้มาที่เหมาะสมในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยพักทหายสมาชิก และกระตุ้นให้ทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติให้ผู้ปวยได้ใช้กระบวนการที่เรารู้มาทั้งหมดตามโปรแกรม แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันว่าควรจะทำเนิการแก้ไขปัญหายังไง จึงจะมีความถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความ เป็นจริง โดยผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ผู้ปวยอภิปรายอีกครั้ง

เหตุการณ์สมมติให้เลือกคิดและเลือกรู้สึก

ผู้วิจัยเตรียมเรื่องราวสั้น ๆ 2 เรื่องให้สมาชิกอ่าน สำนวณความคิดและความรู้สึกของตนเอง ต่อเรื่องสั้นแต่ละเรื่อง ทีละเรื่อง โดยใช้เวลาสมาชิกสำรวจครั้งละ 5 นาที เปิดอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง วัตถุประสงค์ของการอภิปราย คือ กระตุ้นให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงอิทธิพลของความคิดต่อการรับรู้สถานการณ์

เรื่องที่ 1 ขณะที่คุณกำลังนั่งอยู่ในที่ทำงาน คุณกำลังรู้สึกแย่มากเพราะคุณเพิ่งทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน หลังจากนั้นในเวลาอันสั้น คุณเห็นเพื่อนร่วมงานอีกคนที่อยู่ในที่ทำงาน วิ่งตรงมาทางที่คุณนั่งอยู่และเดินผ่านคุณไปด้วยความรวดเร็วโดยไม่ได้พูดอะไรกับคุณ.....คุณคิดอะไรบ้าง

เรื่องที่ 2 คุณกำลังนั่งนึกถึงอย่างมีความสุขเพราะนึกถึงการได้รับคำยกย่องชมเชยในงานที่ออกมาดี หลังจากนั้นในเวลาอันสั้น คุณเห็นเพื่อนร่วมงานอีกคนที่อยู่ในที่ทำงาน และเขากำลังวิ่งตรงมาทางที่คุณนั่งอยู่และเดินผ่านคุณไปด้วยความรวดเร็วโดยไม่ได้พูดอะไรกับคุณ.....คุณคิดอะไรบ้าง

ความคิดมีอิทธิพลมากต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง บุคคลจะตีความ แปลความ ตามกรอบความคิดของตน บ่อยครั้งที่กรอบความคิดทางลบ และบ่อยครั้งที่บุคคลแยกไม่ออกระหว่างความคิดของตนกับความจริง (ของเหตุการณ์) เช่นว่า การแยกไม่ออกระหว่างความคิดกับความจริงดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกซึมเศร้าได้ แบบฝึกหัดช่วงต้นจะช่วยให้สมาชิกตระหนักรู้ว่า “ความคิดไม่ใช่ความจริง” นั่นคือมองให้เห็นภาพว่า “ความคิดก็เป็นเหตุการณ์ทางจิตใจ เหตุการณ์หนึ่งมากกว่าความจริง” (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, p.258) ซึ่งในส่วนหนึ่งของการฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ คือการให้เกิดการรับรู้ในจุดแยกแยะจุดนี้ เพราะในการฝึกสมาธิด้วยลมหายใจ จะบันทึกความคิดที่ผ่านเข้ามาขณะกำลังทำการตระหนักรู้ รู้สึกระและอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามจริงขณะนั้น จากนั้นก็ดึงกลับมาสู่การหายใจ จะไม่ถูกจับไปตามกระแสความคิดนั้น จะเพียงพูดว่า “โอ้, มีความคิดเกิดขึ้นอีกแล้ว รับรู้อย่างแผ่วเบา เพื่อกลับมาสู่การหายใจ”

การบ้านครั้งที่ 7

ให้ฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมด โดยการค้นหาความคิดทางเลือกที่เหมาะสม สำหรับการแก้ปัญหาของเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านครั้งที่ 7 ของผู้ป่วนี้พบว่า เหตุการณ์ล่าสุดตนเองรายหนึ่ง ทะเลาะกับลูกประจำเพราะลูกไม่ให้ขี่มอเตอร์ไซด์ แต่ตนต้องไปธุระ ตอนนั้นโกรธลูกมากแต่ก็

พยายามใช้สมาธิแบบสั้นมากำหนดให้รู้ตัวและแผ่ขยายความโกรธออกไป แล้วค่อยๆคิดว่าเหตุผล เพราะลูกเป็นห่วงกลัวเกิดอุบัติเหตุ แสดงว่าลูกรักเรา ดังนั้นจึงรู้สึกดีขึ้นและจึงนั่งรถสองแถวไป แทนซ้ำแต่ปลอดภัยกว่า และตนก็ไม่ทะเลาะกับลูกเรื่องนี้อีกเลย

ประเมินผล

ผู้ป่วยตกท่ายกันเองภายในกลุ่ม และช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และ จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาได้ โดยสมาชิกทุกคนสามารถเลือกใช้ วิธีการในการจัดการกับปัญหาตามสถานการณ์สมมุติ และในสถานการณ์ปัญหาของตนเองได้ ตามวิธีการที่ได้เรียนรู้มาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกใช้การฝึกสมาธิแบบสั้น เนื่องจาก สามารถปฏิบัติได้ทันที เมื่อเกิดปัญหา เพื่อใช้ดึงสติของตนเองให้กลับมาอยู่กับปัจจุบันให้เร็วที่สุด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ถูกต้องเป็นจริงตามมา

กิจกรรมครั้งที่ 8. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมองเห็นหนทางนำวิธีที่ผ่านมาทั้งหมด ไปปรับให้ใช้ได้ในการดำเนิน ชีวิตปกติได้อย่างสมดุล ตระหนักรู้ถึงความตั้งใจ ความเข้มแข็งในตนเอง ที่เป็นแหล่งพลังงานที่ นำไปสู่ความคิดทางบวกที่สามารถใช้ดูแลตนเองได้ในปัจจุบันและอนาคต และป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในอนาคต

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยตกท่ายสมาชิก ชักถามถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวสมาชิก กระตุ้นให้สมาชิกทบทวน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 7 และปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และการดำเนินแก้ไข โดยผู้วิจัยทบทวนซ้ำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 7 ให้ผู้ป่วยได้คิดตามและทบทวน ซ้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับ ความจริงอย่างถาวร และมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้มีความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของ โรคซึมเศร้าได้ กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างของสมาชิก ให้อภิปรายร่วมกัน สืบหาปัญหาที่รบกวนใจ หา แนวทางจัดการความคิดและพฤติกรรมของตนเองอย่างมีสติได้อย่างไร ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของ กระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการได้ กระตุ้นให้นำเทคนิคที่เรียนรู้จากกิจกรรม ทั้งหมดไปใช้เป็นประจำต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติทั้งหมด ยุติสัมพันธภาพในการบำบัดครั้งนี้กับผู้ป่วย และให้ตอบแบบประเมิน

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ และแบบวัดระดับการมีสติหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที เพื่อประเมินความสำเร็จของโปรแกรม และนัดให้มาทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ในสัปดาห์ถัดไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง มีการทักทายกัน ช่วยกันบอกชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และช่วยกันสรุปถึงกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1-7 ได้แก่ ตอนแรกเราก็มารู้จักกัน รู้จักโรคที่เราเป็น ได้เรียนรู้แนวทางวิธีการที่จะใช้กับตัวเองให้เกิดสติและเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด และการกระทำต่างๆของเราให้ถูกต้อง และเพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ซึ่งสมาชิกบอกว่าเกิดความตั้งใจที่จะนำวิธีที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด ไปใช้ในการดูแลตนเอง โดยตั้งใจที่จะนำวิธีที่ได้เรียนรู้ผ่านมามากมายไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต และนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อไปทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 1 กำหนดการโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

กิจกรรม	ว/ด/ป	เวลากลุ่มที่ 1	เวลากลุ่มที่ 2	สถานที่
กิจกรรมที่1	30 ม.ค. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่2	6 ก.พ. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่3	13 ก.พ. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่4	20 ก.พ. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่5	27 ก.พ. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่6	5 มี.ค. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่7	12 มี.ค. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์
กิจกรรมที่8	19 มี.ค. 55	10.00-11.30 น.	14.00-15.30 น.	คลินิกคลายเครียด ร.พ.มะการักษ์

3. ชั้นประเมินหลังการทดลอง

3.1 การกำกับการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ปวยกลุ่มทดลองในการตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดระดับการมีสติทันที โดยค่าความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน อยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือ มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบไม่เกิน 80 คะแนน และระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือ มีคะแนนระดับการมีสติไม่ต่ำกว่า 45 คะแนน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองประเมินหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติทันที

ผู้ป่วย	คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ	คะแนนระดับการมีสติ	ประเมินผล
1	30	76	ปกติ
2	32	76	ปกติ
3	32	80	ปกติ
4	34	76	ปกติ
5	32	77	ปกติ
6	34	80	ปกติ
7	30	76	ปกติ
8	32	77	ปกติ
9	30	80	ปกติ
10	34	78	ปกติ
11	32	79	ปกติ
12	34	79	ปกติ
13	30	78	ปกติ
14	32	77	ปกติ
15	34	78	ปกติ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้ป่วย	คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ	คะแนนระดับการมีสติ	ประเมินผล
16	34	77	ปกติ
17	34	80	ปกติ
18	32	79	ปกติ
19	34	77	ปกติ
20	34	79	ปกติ

3.2 การประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมและทำการกำกับทดลองในผู้ป่วยกลุ่มทดลองแล้ว จากนั้นสัปดาห์ต่อมาผู้วิจัยได้นำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) เพื่อประเมินผลหลังการทดลอง **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลเมการ์กซ์ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติมาวิเคราะห์หาค่าความแตกต่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

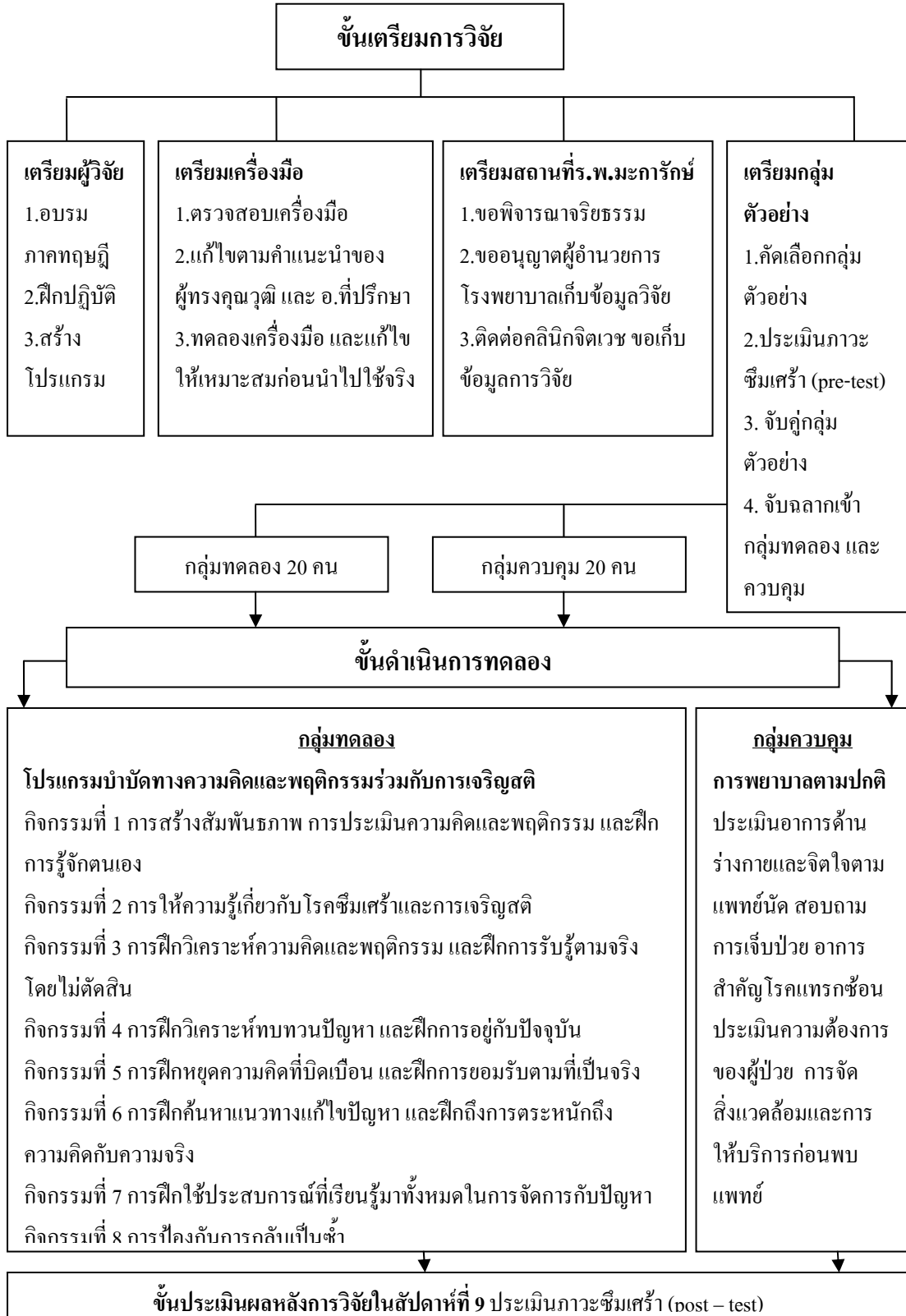
1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t – test)

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม คือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	4	20	7	17.50
หญิง	17	85	16	80	33	82.50
อายุ						
20 - 29 ปี	5	25	6	30	11	27.50
30 - 39 ปี	3	15	4	20	7	17.50
40 - 49 ปี	3	15	3	15	6	15.00
50 - 59 ปี	9	45	7	35	16	40.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25	6	30	11	27.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	5	25	8	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	20	2	10	6	15.00
อนุปริญญา/ปวส.	4	20	5	25	9	22.50
ปริญญาตรี	4	20	2	10	6	15.00

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25 และ 30 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามอาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส เวลาการป่วย การรักษาที่ได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	2	10	1	5	3	7.50
รับจ้าง	9	45	4	20	13	32.50
ค้าขาย	-	-	8	40	8	20.00
เกษตรกรกรรม	2	10	2	10	4	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	30	3	15	9	22.50
อื่นๆ (ว่างงาน)	1	5	2	10	3	7.50
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	4	20	5	25	9	22.50
ไม่เพียงพอ	16	80	15	75	31	77.50
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	5	25	13	32.50
คู่	10	50	9	45	19	47.50
หม้าย	-	-	1	5	1	2.50
หย่า/ร้าง/แยก	2	10	5	25	7	17.50
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	7	35	2	10	9	22.50
1 - 2 ปี	8	40	15	75	23	57.50
มากกว่า 2 ปี	5	25	3	15	8	20.00
การรักษาที่ได้รับ						
การรักษาด้วยยา	20	100	20	100	40	100.00

จากตารางที่ 5 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองรับจ้างร้อยละ45 กลุ่มควบคุมค้าขายร้อยละ40 ทั้ง2กลุ่มรายได้ไม่พอร้อยละ80 และ75 ตามลำดับ สถานภาพคู่ร้อยละ50 และ45 ตามลำดับ มีเวลาการป่วยอยู่ที่1-2 ปีร้อยละ40 และ75 ตามลำดับ รับประทานยารักษาร้อยละ100

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (paired t - test)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	24.80	4.26	มาก			
				19	8.12	.00
หลังการทดลอง	18.20	4.87	ปานกลาง			

จากตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.80 และหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.20 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	24.55	4.51	มาก			
				19	1.42	.17
หลังการทดลอง	23.55	6.00	มาก			

จากตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.55 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.55 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะซึมเศร้า ทั้งก่อนและหลังการทดลองยังคงอยู่ที่ระดับมาก

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Independent t - test)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และการพยาบาลตามปกติ (n=40)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.80	4.26	มาก	38.00	.18	.86
กลุ่มควบคุม	24.55	4.51	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.20	4.87	ปานกลาง	38.00	-3.09	.004
กลุ่มควบคุม	23.55	6.00	มาก			

จากตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่าอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าระดับมาก ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วนั้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยลงไปอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมระดับคะแนนของภาวะซึมเศร่ายังคงอยู่ในระดับมาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 และรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 และรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10 – 15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20 - 29 คะแนน)
4. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ
5. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
6. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการฝึกเจริญสติ
7. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม PASS (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) และนำผลการศึกษาของ Teasdale et al. (2002) และ กุญชรธิดา สุภาคุณ (2549) มาร่วมกำหนดอำนาจทดสอบ 80 % ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนกลุ่มละ 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) มากขึ้น และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการบูรณาการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (1979) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) และจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรม ประกอบไปด้วย 8 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที นาน 8 สัปดาห์ๆละ 1 กิจกรรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง หลังจากนั้นนำโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรค

ชิมเซร่าจำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งหลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่าผู้ป่วยเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องยกตัวอย่างให้เข้าใจเพิ่มเติม โดยดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด และนำปัญหาที่พบมาปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้โปรแกรมสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะชิมเซร่าของ Beck (1967) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)

3.2 แบบวัดระดับการมีสติของ Brown & Ryan (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัสดาพร สันติวงษ์ (2550)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะชิมเซร่าเท่ากับ 1.0 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ .96 และแบบวัดระดับการมีสติเท่ากับ .93 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคชิมเซร่าจำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี และนำข้อมูลมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์ Cornbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือของแบบประเมินภาวะชิมเซร่าเท่ากับ .86 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ .84 และแบบวัดระดับการมีสติเท่ากับ .82 ตามลำดับ

โดยในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย ยินยอม และให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะชิมเซร่า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดระดับการมีสติเป็นอย่างดี

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาลจากผู้นักปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ วันที่ 22-24 มิถุนายน 2554 รวมถึงการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติเรื่องการเจริญสติจากพระวิทยากรที่เชี่ยวชาญการทำสมาธิเจริญสติ วัดธรรมมงคล วันที่ 17 เมษายน 2554

1.2 พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะการักษ์

1.4 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์ แจ้งรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 พบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมะการักษ์ ซึ่งแจ้งรายละเอียดต่างๆของงานวิจัย และประสานงานหัวหน้าคลินิกจิตเวชเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในคลินิก

1.6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โดยขออนุญาตดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลการทำวิจัย วัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อยินยอมเข้าร่วม ขอความร่วมมือตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test)

1.8 จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ คะแนนภาวะซึมเศร้า แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

3. ขั้นตอนประเมินผลหลังการทดลอง

3.1 การกำกับการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยกลุ่มทดลองในการตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดระดับการมีสติทันที โดยค่าความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน อยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือ มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบไม่เกิน 80 คะแนน และระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือ มีคะแนนระดับการมีสติไม่ต่ำกว่า 45 คะแนน

3.2 การประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมและทำการกำกับการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มทดลองแล้ว จากนั้นสัปดาห์ต่อมาผู้วิจัยได้นำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) เพื่อประเมินผลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ พบว่า หลังการทดลองคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ พบว่า หลังการทดลองคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

ดังนั้น จากผลของการวิจัยในครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยลง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 8) ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาข้างต้น ดังต่อไปนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีภาวะซึมเศร้าน้อยลง เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลง มีระยะเวลา มีขอบเขต และระเบียบข้อตกลงในการบำบัด ในส่วนของผู้ป่วยก็มีการกำหนดทิศทางเช่นกัน คือ ความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม และการสร้างระเบียบหรือข้อตกลงของกลุ่มในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จากหลักการของการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน มนุษย์มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมาย เช่น เรียนรู้ว่าจะวันนี้จะต้องทำอย่างไร แล้วทำอย่างไร เรียนรู้ว่าจะเพื่อนร่วมงานแต่ละคนเป็นอย่างไร (ถวิล ธาดาโกชน์ และศรีณย์ คำวิสุข, 2544) ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอน มีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างมี

ขั้นตอน การได้ฝึกทำแบบฝึกหัดในกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ของระหว่างกิจกรรม และความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษา และผู้ป่วยที่ซึมเศร้ารู้สึกไม่ดีกับตนเอง และการแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและอาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ในทำนองเดียวกัน รูปแบบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 8 ครั้งนี้ เป็นการทำความเข้าใจกับแนวคิดเพื่อการปรับวิธีคิด โดยมีพื้นฐานของการฝึกสติควบคู่กันไป อภิปรายเพื่อให้เกิดความเข้าใจแบบแผนวิธีคิดของตนเอง และใช้กิจกรรมในแต่ละครั้งเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ กระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้จริง โดยผ่านการบ้านในแต่ละครั้ง และสามารถเห็นความสำคัญของการนำไปใช้จริงได้แทนวิธีการเดิมๆ ที่เคยทำเป็นนิสัย สอดคล้องกับคำอธิบายของ Segal, William, & Teasdale (2002) ที่ว่าโปรแกรม MBCT เป็นการบูรณาการเรื่องการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติด้วยการให้ความรู้ และฝึกการเจริญสติ ซึ่งผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ทุกชั่วขณะ เพื่อให้ได้กลับมามีความตระหนักรู้มากขึ้นในเรื่องของ สัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิดจากขณะหนึ่งสู่อีกขณะหนึ่ง และให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิม ในการรับสัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิด โดยเฉพาะการยอมรับอย่างมีสติในความคิด ความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ต้องการ มากกว่าการตอบสนองไปโดยอัตโนมัติตามความเคยชินเดิมๆ

นอกจากนี้การทำกลุ่มบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าของตนเองจากสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว มีอารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมให้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ White and Freeman (2000) ที่ได้ศึกษาถึงการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม พบว่าเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง ทำให้เกิดความคิด ความเชื่อที่เป็นทางบวก ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึกรัก และความผูกพันภายในกลุ่มแล้ว

โดยในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ กิจกรรมทั้งหมดได้ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลง ดังจะอธิบายต่อไป

จากกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการได้รับการบำบัด และเกิดความพร้อมในการที่จะนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน การประเมินความคิดและพฤติกรรมในการพบกันครั้งแรก ทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่เมื่อได้มีการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม มีการบอกจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการบำบัด แนวทางการปฏิบัติ ระยะเวลา รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะเรื่องของการรักษาความลับที่ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อนี้ และยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึก และทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มน้อยลง เกิดเป็นการพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่เข้าถึงจิตใจกันและกันของผู้วิจัยและผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากปฏิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยในด้านความจริงจังในการมีส่วนร่วมในกลุ่มของผู้ป่วย ทุกคนมีความพยายามในการมาเข้าร่วมกลุ่มให้ครบทั้ง 8 ครั้ง แม้บางคนบ้านจะอยู่ไกลแต่ก็พยายามมาเข้ากลุ่มตามนัดทุกครั้ง ในเรื่องของการบ้านในแต่ละครั้งทุกคนก็ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ในการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่เกิดตามมา คือ บรรยากาศการมีส่วนร่วมภายในกลุ่มมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมาก ทุกคนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน สร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้เกิดกำลังใจให้กับตนเอง และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ส่วนการฝึกการรู้จักตนเองนั้น ผู้ป่วยจะถูกสอนให้รู้จักความคิดของตนเองเรียนรู้ทำความเข้าใจสถานการณ์และปฏิริยาตอบสนองของตน ช่วยให้ผู้ป่วยวาดภาพโมทัศน์เชื่อมกันระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เป็นการฝึกให้สมาชิกมองเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำความเคยชินหรือด้วยการตระหนักรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการทำความเข้าใจกับคำว่า “สติ”

จากการฝึกเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานด้วยการรับประทานของสิ่งเดียวกัน 2 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยได้เห็นความแตกต่างของการกระทำตามความเคยชิน กับการกระทำอย่างมีสติ และจากการที่ผู้ป่วยได้นำไปฝึกปฏิบัติเรื่องการฝึกสมาธิพื้นฐานกับกิจวัตรประจำวันที่บ้าน แล้วนำมาอภิปรายกันนั้น ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันว่าเกิดความแตกต่างจากสิ่งเดิมๆ ที่เคยทำ คือ เกิดความใส่ใจในกิจกรรมนั้นๆ มากขึ้น มีความละเอียดรอบคอบ ข้อผิดพลาด

ต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นก็น้อยลง เช่น การแปร่งฟันไม่เกิดการกระแทกเหงือกให้เจ็บเหมือนที่เคยเป็นบ่อยๆ การเตรียมตัวออกจากบ้านไม่ลืมของเหมือนอย่างเคย ขณะเย็บผ้าไม้โคนเข็มที่มนิ้วบ่อยๆ อย่างที่เคยโดน เป็นต้น

ต่อจากนั้นในกิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสตินี้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ที่สำคัญ คือ การดึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีที่สอนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเจริญสติ ทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติมากขึ้น และเป็นการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง การที่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) เข้าใจถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันของร่างกายและความคิดหรือจิตใจ และเมื่อผู้ป่วยเริ่มที่จะใส่ใจ ตระหนักรู้เพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัวจะเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะเห็นรายละเอียดของสิ่งต่างๆ มากขึ้น ได้เห็นและรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน ทำให้เกิดความพยายามในด้านการปรับตัว และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

และจากการได้ฝึกเจริญสติด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจนั้น สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะฝึกสมาธิกับลมหายใจ เช่น กระสับกระส่าย ร่างกายไม่นิ่ง ง่วงนอน เป็นต้น แสดงถึงผู้ป่วยมีการเริ่มใส่ใจ และตระหนักรู้กับปัจจุบัน ซึ่งในกิจกรรมครั้งที่ 1 และกิจกรรมครั้งที่ 2 นี้ จึงเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรับการบำบัดอย่างเต็มที่

ส่วนในกิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน จากการที่ผู้ป่วยได้ฝึกการเจริญสติด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการวิเคราะห์เข้าใจถึงความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ชัดเจนขึ้น โดยจากการสอบถามว่าได้อะไรจากการฝึกบ้าง ทุกคนจะตอบตรงกัน คือ ได้ฝึกเปลี่ยนตัวเองใหม่ โดยอธิบายได้คือ มีสติรอบคอบ มีความใส่ใจในรายละเอียดมากขึ้น รู้จักตัวเองมากขึ้นกว่าเดิม รับรู้อารมณ์ ความคิดของตนได้ทัน และที่เด่นชัด คือ สามารถตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองในเรื่องทางลบที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมมากขึ้น

และจากการให้ผู้ป่วยฟังสถานการณ์สมมุติ นั้น สามารถบอกได้ว่าความคิด เหตุผล และ พฤติกรรมที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างไร เช่น ผู้ป่วยบางคนบอกว่า จากสถานการณ์เขาอาจไม่เห็นเรา จริงๆ จึงไม่ทักเราตอบ ดังนั้นไม่ควรโกรธ ควรทักกันใหม่คราวหน้าถ้าเจอกันอีก เมื่อคิดได้เช่นนี้ แล้ว ก่อให้เกิดความสงบสุขทางใจอย่างไม่เคยรู้สึกมาก่อน

จากนั้นในกิจกรรมครั้งที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน ผู้ป่วยได้ฝึกการเจริญสติด้วยการทำสมาธิแบบสั้น ซึ่งช่วยให้ได้ฝึกจิตใจให้เป็นปัจจุบัน รับรู้ได้ทัน ยอมรับและไม่ตัดสิน เพื่อที่จะได้พิจารณาทบทวนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุจากอะไร และ แนวทางแก้ไขที่ถูกต้องทำอย่างไร เช่น หลังการฝึกสมาธิแบบสั้นทุกคนเริ่มนั่งกับการทำสมาธิ จิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบันขณะมากขึ้น โดยตัวอย่างเหตุการณ์ที่เพื่อนสมาชิกคนหนึ่งถูกบอกเลิกแล้ว ลืมแฟนเก่าไม่ได้เพราะยังทำงานที่เดียวกัน จึงคิดลาออกจากงานหนีปัญหา ซึ่งสรุปสุดท้ายกลุ่มได้ แนะนำให้ทำใจอยู่กับปัจจุบัน รู้ตัวอยู่ตลอดเวลาว่าเราทำงานอยู่ เพื่ออนาคตของเรา และเพื่อสมาชิกใน ครอบครัวของเรา และสิ่งที่เกิดขึ้นมันเป็นอดีตไปแล้ว ให้ตั้งใจทำงานให้ดีที่สุดจะได้เกิดคุณค่าใน ตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ก็ยอมรับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนสมาชิก แล้วตั้งใจจะนำไปปฏิบัติตาม พร้อมกับบอกว่าตนพร้อมที่จะอยู่กับปัจจุบันแล้ว

ต่อมาในกิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และการฝึกการยอมรับตามที่เป็น จริง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการสร้างความคิดใหม่ที่ถูกต้อง หยุดความคิดเดิมที่บิดเบือน โดย ร่วมกับการใช้การทำสมาธิกำหนดลมหายใจมาช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ตัว รับรู้และยอมรับความ จริงให้ได้ หลังการฝึก ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่ารู้สึกดีขึ้น เนื่องจากตนเองคิดมาตลอดว่าหลานชายเป็น ต้นเหตุที่ทำให้ลูกสาวของตนเองเสียชีวิตเพราะการคลอด จึงดีหลานบอยโดยไม่มีสาเหตุ แต่เมื่อตน ได้ฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจให้อยู่กับปัจจุบัน แล้วค่อยๆหยุดความคิดนั้น แล้วให้เหตุผลใหม่กับ ตัวเองว่าลูกสาวตนเองไม่แข็งแรงการคลอดเสียเลือดมากจึงเสียชีวิต ส่วนหลานชายก็เป็นลูกของลูก สาวตนเองถ้าลูกสาวตนเองยังอยู่ก็คงจะรักและดูแลลูกอย่างดี ดังนั้นตนจึงเปลี่ยนความคิดจาก เกลียดหลานเป็นสงสารหลานที่ขาดแม่ดูแล ดังนั้นตนจึงตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำร้ายหลานมา เป็นดูแลหลานอย่างดีเพื่อเป็นการทำหน้าที่แทนลูกสาวของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยและเพื่อนสมาชิกคน อื่นๆในกลุ่มก็ได้ชื่นชมและให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

และในกิจกรรมครั้งที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิด กับความจริงนั้น จากการได้ฝึกมองพวงมาลัยสมาชิกส่วนใหญ่บอกคือดอกไม้ แต่มีอยู่หนึ่งคนที่ บอกว่าเห็นแล้วนึกได้ว่าลิ้นเปลี่ยนมาลัยที่หิ้งพระ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยแยกแยะระหว่าง ความคิดกับความจริง ซึ่งสมาชิกทุกคนสามารถรับรู้ได้ว่าความคิดไม่ใช่ความจริงเสมอไป โดย สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจตรงกันว่าต้องมีสติ เพราะความคิดบางอย่างก็ไม่จริงเสมอไป เป็นการ ช่วยฝึกให้ผู้ป่วยได้ฝึกการคิดในเชิงของเหตุผล

ดังนั้นจากกิจกรรมในครั้งที่ 3-6 นี้จึงเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจใน ปัญหาที่แท้จริง ร่วมกันเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้และยอมรับ กับสถานการณ์ขณะนั้นตามจริงด้วยการไม่ตัดสินผิดถูก แยกแยะความแตกต่างระหว่างความคิดกับ ความจริงได้ ส่วนการฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือนช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุม ความคิด และสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล ซึ่งเมื่อปฏิบัติตามได้ ก็จะสามารถคิดได้ อย่างมีอิสระ มีแนวทางเลือกในการคิดเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากการคิดแบบเดิมๆ สามารถเชื่อมโยง ปัญหากับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีการคิดค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกันกับความเป็นจริงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป็นจริง ไม่บิดเบือน และระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากกระบวนการในกิจกรรมครั้งที่ 3-6 นี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับวิธีการจัดการกับความคิดที่ไม่ เหมาะสมของตนเองอย่างมีสติ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และเกิดพฤติกรรมแก้ไข ปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับความเป็นจริง จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ พล ภัทร์ โสเสถียรกิจ (2553) ที่ได้ใช้การเจริญสติมาบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรับยาตามปกติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ ความเป็นจริง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับในกิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับ ปัญหา และในกิจกรรมครั้งที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้น เป็นการให้ผู้ป่วยได้รวบรวมความรู้ ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดนั้น มาฝึกใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์สมมุติ เพื่อเป็น การฝึกให้ผู้ป่วยได้เกิดความคุ้นเคยกับวิธีการต่างๆ ในโปรแกรม เห็นความสำคัญในการฝึกฝน เกิด การตระหนักรู้ มีสติ รู้จักความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองในแต่ละช่วงขณะ จนเกิด

ผลลัพธ์ในเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตามมา สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันได้ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้นเป็นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยไว้สำหรับการเตรียมตัวในการเผชิญชีวิตในสังคมต่อไป กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา (White and Freeman, 2000) และยังเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความห่วงใยในตัวผู้ป่วยของผู้บำบัดที่มีต่อผู้ป่วยอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้าน้อยลง และลดโอกาสของการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำอีก (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)

ดังนั้นการดำเนิน โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ตามขั้นตอนที่กล่าวมานี้ จึงถือว่ามีสำคัญในการช่วยให้เกิดประโยชน์ในการที่ผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจ เกิดกำลังใจในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับการบำบัด และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกคิดจากสถานการณ์สมมุติในแต่ละกิจกรรม และจากสถานการณ์ของผู้ป่วยเองแต่ละคน รวมทั้งการคิดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของกลุ่มที่ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการฝึกคิดแสดงความคิดเห็น และรับฟังความคิดจากผู้ป่วยคนอื่น และเนื่องจากโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เป็นการบำบัดที่ใช้ลักษณะของการทำกลุ่มร่วมด้วย โดยที่คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากกลุ่ม กระบวนการของกลุ่มที่จะช่วยสร้าง และพัฒนาทางด้านอารมณ์ และสังคม โดยฝึกให้สมาชิกรู้จักอารมณ์ แสดงอารมณ์ให้ถูกต้อง สมเหตุสมผล มีการรู้จักพูดคุยทักทาย มีการแสดงออกตามกาลเทศะ การแสดงสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ของกลุ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553)

โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกรพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับ คือ การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับเมื่อมารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม การอธิบายให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและแบบกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการออกชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่ม

ทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ จะเห็นได้ว่าการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับนั้นเป็นการให้การพยาบาลที่ยังไม่มีการช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการคิดเชิงเหตุผลอย่างมีสติ เป็นเพียงการให้คำปรึกษา ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาพยาบาลตลอด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ด้วยตัวเอง โดยแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ซึ่งมีขั้นตอนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ด้วยการให้การเจริญสติมาร่วมด้วย ช่วยให้เกิดการตระหนักรับรู้อยู่กับปัจจุบันขณะ สามารถพิจารณาถึงความคิดทางเลือกใหม่ที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตามมา สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเองอย่างมีสติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลง และไม่เกิดการป่วยซ้ำขึ้นมาอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiesa, A. and Serretti, A. (2010) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการป่วยซ้ำในโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง และในระยะเวลา 1 ปีที่ติดตามผลนั้น ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอีกในผู้ป่วยกลุ่มเดิม

ดังนั้นจากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานและทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการเจริญสติ รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 หลังการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า ควรมีการติดตามระยะยาว โดยการติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9

เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณานำระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามา ร่วมกับการลดภาวะซึมเศร้าในรายบุคคลมาประกอบด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่เท่ากับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่า ซึ่งจากการดำเนินการทดลองของผู้วิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้มีโอกาสในการนำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมไปปรับเปลี่ยนความผิดปกติของอารมณ์ จากพยาธิสภาพของโรคให้มีอาการดีขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญใจ นามเชื้อ. (2548). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา องค์โหมยิต. (2545). จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ยูเนียนครีเอชั่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่มีคำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หน้าต่างสุขภาพ.
- ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช. (2553). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษร.
- ถวิล ธาดาโกชนัน และสรันย์ คำริสุข. (2544). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ทิพย์วิสุทธิการพิมพ์.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2546). สถิติบำบัด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และอดิศร จันทรสุข. (2552). **ศิลปะการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง : คู่มือกระบวนการจิตตปัญญา**. กรุงเทพมหานคร : เอสพีเอ็นการพิมพ์.
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย. การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 17 (3) : 110-121.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปานเทพ คณานุรักษ์. (2554). **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2546). **พุทธธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 11 ปรับปรุง และขยายความ)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พระปัญญานันทภิกขุ. (2538). **อยู่อย่างไรไม่เป็นทุกข์**. นนทบุรี : เอส อาร์ พรินติ้ง.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2553). **ความสุขที่สมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร : บงกชการพิมพ์.
- พระมิตซูโอะ คเวสโก. (2554). **ชั่วโมงแห่งความคิดดี (คู่มือเบื้องต้น อานาปานสติ)**. พิมพ์ครั้งที่ 42. กรุงเทพมหานคร : สามลดาการพิมพ์.
- พระมิตซูโอะ คเวสโก. (2554). **อานาปานสติในชีวิตประจำวัน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สามลดาการพิมพ์.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2546). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12 (3) : 177-188.

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2549). การฝึกสติแนวพุทธร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14 : 60-68.

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2551). จิตบำบัดแนวพุทธ : การบำบัดด้วยสติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 16 : 19-29.

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 18 (3) : 189-199.

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41 (4) : 235-246.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามานิบิติ. กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์.

มาโนช หล่อตระกูล. (2549). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี กรุงเทพ.

ยุทธ ไกยวรรณ. (2546). สถิติเพื่อการวิจัย. ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.

ยุพาพัคตร์ รัศม์มณีวงษ์. (2547). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์พับลิชชิง.

รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรักษวงศ์. (2549). สารทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุดทองการพิมพ์.

วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of Suicide**. กรุงเทพมหานคร : บอสโกออฟเซ็ท.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2545). การใช้โปรแกรม spss for windows และการแปลผลการวิเคราะห์. นนทบุรี : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7 (3) : 176-178.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2552). เทคนิคการแก้ไขอาการวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า ด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร : ฐานการพิมพ์.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์การพัฒนาระดับปริญญาโท ประจำปี พ.ศ. 2553 (กลุ่มสังคมและวัฒนธรรม) ฝายวิจัยสถาบันและสารสนเทศ กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2546). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. นนทบุรี : สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2547). **Cognitive Therapy**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต.
- สุภาวดี ชัมมะรักขิต. (2550). **การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา**. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเทพ พรหมเลิศ. (2544). **หนังสือประกอบการเรียนการสอนพระพุทธศาสนา เล่ม 2**. นนทบุรี : เกรทเอ็ดดูเคชั่น.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2552). **แนวโน้มของภาวะซึมเศร้า**. กรุงเทพมหานคร : หน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2552). “WHO คาด 11 ปี ข้างหน้าโรคซึมเศร้าทำประชากรสูญเสียสุขภาพ”. **วารสารจดหมายข่าว วช**. 4 (23).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). **บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10-TM) ฉบับประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). **ข้อมูลของประชากรในประเทศไทยที่นับถือศาสนาพุทธ.**
กรุงเทพมหานคร : กระทรวงมหาดไทย.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2552). **คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy).** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
ในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 19 :
1-13.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). **การจัดการกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และวิตกกังวล ด้วย
ตนเอง.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นาเปรสการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2552). **รูปแบบการ
บำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มี
ภาวะซึมเศร้า ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. วิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.**
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคม
สำหรับโรคซึมเศร้า.** กรุงเทพมหานคร : ธนาเปรสการพิมพ์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). **ภาวะซึมเศร้าในเด็ก : การศึกษาโดยใช้
Children's Depression Inventory.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41 (4) :
222-228.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). **The integrative power of cognitive therapy**. New York : The Guilford press.

American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. **American Journal of Psychiatry** 150 (4) : 1-29.

American Psychiatric Association. (2004). **Practice Guideline for The Treatment of Psychiatric Disorders**. Washington DC : American Psychiatric Press.

Andy Finucane and Stewart W Mercer. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. **Journal of BMC Psychiatry**. 6 : 14.

Beck, A.T. (1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspects**. New York : Harper Row.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York : The Guilford press.

Borah Kim, Sang-Hyuk Lee. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. **Journal of Anxiety Disorders**. 24 : 590–595.

Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**. 84 (4) : 822-848.

Burcusa, S.L., and Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. **Journal of Clinical Psychology Review**. 27 : 959-985.

- Chiesa, A. and Serretti, A. (2010). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders. **Journal of Psychiatry Res.** Sep 14.
- Clayman, V. E. (1994). Self-management of chronic illness: implication for nursing. **Int. J. Nurs. Syud.** 12 (6) : 128-139.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., and Simons, A.D. (1999). Meditations Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatient : Meta–Analysis of Four Randomized Comparisons. **American Journal Psychiatry.** 156 (7) : 1007-1013.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. meditations in the treatment of moderate to severe depression. **Journal of Archives General Psychiatry.** 62 : 40-416.
- Fava, G., A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., and Belluardo, P. (1998). Prevention of Recurent Depression With Cognitive Behavior Therapy. **Journal of Archives General Psychiatry.** 55 : 816-820.
- Fava, G., A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi S. (2004). Six-Year Outcom of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. **American Journal Psychiatry.** 161 (10) : 1872-1876.
- Fennell, M.J.V. (1993). **Depression.** Cognitive behavior therapy forpsychiatric problems. Oxford : Oxford University Press.
- Furlong, M. and Oei, T.P. (2002). **Chang to Automatic Thoughts and Disfunctional Attitude in Group CBT for Depression.** [online]. Available form: <http://eprint.up.au/archive/.pdf> [2004, January 30].

- Garber, J. (2000). **Development and depression.** Handbook of developmental psychopathology. New York : Kluwer Academic Plenum.
- Greden, J.F. (2001). **Treatment of Recurrent Depression.** U.S.A. : American Psychiatric.
- Greist, J.H., and Jafferson, J.W. (1992). **Depression and Treatment.** Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Hollon, S.D., and Kendall, B.F. (1980). **Group cognitive therapy for depressed patients.** New York : The Guilford press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). **Full Catastrophe Living.** New York : Bantam Doubleday Group.
- Kronmuller, K- T., and others. (2007). Knowledge about affective disorders and outcome of depression. **Journal of Affective Disorders.** 104 : 155-160.
- Lewin, L. (2003). **The Client with a Depressive Disorder.** In : Deborah. Antai-Otong CD. editor. Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts. United States : Thomson Learning.
- Marram, G.D. (1978). **The group approach in nursing practice. 2ed.** Saint Louis: the C. V. Mosby.
- Michiyo Ando. (2009). The Efficacy of Mindfulness-Based Meditation Therapy on Anxiety, Depression and Spirituality in Japanese Patients with Cancer. **JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE** Volume 12, Number 12.
- Polit, D. and Beck. (2004). **Nursing research : Principles and methods (7 th ed.).** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Pual Biegler. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. **BMJ.** 36 : 1046-1050.

- Ronnachai Kongsakon, Umaporn Udomsubpayakul, and Rungtip Prasertchai. (2005). Clinical Response of Depressive Patients in a Thai Psychiatric Care Setting. **J Med Assoc Thai.** 88 (8) : 10-14.
- Ruth, A.Baer. (2006). **Mindfulness-Based Treatment Approaches.** British : Academic Press.
- Sadock, BJ. and Sadock, VA. (2003). “**Mood disorders.**” **In: Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences / clinical psychiatry.** 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. : 534-90.
- Sadock, BJ. and Sadock, VA. (2007). “**Mood disorders.**” **In : Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry : behavioral sciences / clinical psychiatry.** 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. : 527-78.
- Segal, z.v., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). **Mindfulness-based cognitive therapy for depression.** New York : The Guilford Press.
- Seok - Man Kwon and Tiam, P.S.Oei. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depressions. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.** 34 : 73-85.
- Simos, G. (2002). **Cognitive Behavior Therapy : A Guide for the Practicing Clinician.** New York : Simltaneously.
- Stefan, G., Hofmann, Alice T., Sawyer, Ashley, A., Witt, and Diana, Oh. (2010). The Effect of Mindfulness - Based Therapy on Anxiety and Depression : A Meta - Analytic Review. **J Consult Clin Psychol.** April. 78 (2) : 169–183.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 8th ed.St. Louis ; Mosby.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นางหยาดชล ทวีธนาวณิชย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
2. นางสาวตริยาภรณ์ สร้อยสังวาลย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
3. นางรภัศพิศา วรางพงษ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง
4. นางกมลรัตน์ ช้วนินิ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
5. นางสาวจารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
2. คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

ชุดที่ 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

1. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ
2. แบบวัดระดับการมีสติ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา
 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช
 4. อนุปริญญา/ป.ว.ส.
 5. ปริญญาตรี
 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 7. อื่นๆ
4. อาชีพ
 1. งานบ้าน
 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย
 4. เกษตรกรรม
 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน

เพียงพอ ไม่เพียงพอ
6. สถานภาพสมรส
 1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย
 4. หย่า/ร้าง/แยก
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี
8. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ระบุ)

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ในช่องที่มีข้อความที่ตรงกับความคิด
ความรู้สึกรของท่านในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนต่อต้านสังคม					
2. ข้าพเจ้าไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมข้าพเจ้าไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจข้าพเจ้าเลย					
5. ข้าพเจ้าทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
6. ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งที่ คาดหวังให้สำเร็จได้					
7. ข้าพเจ้าคิดว่าจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้าเหลือเกิน					
9. ชีวิตข้าพเจ้าไม่เป็นไปตามที่คิด					
10. ข้าพเจ้าไม่พอใจในตัวเองเลย					
.					
.					
.					
.					
28. อนาคตของข้าพเจ้าเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุกๆ อย่างไม่มีคุณค่า หรือมีความสำคัญกับ ข้าพเจ้าเลย					
30. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					

แบบวัดระดับการมีสติ

คำชี้แจง ประโยคข้างล่างเหล่านี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับเหตุการณ์ประจำวันของท่าน โปรดชี้ให้ชัดเจนว่าเหตุการณ์ในแต่ละข้อ ณ ปัจจุบัน ที่ท่านเป็นอยู่ มีความถี่บ่อย ในระดับเท่าใด โดยอาศัยเกณฑ์ที่ให้ไว้ตั้งแต่ 1-6 โปรดตอบตามเหตุการณ์ของท่านที่สะท้อนออกมาตามความจริงมากกว่าการตอบตามสิ่งที่ท่านคิดว่าควรเป็น โปรดตอบในแต่ละหัวข้อโดยแยกออกจากหัวข้ออื่นๆ ทั้งหมด

ระดับคะแนน

1	2	3	4	5	6
เกือบตลอดเวลา	บ่อยมาก	ค่อนข้างบ่อย	เป็นบางครั้ง	น้อยมาก	เกือบไม่เคย

1. บางครั้งข้าพเจ้าอาจมีอาการอะไรบางอย่างแต่จะไม่รู้ตัว

จนกระทั่งเวลาผ่านไปชั่วครู่แล้ว 1 2 3 4 5 6

2. ข้าพเจ้าทำสิ่งของแตกหักหรือหกเลอะเทอะ เพราะขาดความระมัดระวัง ไม่ได้ใส่ใจ

หรือคิดถึงเรื่องอื่นอยู่ 1 2 3 4 5 6

3. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งเฉพาะหน้า 1 2 3 4 5 6

.

.

.

.

.

14. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามักจะทำอะไรต่างๆ โดยไม่ได้ใส่ใจกับมัน

อย่างจริงจัง 1 2 3 4 5 6

15. ข้าพเจ้ากินอะไรจุบจิบไปเรื่อยโดยไม่ได้ใส่ใจว่ากำลังกินอะไรอยู่ 1 2 3 4 5 6

แบบบันทึกกิจกรรม ครั้งที่.....

ชื่อ.....สกุล.....

บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมลงในแบบฟอร์มข้างล่างในแต่ละครั้งที่ได้ฝึกปฏิบัติ พร้อมรายละเอียดที่เกิดขึ้นขณะที่ทำการฝึกปฏิบัติ เพื่อคุยกันในครั้งหน้า

วัน / เดือน / ปี	กิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติ	รายละเอียดเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติ ได้แก่.....

ความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



โดย

นางพรเพ็ญ อารีกิจ

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย สาเหตุของโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยหนึ่งของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความคิดในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ดังนั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ จึงเป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ ใ้รู้จักความคิดของตน และทำความเข้าใจกับความคิดที่เกิดขึ้น แล้วจึงฝึกปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดความคิดใหม่ มีเหตุผลในการมองปัญหา ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกใหม่ และทำให้ความซึมเศร้ามลดลงได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในด้านการฝึกสติปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับความจริง เพื่อช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้

นางพรเพ็ญ อารีกิจ

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

-หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

-หนังสือแสดงการตอบรับบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสาร

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม



เลขที่ ๐๘๖/๒๕๕๕

โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ ๗๑๑๒๐

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า วิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของนางพรเพ็ญ อารีกิจ ไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วย
และจริยธรรมของโรงพยาบาล

หนังสือแสดงการตอบรับบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสาร



สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา
 คลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทร 0 2442 2500 ต่อ 59352 โทรสาร 0 2437 0847
 Web Site: www.thaipsychiatricnurse.com

ที่ 30 / 2555

วันที่ 3 เมษายน 2555

เรื่อง ขอรับบทความเพื่อตีพิมพ์

เรียน คุณพรเพ็ญ อารีกิจ

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิชาการ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” เพื่อลงวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ในกรณีนี้ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยมีความยินดีในการแจ้งให้ทราบว่า บทความของท่านได้รับการตอบรับให้ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ฉบับที่ 3 ประจำปี 2555

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.รุ่งทิมันต์ สุนทรไชยา)

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ภาคผนวก ง

-ตารางเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่ม
ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test , Post-test)

ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน ภาวะซึมเศร้า (Pre-test)	คะแนน ภาวะซึมเศร้า (Post-test)	คะแนน ภาวะซึมเศร้า (Pre-test)	คะแนน ภาวะซึมเศร้า (Post-test)
1	29 (มาก)	14 (เล็กน้อย)	29 (มาก)	19 (ปานกลาง)
2	29 (มาก)	21 (มาก)	29 (มาก)	29 (มาก)
3	29 (มาก)	24 (มาก)	29 (มาก)	29 (มาก)
4	19 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	15 (เล็กน้อย)
5	19 (ปานกลาง)	14 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
6	19 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	15 (เล็กน้อย)
7	19 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	15 (เล็กน้อย)
8	29 (มาก)	28 (มาก)	29 (มาก)	34 (รุนแรง)
9	29 (มาก)	12 (เล็กน้อย)	24 (มาก)	15 (เล็กน้อย)
10	29 (มาก)	14 (เล็กน้อย)	29 (มาก)	19 (ปานกลาง)
11	29 (มาก)	18 (ปานกลาง)	29 (มาก)	29 (มาก)
12	29 (มาก)	25 (มาก)	29 (มาก)	29 (มาก)
13	29 (มาก)	28 (มาก)	29 (มาก)	35 (รุนแรง)
14	15 (เล็กน้อย)	11 (เล็กน้อย)	15 (เล็กน้อย)	15 (เล็กน้อย)
15	19 (ปานกลาง)	14 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
16	19 (ปานกลาง)	14 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
17	29 (มาก)	23 (มาก)	29 (มาก)	29 (มาก)
18	29 (มาก)	27 (มาก)	29 (มาก)	34 (รุนแรง)
19	29 (มาก)	27 (มาก)	29 (มาก)	34 (รุนแรง)
20	19 (ปานกลาง)	15 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
เฉลี่ย	24.80 (มาก)	18.20 (ปานกลาง)	24.55 (มาก)	23.55 (มาก)

จากตารางที่ 9 พบว่า จากการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอยู่ที่ระดับปานกลาง ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอยู่ที่ระดับมาก

ภาคผนวก จ

-ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

-ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัย นางพรเพ็ญ อาริกิจ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

สถานที่พักอาศัย 19/4 หมู่ 9 ตำบลปากแตร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110

โทรศัพท์บ้าน 032 – 341735

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086 – 1785044

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ
 - 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15) ถึงระดับมาก (20-29) ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล ก้าว ไม่เคยได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการฝึกเจริญสติ อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี ได้รับ

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็ง จ.กาญจนบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็ง อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ก่อนพบแพทย์

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติ โดยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, William, & Teasdale (2002) ประกอบไปด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการเจริญสติ

ครั้งที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

ครั้งที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

ครั้งที่ 5 การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และการฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

ครั้งที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง

ครั้งที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา

ครั้งที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

6. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีทักษะในการดูแลตนเองทั้งทางกาย จิต สังคม ได้อย่างมีสติ และผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีสุขภาวะที่ดี และนำเอารูปแบบโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอนาทม จังหวัดกาฬสินธุ์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญ
สติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางพรเพ็ญ อาริกิจ

ที่อยู่ติดต่อ

(ที่บ้าน) 19/4 หมู่ 9 ตำบลปากแรต อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) 032-341735

โทรศัพท์มือถือ 086- 1785044

E- mail Address : mheaw2525@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ ที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ

โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนไปได้ที่คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็ง อําเภอทํามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางพรเพ็ญ อารีกิจ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพรเพ็ญ อารีกิจ เกิดเมื่อวันพฤหัสบดี ที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2525 ที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จังหวัดราชบุรี ในปีการศึกษา 2547 และได้เข้ารับการศึกษต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในภาคการศึกษาต้น ประจำปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานพยาบาลของบริษัทเอกชน

- Susan Evans. (2007). Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews. **New York Presbyterian Hospital**. Vol. 3, No. 11.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, M.G., (2002). **Mindfulness-based cognitive therapy for derression. Prevention of Relapse / Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy**. New York : The Guilford Press.
- Tsai - Hwei Chen., Ru Band Lu., Ai- Ju Changl, Da-Ming Chu., and Kuei-Ru Chou. (2006). The Evaluation of Cognitive - Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self - Esteem. **Journal of Archives Psychiatric Nursing**. 20 (1) : 3-11.
- Voranut Kitsumban. (2008). Effect of Cognitive Mindfulness Practice Program on Depression among Elderly Thai Women. **Thai Journal Nursing Research**. 13 (2) : 95-108.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A., & Locke, B.Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations : A validation study. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 106 (12) : 203–214.
- White, J.R., and Freeman, A.S. (2000). **Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations**. Washington, DC : American Psychological Association.
- WHO. (1993). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders-Diagnostic Criteria for Research** Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). **Schedule for clinical assessment on neuropsychiatry and disability adjusted life years**. [online]. Available from: <http://www.who.int>. (2009, Dec).