

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งศึกษาผลของกลุ่มปัญญานำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษาดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
2. ภาวะซึมเศร้า
3. การบำบัดกลุ่มปัญญานำบัด

โรคมะเร็งปากมดลูก

อุบัติการณ์ มะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีพบได้ร้อยละ 32.2 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด โดยพบว่าเป็น มะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 25.8 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด อายุของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะอยู่ในช่วง 14 – 90 ปี เฉลี่ย 49 ปี (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และ จิระภา ตันนานนท์, 2534, หน้า 135) และ มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น (ระยะ 0) จะไม่พบอาการผิดปกติแต่อย่างใดมักพบโดยการทำแพพสมียร์ (Pap Smear) (สุนทรี วัฒนเบญจโสภา, 2543, หน้า 8) ในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบอัตราการเกิดของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามมากกว่า มะเร็งระยะเริ่มแรกซึ่งต่างจากประเทศที่กำลังพัฒนาแล้วที่มีการรณรงค์ลดอัตราการเกิดและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดหามะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยการทำแพพสมียร์ (Pap Smear) (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539, หน้า 295)

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก สาเหตุที่แท้จริงไม่มีการยืนยันแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงดังนี้

1. อายุ สตรีที่มีอายุมากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย จากการศึกษานักวิจัยมะเร็งปากมดลูกพบว่าส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยอายุมากกว่า 49 ปี (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534, หน้า 135) และในประเทศอังกฤษ พบว่ามะเร็งปากมดลูกจะพบน้อยในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 49 ปีส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่และร้อยละ 84 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในปี ค.ศ. 1992 จะมีอายุมากกว่า 49 ปี (Cancer Research Campaign, 1994 cited in Ibbotson & Wyke, 1995, p. 746) นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่า ความผิดปกติของเซลล์เยื่อปากมดลูกมีแนวโน้มการเกิดในสตรีที่มีอายุน้อยลงคือต่ำกว่า 30 ปี และ

จะพบบ่อยในช่วงอายุ 15 – 29 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามประมาณ 10 – 15 ปี (สัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 40)

2. เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม การเกิดการผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก และมะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีบางกลุ่มเช่น คนไทย (สัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 40) ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีผิวดำ มากถึง 2 เท่า ของสตรีอเมริกันผิวขาว และพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะต่ำในสตรีชาวมุสลิม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มศาสนาอื่น ๆ เพราะชาวมุสลิมมีประเพณีให้ผู้ชายที่มีอายุ 6 - 12 ปี ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529, หน้า 165)

3. เศรษฐฐานะทางสังคม สตรีที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมต่ำจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมสูง (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297; Cancer Research Campaign, 1994 cited in Ibbotson & Wyke, 1995, p. 747) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีที่มีฐานะยากจนมักจะมีอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี พบว่ามะเร็งปากมดลูกจะพบในสตรีที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมต่ำมากกว่าสตรีที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมสูงถึง 5 เท่า

4. การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ โรคมะเร็งปากมดลูกจะพบมากในสตรีที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์มากกว่าสตรีที่ยังเป็นโสดและจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่ามีสถานภาพสมรสร้อยละ 87 - 96 และมีบุตรมากโดยเฉลี่ย 5 คนขึ้นไป (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297) เนื่องจากการคลอดบุตรอาจทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลงเพราะมีการชอกช้ำและการฉีกขาด ทำให้เซลล์บริเวณดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ที่ผิดปกติได้ (สัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 42) และสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยโดยเฉพาะต่ำกว่า 17 ปี จะมีอัตราการเกิดความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกสูง (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297)

สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้งหรือสตรีที่มีอาชีพบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียว (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297) และความถี่ของการร่วมเพศ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีความถี่ในการร่วมเพศมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533, หน้า 15)

5. การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections) เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูก คือเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมา (Human Papilloma Virus หรือ HPV) ซึ่งจะเข้าไปสร้างโปรตีนชนิดหนึ่งที่มีคุณสมบัติทำลายยีนต้านมะเร็ง ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297)

6. การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ สตรีที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.5-2.3 เท่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297; สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529, หน้า 167; Nolte & Walcizak, 1997, p. 22)

7. การได้รับฮอร์โมนจากยาเม็ดคุมกำเนิด มีรายงานพบว่าสตรีซึ่งใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเป็นส่วนประกอบจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297; Ibbotson & Wyke, 1995, pp. 747 – 748) อย่างไรก็ตามยังสรุปได้ว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เพราะถ้าควบคุมปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์ก็จะไม่พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

8. การเจ็บป่วยด้วยโรคหรือการได้รับยาที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 298; Nolte & Walcizak, 1997, p. 22) และมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งได้รับยากดภูมิคุ้มกันจะมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529, หน้า 167)

9. การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารพวกวิตามินเอ วิตามินซี โฟเลต และเบต้าแคโรทีนมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 298) อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าอาหารมีความสำคัญแก่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Price, Easton, Telljohann & Wallace, 1996, p. 90)

10. การได้รับสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกจากเพศชายสาเหตุสำคัญคือ สิ่งสกปรกบริเวณอวัยวะเพศชาย (Smegma) โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศถือได้ว่าเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากทำให้เกิดการติดเชื้อที่สำคัญไมโครแบคทีเรียสเมอรัมมาทิส (Mycobacteria Smegmatis) ซึ่งสามารถเปลี่ยนโคเลสเตอรอลในเซลล์ที่ตายแล้วของปากมดลูกให้เป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้สตรีที่แต่งงานกับชายที่มีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า สตรีที่แต่งงานกับชายที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศหรือผ่านการร่วมเพศกับสตรีมากกว่า 20 คน ก่อนแต่งงานจะทำให้ภรรยามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 5.3 เท่าของสตรีทั่วไป (สัญญา บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 41-42)

ระยะของมะเร็งปากมดลูก การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกทางคลินิกโดยใช้หลักของสูติ - นรีแพทย์ระหว่างประเทศ (International Federation of Gynecology and Obstetrics หรือ FIGO) ปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี สหรัฐอเมริกา (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เตมรุ้งเรืองเลิศ, 2544, หน้า 177-181) แบ่งไว้ดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะเริ่มแรก ซึ่งจะมีความผิดปกติในการเจริญของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่มีการแพร่กระจาย

ระยะที่ I มะเร็งเกิดเฉพาะบริเวณปากมดลูก แบ่งเป็น

- ระยะที่ IA มะเร็งลุกลามเล็กน้อย ตรวจพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อ โดยการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น ระยะนี้แบ่งย่อยเป็น
 - ระยะที่ IA1 มีการแพร่กระจายลึกลงไปในพื้นที่เยื่อหุ้มชั้นสโตรมา (Stroma) ไม่เกิน 3.0 มิลลิเมตร และการแพร่กระจายกว้างไม่เกิน 7.0 มิลลิเมตร
 - ระยะที่ IA2 มีการแพร่กระจายลึกลงไปในพื้นที่เยื่อหุ้มชั้นสโตรมา (Stroma) ไปมากกว่า 3.0 มิลลิเมตร ไม่เกิน 5.0 มิลลิเมตร และการแพร่กระจายกว้างไม่เกิน 7.0 มิลลิเมตร
- ระยะที่ IB ขนาดรอยโรคมองเห็นบริเวณเฉพาะปากมดลูกขนาดโรคโตกว่าระยะ IA2
- ระยะที่ IB1 มีการกระจายประมาณ 4 เซนติเมตร
- ระยะที่ IB2 มีการกระจายของโรคมมากกว่า 4 เซนติเมตร

ระยะที่ 2 มะเร็งมีการกระจายออกไปนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังเชิงกราน หรือกระจายไปยังช่องคลอดจะไม่เกิน 2 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบน แบ่งเป็น

- ระยะที่ IIA ไม่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อชั้นบริเวณรอบ ๆ มดลูก (Parametrial)
- ระยะที่ IIB มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อชั้นบริเวณรอบ ๆ มดลูก (Parametrial)

ระยะที่ 3 มะเร็งกระจายไปถึงผนังเชิงกราน และ/หรือ มีการกระจายไปยัง 1 ใน 3 ของช่องคลอดตอนล่าง และ/หรือ เป็นสาเหตุของไตบวมน้ำ หรือ ไตวาย

- ระยะที่ IIIA มีการกระจายไป 1 ใน 3 ของช่องคลอดแต่ไม่ถึงผนังเชิงกราน
- ระยะที่ IIIB มีการกระจายไปถึงผนังเชิงกราน และ/หรือ มีภาวะของไตบวมน้ำหรือไตวาย

ระยะที่ IVA มะเร็งกระจายไปเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก และ/หรือกระจายไปนอกเชิงกราน

ระยะที่ IVB มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป

การแพร่กระจายและการพยากรณ์โรค ประอรนุช ตุลยาทร (2541, หน้า 111) กล่าวว่า มะเร็งจะมีการลุกลามโดยตรงลงไปที่ช่องคลอดมากที่สุด และลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูก ไปกระเพาะปัสสาวะ ทวารหนัก หรือลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดและกระแสเลือดได้ การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับผลการลุกลามของมะเร็งอยู่ในระยะใด อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยในระยะ 0 เท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 88 – 93 ระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 50 – 70 ระยะที่ 3 เท่ากับร้อยละ 25 – 42 และระยะที่ 4 อัตราการอยู่รอด 5 ปี น้อยกว่าร้อยละ 13

อาการและอาการแสดง ประจักษ์ ทุติยาร (2541, หน้า 111-112) อาการที่พบขึ้นกับระยะของโรคดังนี้

1. ไม่ปรากฏอาการ ระยะก่อนลุกลามอาจจะไม่มีการแสดงอาการใด ๆ ปรากฏ มักจะพบจากการมาตรวจ แพปสเมียร์ (Pap Smear)
2. ระยะก่อนลุกลามผู้ป่วยอาจจะมีตกขาวเป็นมูกขาวใส หรือเป็นน้ำไหลออกมาทางช่องคลอดได้ อาจเป็นปฏิกิริยาของเซลล์บนพื้นผิว ปากมดลูก
3. ระยะลุกลามและระยะสุดท้าย ก้อนมะเร็งที่โตขึ้นจากการลุกลามของมะเร็งที่บริเวณปากมดลูก ทำให้เกิดแผลติดเชื้อหรือมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดตกขาวมีกลิ่นเหม็นเน่ามากได้
4. เลือดออกผิดปกติหรือตกเลือด ระยะก่อนลุกลามผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกเป็นหยด ๆ หรือออกภายหลังหรือขณะร่วมเพศ

ระยะลุกลาม ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการตกเลือดมากผิดปกติ ถ้ามะเร็งลุกลามมากก้อนหรือแผลใหญ่ก็อาจจะมีการฉีกขาดของหลอดเลือด ร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่า อาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนองได้

5. อาการเจ็บปวดเกิดในระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปยังเส้นประสาท ออพุเตอร์ (Obturator) หรือเส้นประสาทเซียร์ติก (Sciatic) หรือบางรายมีอาการปวดท้องน้อยมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกรานอักเสบ ต่อม้าน้ำเหลืองอักเสบ หรือ เนื้อเยื่ออักเสบ

6. อาการของมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดจากการ แพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ อาการทั่วไปเกิดอาการซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก

การกระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด แพร่กระจายไปยังลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ทำให้เกิดอุจจาระปนเลือด ถ่ายอุจจาระไม่ออก แพร่กระจายไปอุดกั้นบริเวณหลอดไต ทำให้เกิดภาวะไตบวม น้ำ ติดเชื้อ และไตวายได้ แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอุดกั้นบริเวณต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ เช่น ขาหนีบทำให้ขาบวมได้

กระจายไปยังตับ ทำให้เกิดอาการตาเหลือง ตัวเหลือง

แพร่กระจายไปยังปอด ทำให้เกิดอาการไอ เหนื่อยหอบ ไอเป็นเลือด

แพร่กระจายไปยังกระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก

การรักษามะเร็งปากมดลูก ในปัจจุบันการรักษามะเร็งปากมดลูกอาจแบ่งได้เป็น 4 วิธี (เขาวลัทธิ ภูมิประวัติ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณกิจ, 2531) คือ

1. การรักษาโดยการผ่าตัด ส่วนใหญ่ใช้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 บางราย
2. การรักษาโดยรังสีรักษา การรักษาวิธีนี้ใช้กับมะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะ
3. การรักษาโดยเคมีบำบัด มักใช้ในรายที่โรคลุกลามมากแล้วหรือมีโรคเกิดใหม่ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยวิธีอื่น
4. การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ที่ใช้คือ การรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา หรือใช้รักษาโดยการให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

สายพิน ตั้งครุฑ (ม.ป.ป., หน้า 4) ได้กล่าวไว้ว่าการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ร่วมกันจะทำให้ประสิทธิผลของการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่าการรักษาเพียงวิธี เดียว

รังสีรักษามีบทบาทสำคัญในการรักษามะเร็งปากมดลูกมาเป็นเวลานานมีเทคนิคจาก การรักษามากมาย แต่โดยหลักการแล้วจะใช้รังสีรักษา สอง วิธีร่วมกัน คือ การฉายรังสี (External Irradiation) และการสอดใส่แร่ (Intracavitary Irradiation) ปกติแล้วการรักษาด้วยรังสีจะเหมือนกับ การรักษาด้วยการผ่าตัดคือ การรักษาด้วยรังสีจะสามารถควบคุมมะเร็งได้เฉพาะในบริเวณ ที่ฉายเท่านั้น ดังนั้นเทคนิคการฉายรังสี การสอดใส่แร่ให้ได้ปริมาณรังสีเพียงพอ และมีผลข้างเคียง น้อยที่สุดจึงมีความสำคัญอย่างมาก (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544, หน้า 330)

การฉายรังสีเป็นการรักษาโดยค้นกำเนิดรังสีอยู่ห่างจากตำแหน่งที่จะรักษาผู้ป่วยประมาณ 75 – 100 เซนติเมตร ซึ่งจะทำให้ได้ลำของรังสีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะควบคุมพื้นที่การฉายรังสีได้ การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานใช้เวลาประมาณ 4 – 8 สัปดาห์ (ประอรนุช ตูลยาทร, 2541, หน้า 133) ปริมาณรังสีที่ใช้จะประมาณ 180 – 200 เซนติเกรย์ (Centigray :cGy) ต่อครั้ง 1 ครั้ง ต่อวัน 5 วันติดต่อกันใน 1 สัปดาห์ ปริมาณรังสีทั้งหมดอาจเพียง 4,000 เซนติเกรย์ หรือสูงถึง 7,000 เซนติเกรย์ ทั้งนี้ขึ้นกับการรักษาอื่น ๆ เช่น การใส่แร่ หรือ ยาเคมี ระยะของโรค และ ปริมาณของก้อนมะเร็ง (พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ, 2534, หน้า 137)

ผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ผลแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาจนถึงระยะ 6 – 8 สัปดาห์หลังได้รับรังสีรักษา

1.1 กลุ่มอาการโดยทั่วไปจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก ๆ ของการฉายรังสีและจะมีอาการค่อนข้างมากช่วงสัปดาห์ที่ 5 – 6 ของการฉายรังสี

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณได้รับรังสี จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสี 1,000 – 2,000 เซนติเกรย์ เกิดอาการบวมแดงเหมือนถูกความร้อน ถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีเพิ่มขึ้นมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำดำ แห้งเป็นขุย และถ้ารักษาไม่ดีพอ ผิวหนังส่วนนั้นจะแตกเป็นแผล เปียกเยิ้ม คล้ายแผลจากไฟไหม้ แผลชนิดนี้จะหายช้ามากอาจใช้เวลา 3 – 4 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533, หน้า 140)

1.3 ผลต่อไขกระดูก ไขกระดูกจะถูกกดให้สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดน้อยลงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย มักมีอาการไข้ต่ำ ๆ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว มีเหงื่อ อาจจะมีเลือดออกง่าย และผู้ป่วยจะสามารถฟื้นตัวกลับดังเดิมได้ในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังการรักษาด้วยรังสี

1.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร รังสีจะทำลายเยื่อบุลำไส้ทำให้เกิดการอักเสบ บวม ท้องผูกผิดปกติ การดูดซึมอาหารไม่ดีเท่าที่ควรจึงทำให้มีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย ท้องเดิน อาการจะค่อยดีขึ้นภายหลังการรักษาด้วยรังสีครบ 4- 8 สัปดาห์แล้ว

1.5 ผลกระทบต่อทางเดินปัสสาวะ ผลของรังสีทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดแสบ ถ่ายกระปริบกระปรอย

2. ผลแทรกซ้อนเรื้อรัง มักจะเกิดหลังการฉายรังสี 6 เดือนขึ้นไป (สายพิน ตั้งครุฑ, ม.ป.ป., หน้า 6) ได้แก่

2.1 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ จะเกิดผลทำให้รังไข่หยุดทำงาน เกิดจากรังไข่ถูกกดการทำงาน ทำให้ปริมาณของฮอร์โมน เอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรนลดลง ทำให้ไม่มีประจำเดือน เป็นหมันได้ ส่วนช่องคลอดจะพบว่าเยื่อบุช่องคลอดอักเสบ มีผลทำให้เกิดการยึดติด ทำให้ช่องคลอดตีบ

2.2 ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะหดตัวมีขนาดเล็ก ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ และมีภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

2.3 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนปลายอักเสบ ภายหลังการรักษาด้วยรังสีตั้งแต่ 6 เดือนเป็นต้นไป จะมีอาการท้องเดินเป็น ๆ หาย ๆ เยื่อบุลำไส้ใหญ่อาจเกิดเนื้อเยื่อพังผืด หรือมีแผล หรือติ่งเนื้อ ถ่ายอุจจาระลำบากหรือถ่ายเป็นเลือดได้

2.4 ผลต่อกระดูก ทำให้เกิดเนื้องอกในส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาได้

2.5 ผลต่อต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดภาวะอุดตันทางเดินน้ำเหลือง มักเกิดบริเวณอู่เชิงกรานและต้นขาทำให้มีการบวมของขาข้างที่มีการอุดตัน

ภาวะจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก คำว่า “มะเร็ง” มีความหมายในทางลบ คือ เข้าใจให้เกิดความรู้สึกในทางลบในด้านทัศนคติต่อโรคมะเร็งและการรักษาผู้ป่วยจำนวนมากมีความเชื่อ

ที่ยึดแน่นว่ามะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายได้ และการฉายรังสีนั้นจะทำลายร่างกายจนเกิดภาวะพิษ และทำให้ตายในที่สุด (พวงน้อย สาครรัตนกุล, 2531, หน้า 419) ความเชื่อและภาพพจน์ที่ไม่ดีจึงก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคได้รับการกล่าวขานสูงเกินความเป็นจริงและอัตราการรอดชีวิตได้รับการกล่าวขานในทางตรงกันข้ามคือต่ำกว่าความเป็นจริงซึ่งสอดคล้องกับบรู๊ค (Brooks, 1979 อ้างถึงใน วรียา วชิราวัฒน์, 2538, หน้า 39) ว่าแนวโน้มความคิดเห็นของคนทั่วไปต่อโรคมะเร็งจากการสำรวจพบว่าแนวโน้มคำตอบเกี่ยวกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมักมีจำนวนมากเกินความเป็นจริง แนวโน้มคำตอบเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งแล้วรักษาหายมีน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น เมื่อบุคคลได้ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง จึงเป็นช่วงวิกฤตการณ์ของชีวิตที่มีผลให้สุขภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคลนั้นตลอดจนของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดความเศร้าโศก สะเทือนใจ ผิดหวัง โกรธ วิตกกังวล และซึมเศร้าได้เป็นอย่างมาก (พรรณนิภา ธรรมวิรัช และประอรนุช คุณาพร, 2530, หน้า 228) และยิ่งในรายที่ได้รับการรังสีรักษา หรือได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ก็จะมีการข้างเคียงในระหว่างได้รับการรักษามากมายจึงทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าตามมา(สุนทรี วัฒนเบญจโสภา, 2543, หน้า 12) ซึ่งจะเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะกำลังรักษาระยะภายหลังการรักษาและระยะสุดท้ายของโรค (Halldorsdottir & Hamrin, 1995, p. 31) จากการศึกษาของวไลพรธม ชลสุข (2540, หน้า 134) พบว่าเมื่อสตรีในเขตกรุงเทพมหานครรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดความรู้สึกกลัวความรุนแรงของโรคมามากที่สุด (ร้อยละ 52.2) รองลงมาเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 12.2) และไม่แน่ใจในคำวินิจฉัย (ร้อยละ 3.8) รวมทั้งวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาในขณะที่ตัวเองไม่สามารถในการทำงานได้ตามปกติและต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสีย เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังและด้อยคุณค่าในตัวเอง เรณู พุกบุญมี (2539) และนิภา ชูดิษฐ์รัช (2522) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีความรู้เท่าไม่ถึงเหตุปัจจัยรอบคอบ ไม่มีความเชื่อมั่นในอนาคต และมีความเศร้าเสียใจที่ต้องเป็นโรคนี้นาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขคงคะ (2524) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวล และซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ภาวะซึมเศร้าจะทำให้อาการของโรคเป็นรุนแรงขึ้น เช่น อาการปวด

อ่อนเพลียเบื่ออาหาร และยังมีผลต่อจิตใจอีกหลาย ๆ อย่าง เช่นขาดแรงจูงใจในการรักษา หมดกำลังใจ เกิดความท้อแท้ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้อาการของโรคกำเริบ และเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543, หน้า 50)

ความหมายภาวะซึมเศร้า

เกษม ตันติผลาชีวะ (2536, หน้า 1) ได้ให้ความหมายว่าเป็นอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด ผอมลง หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2543, หน้า 1) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นภาวะที่มีอาการซึมเศร้า เป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบียดชีวิต

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 1994 cited in McBride & Austin, 1996 อ้างถึงใน กนกวรรณ ชีวะ, 2544, หน้า 14) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง เกิดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะของ อารมณ์เศร้า ขาดความพอใจ สมาธิไม่ดี สูญเสียพลังงาน มีความรู้สึกไร้ค่า ร่างกายเปลี่ยนแปลง มีความคิดหมกมุ่นกับการฆ่าตัวตาย

เบ็ค (Beck, 1967, pp. 4-6, 255) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative View of Self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้ามองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ก็โทษว่าทั้งหมดเกิดจากความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา
2. รูปแบบความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative View of World) ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวในเชิงสูญเสีย มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งโหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง
3. รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative View of Future) ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มี ความหวัง

ทำให้มีลักษณะการแสดงออกคือ ตำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินตนเองไว้
ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง
มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ
สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

พริสท์ (Priest, 1983, p. 106) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่คล้ายกับความวิตกกังวล
หลายประการ ซึ่งภาวะทั้งสองนี้สัมพันธ์กัน ภาวะซึมเศร้ามักจะเกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดภาวะ
วิตกกังวล

ไวเนอร์ (Weiner, 1980 อ้างถึงใน เพ็ญศรี หลินศวนนท์, 2543, หน้า 22) กล่าวว่าภาวะ
ซึมเศร้ามีความหมายแตกต่างกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)
พอสรุปความหมายภาวะซึมเศร้าได้ 3 ประการ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยการเกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และ
อนาคต
2. ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะของความใคร่ครวญถึงความผิดหวัง สิ้นหวังเกี่ยวกับความรู้สึก
ที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตนได้
3. ภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่
การเสริมแรงทางบวก

จากความหมายของภาวะซึมเศร้า (Depression) สรุปโดยรวมได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็น
ภาวะที่แสดงอาการเบี่ยงเบนทางด้านความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งใน
ปัจจุบันและอนาคต ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้แล้วแสดงออกโดยมีการแปรปรวนด้านความคิด
ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ และหมดหวัง
และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การกิน การนอนหลับลดลง
ความสนใจสังคมลดลง

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ มีผู้ได้กล่าวไว้หลาย
ประการ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปของวิธีนี้ได้มาจากการศึกษา
สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดและครอบครัว ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในรุ่นลูก
(First Generation) เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้
(Monozygotic Twin) สูงกว่าในฝาแฝดเทียม (Dizygotic Twin)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารประกอบในโตรเจน (Depression of Biogenic Amine Imbalance) ซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยา เช่น เรเซอพิน (Reserpine) ทำให้สารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดน้อยลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการลดลงของซีโรโทนิน (Serotonin) ก็ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกันและยังได้ศึกษาสารเคมีในสมองเช่น โดพามีนซึ่งก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน นอกจากนี้เชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล พบว่าการลดปริมาณของฮอร์โมนเพศหญิงหลังวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่าการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโซน (Cortisone) กระตุ้นต่อมหมวกไตในปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตาย

2. ทางด้านจิตใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลวหรือโคตรเสีย โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจขององค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง ก็จะมีผลทำให้อีโก้ (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ ความจำ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการกระทำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล และความถูกต้องเหมาะสม เมื่ออีโก้ต่ำลงหรือถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองให้ออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้มีการสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและมั่นคงโทสะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญได้ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า (ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2538, หน้า 157-169)

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Learning Theory) คือบสัน (Dobson, 1988) ได้รวบรวมไว้ สามประเด็นคือ การทำงานของกระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม การทำงานของกระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการทางปัญญา จะเห็นว่าทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้นักแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ก็จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์จะมีความแตกต่างกันแม้ว่าจะได้รับสิ่งเร้าสิ่ง

เดียวกัน เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีโครงสร้างทางปัญญา ที่มีความซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลที่เรียกว่ารูปแบบของการคิด (Schema) ซึ่งรูปแบบของการคิดเป็นโครงสร้างทางปัญญา ที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจ สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และพฤติกรรมที่แสดงออก โดยเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่มากระทบ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ เกิดจากรูปแบบการคิดของบุคคลนั้น ๆ ว่าไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ประกอบกับมีองค์ประกอบเสริม ได้แก่ การที่บุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ ต่อมาบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ความเจ็บป่วย ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเพียงรู้สึกคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวนี้ เป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967)

พารেন্ট และวอลล์ (Parent & Whall, 1984) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ในทางลบส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกโกรธตนเอง และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3. ด้านสังคม แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแต่ละสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความเครียด และเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533)

จากทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่จะสามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุได้อย่างแน่ชัด แต่พอจะกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผสมผสานกัน

ลักษณะของผู้มีภาวะซึมเศร้า สมภพ เรื่องตระกูล (2542, หน้า 95-96) กล่าวว่า มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรคความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมองเป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เลย อาจเป็นเพราะในขณะที่นั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอกด้วยเหตุผลนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าถ้าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากรมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะ

ไม่คงที่อยู่ตลอดวัน บางเวลาเศร้าเล็กน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกันเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อยและต่างก็ไม่รู้สาเหตุผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อ และไม่สนใจ ดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

4. อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยรู้สึกเริ่มเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู่รสชาติจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้ตนจะเคยชอบแต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กก. เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรกผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 – 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (Terminal Insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ลักษณะดังกล่าวคือเมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึกเช่นตีหนึ่ง ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิด กระวนกระวายมากยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (Early Morning Awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่ หรือตี ห้า

6. อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งกังวลมาก

7. ความคิดเชิงลบ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงลบ แรก ๆ จะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกัน

ก็จะเพิ่มความสนใจตนเองโดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองการกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่นการพูดการแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติแต่ก็ทำไม่ได้

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดการวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดีหรือทำไม่ได้ และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยังกังวลว่าจะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

9. ความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้นผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้จะเป็นที่พึ่งของครอบครัวไม่ได้

ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดว่าตัวเองเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบายดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

10. ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยที่ไม่มีความผิดแต่อย่างใดหรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิดเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

11. ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายพบว่าการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมากและรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาหนทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

12. ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกฤตจิต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียวหรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่นปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มากและคิดว่าเป็นโรคทางกายเวลามาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (Beck, 1967) คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับบุคลิกของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่นหลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออกมีดังนี้

2.1 อารมณ์จะมีภาวะไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลังใจ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางคนมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง

2.2 กระบวนการความคิด จะมีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

2.3 ประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายอาจจะแสดงอาการตรงกันข้าม คือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่สนใจตัวเอง

2.4 การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลผู้ที่มีความกระวนกระวายใจมาก จะมีความขี้คิดขี้ทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

2.5 การเข้าสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ และทั้งสังคมที่ละน้อย และจะสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ สงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตัวเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคม

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทำเฉยวนาน ๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เheberซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากการหลงผิด หรือประสาทหลอน

วโน, เคลตัน และริช (Vino, Clayton & Reich, 1969 อ้างถึงใน พชรี ดันศิริ, 2533, หน้า 366-379) แบ่งภาวะซึมเศร้าตามลักษณะการลำดับการเกิดของความคิดปกติทางจิต ว่าเกิดขึ้นครั้งแรกหรือเกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์อื่น ๆ หรือมีความผิดปกติทางจิตมาก่อน ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ระดับปฐมภูมิ เป็นความคิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างอื่นมาก่อนประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ความคิดปกติทางอารมณ์ที่มีอารมณ์เศร้าอย่างเดียว (Depressive Disease) และความคิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการคลั่งร่วมกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในการป่วยครั้งต่าง ๆ หรือมีอาการทั้ง 2 อย่างเกิดขึ้นในการป่วยครั้งเดียวกัน (Manic-Depressive Disease)

2. ระดับทุติยภูมิ เป็นความคิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างอื่น ที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้าหรือคลั่งมาก่อน โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคของระบบประสาทหรือโรคทางกายอื่น ๆ รวมทั้งการใช้ยาบางชนิด

จะเห็นว่าในการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งโดยใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันไป โดยพิจารณาจากความคิดปกติของจิตและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป พิจารณาจากสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสาเหตุจากภายนอกหรือจากภายในตัวบุคคล จากการใช้ระดับความรุนแรง และใช้ลักษณะลำดับการเกิดขึ้นก่อนหลังของความคิดปกติทางจิตว่าเกิดขึ้นครั้งแรกหรือเกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์อื่น ๆ หรือมีความผิดปกติทางจิตมาก่อนแล้ว เป็นเกณฑ์นั่นเอง ส่วนใหญ่นิยมใช้การจำแนกภาวะซึมเศร้าแบบตามลำดับการเกิดความคิดปกติทางจิตและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากสะดวกในการพิจารณาและเข้าใจได้ง่าย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดถูก ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะรับรู้ในการเจ็บป่วยว่าเป็น เหตุการณ์วิกฤตที่คุกคามชีวิต ส่งผลกระทบมากมายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถแก้ไขและช่วยเหลือตัวเองได้ เกิดความคิดที่บิดเบือนไปตาม ความรู้สึกของตนเองซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในทางลบขึ้นทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมล้อมตัว และอนาคตจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (ระวีวรรณ คำเงิน, 2545, หน้า 26)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต ผลกระทบของโรค อาการข้างเคียงของการรักษา และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตัวเองลดลง โรคมะเร็งนับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตซึ่งเป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นทำให้เกิดกระบวนการ ทางความคิดเกิดขึ้น เกิดการรับรู้และแปลความหมายโดยรูปแบบการคิดไปในทางลบ มองตนเอง ไม่มีค่า โทษตนเอง คาดคะเนอนาคตอย่างคนที่สิ้นหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะแสดงออกโดย การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

คูเบอร์- รอส (Kubler – Ross, 1969) ได้ศึกษาการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นใน ระหว่างการเจ็บป่วยของมนุษย์ โดยศึกษาในผู้ป่วยใกล้ตายจำนวนมากกว่า 200 ราย พบว่าแบ่งได้ เป็น 5 ระยะ ดังนี้คือ

1. ระยะปฏิเสธหรือแยกตัว (Denial or Isolation) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็น โรคมะเร็งจะตกใจ หันที่ และคงอยู่ชั่วครู่สำหรับคนมีสติ บางคนอาจรุนแรงจนทำให้หมดสติได้และอาจยึดเยื้อออกไป หลายวัน หลายสัปดาห์ ในขณะที่ตกใจก็จะปฏิเสธความจริงด้วย แต่บางคนก็อาจปฏิเสธความจริง หลังการตกใจ การปฏิเสธความจริงเป็นปฏิกิริยาป้องกันตนเองไว้ก่อนเพื่อที่จะได้ใช้เวลาครั้งสุดท้ายไว้ ได้ตอบกับความจริง ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อผลการตรวจ และอาจแสวงหาแพทย์จากที่อื่นตรวจซ้ำ

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นระยะที่รับรู้ความจริง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกทำไมตนเอง ซึ่งเป็นคนดีต้องป่วยเป็นโรคร้าย และจะต้องตาย ทำไมสิ่งเหล่านี้ไม่ไปเกิดกับคนอื่น

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) จะเกิดหลังจากได้ระบายอารมณ์ไปแล้วบ้างผู้ป่วยจะ พยายามต่อรองเพื่อมิให้เกิดข่าวร้ายหรือเรื่องรุนแรง อาจไปบนบานหรือหนีไปพบแพทย์อื่น ๆ ให้ ตรวจซ้ำหรือตรวจเพิ่มเติมให้แน่ใจ ระยะนี้จะสั้นหรือยาวนานอยู่กับหลักฐานหรือศรัทธาที่ผู้ป่วยมี ต่อการดูแลรักษา

4. ระยะยอมรับความผิดหวังและเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับ ตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งแน่นอน จะมีภาวะซึมเศร้า ไม่พูดหรือพูดน้อย ชอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ คงคาเห่มอลอย นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าเป็นมาก ๆ อาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

5. ระเบิดงดกหรือยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจธรรมชาติของชีวิต จะยอมรับความตาย โดยไม่มีความต้องการ ความหวัง หรือความห่วงใยใด ๆ นอกจากการรักษาให้ตนได้มีชีวิตได้ยืนนาน

ในคนจำนวนมากระยะการยอมรับไม่เกิดขึ้นเลย คงมาหยุดแค่ระยะที่ 3-4 ทำให้ผู้นั้นเกิดความทุกข์ทรมานกับความรู้สึกโกรธหรือเศร้าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และระยะต่าง ๆ ของปฏิกิริยาทั้งหมดอาจเกิดขึ้นตอนเรียงกันเป็นลำดับจาก 1 ไป 5 หรืออาจขึ้นสลับส่นปะปนไปมาระหว่างระยะต่าง ๆ หรือเมื่อถึงระยะที่ 5 แล้ว อาจย้อนกลับไปสู่ระยะต้น ๆ ใหม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

งานวิจัยในประเทศ

นิภา ชุตินันตรชัย (2522) ได้ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างการรักษา เฉพาะในโรงพยาบาลรามารชิติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวล เศร้าเสียใจ ต่อการเป็นมะเร็งอยู่ในเกณฑ์มาก

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2524) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง

วีระ ชูจุฬพร (2542) ได้สำรวจคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาวิธีการใดบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรในแต่ละเขตสาธาณสุข จำนวน 7,432 คน เป็นหญิงร้อยละ 66.2 และชายร้อยละ 33.8 จากผลการศึกษาพบว่า ผลที่ได้จากวัดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.1 ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ ร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 25.7 มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับ วิธีจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหาและมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็นร้อยละ 72.8, 71.8 และ 64.7 ตามลำดับ การเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ ถ้าใช้มากพบว่าภาวะซึมเศร้าจะลดน้อยลง

งานวิจัยต่างประเทศ

เชลท์เซอร์ (Zeltzer, 1993) ศึกษาภาวะจิตสังคมในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายการศึกษา

และนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์และสรุปผล พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีปัญหาด้านจิตสังคมที่สำคัญและควรได้รับการรักษาคือ ภาวะซึมเศร้า

เฟอร์เรล (Ferrell, 1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1,525 คน โดยศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีปัญหาที่สำคัญ คือ โกรธ กลัว วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะกระทบกับคุณภาพชีวิตจิตใจอารมณ์

วิลเลียม (William, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในคนไข้โรคมะเร็งที่เข้ารับการบำบัดทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งชาวแคนาดาที่ต้องการรับการบำบัดทางจิตจำนวน 31 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 13 และร้อยละ 6.45 ตามลำดับ

การบำบัดกลุ่มปัญญานำบัด

ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 271) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน ปรึกษารื้อซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดข้องใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง ทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นและได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน

สุใจ สวนไพโรจน์ (ม.ป.ป., หน้า 3) ได้กล่าวว่าการปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการสื่อสารอันอ่อนโยนที่เชื่อมสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้ให้การศึกษา” กับ “ผู้รับการศึกษา” เพื่อให้ผู้รับการศึกษาและสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งจะเปิดเผยถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและเรื่องราวปัญหาซึ่งขัดแย้งต่าง ๆ ให้กลุ่มทราบและเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหาของตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันนำไปสนับสนุนให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาดัง ๆ ผู้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง พัฒนาคุณค่าของตนเอง เกิดความงามทางจิตใจ โดยมีผู้นำกลุ่มและสมาชิกเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ

จิราภรณ์ อารยะรังสฤษฎ์ (2539, หน้า 8) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาซึ่งมีจำนวน

ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาเข้าร่วมกลุ่มกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะและบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้บรรยากาศในกลุ่มมีความอบอุ่น เป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัย จนทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกได้สำรวจและเผชิญหน้ากับปัญหา หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ด้วยการทำความเข้าใจและค้นหาวิถีทางในการแก้ปัญหา นอกจากนี้กลุ่มยังช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกมีการพัฒนาความสามารถของตนเอง มีแนวทางในการปฏิบัติเป็นที่ยอมรับของสังคม และรู้จักปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าของตนเอง

คอเรย์ (Corey, 2000 a, pp. 6-7) ได้อธิบายถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่าเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ก็เพื่อป้องกันและบำบัดรักษา เน้นในส่วนของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาของสมาชิกที่มีความปกติโดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนโครงสร้างของบุคลิกภาพใหม่ แต่เป็นการพัฒนาการเอง จากการพยายามค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง อย่างไรก็ตามสมาชิกอาจจะประสบปัญหาวิกฤต คือ ความขัดแย้ง สับสน ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง โดยที่กลุ่มจะแสดงความเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ อันนำไปสู่การเปิดเผยถึงเรื่องราวและปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนมีการสำรวจปัญหาร่วมกัน

จากคำจำกัดความของการให้คำปรึกษากลุ่มที่ได้กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นกระบวนการของสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เน้นในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมซึ่งมีจุดมุ่งหมายป้องกันและการบำบัดรักษา บรรยากาศของกลุ่มจะเป็นไปด้วยความไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีการพัฒนาตนเองและพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง

ความหมายของกลุ่มจิตบำบัด

ทรอทเซอร์ (Trotzer, 1989 อ้างถึงใน จิราภรณ์ อารยะรังสฤษฎ์, 2539, หน้า 25) ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มจิตบำบัด จุดมุ่งหมายคือการเปลี่ยนบุคลิกภาพด้วยความพยายามของกลุ่ม เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ มีการเรียนรู้ใหม่ ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดอาจจะประกอบด้วยผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกันหรือแตกต่างกันก็ได้ แต่ต้องมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ ระดับความรุนแรงของปัญหาโดยเฉพาะด้านอารมณ์ ผู้ให้การบำบัดอาจจะทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยหรือเป็นผู้นำกลุ่มโดยตรงนั้นแล้วแต่สถานการณ์และความจำเป็น ซึ่งผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เชี่ยวชาญในโครงสร้างที่จำเป็นต่อการนำมาใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด เช่น เทคนิคในการให้คำปรึกษา

ยาลอม (Yalom, 1995) ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประทับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยผู้รับการบำบัดในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของผู้รับการบำบัดในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในปัญหาของการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยการบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา

กลุ่มจิตบำบัด เป็นกระบวนการกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงความรู้สึก ความคิดและอภิปรายในปัญหาของตนเองเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของผู้รับการบำบัดในกลุ่ม โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับการบำบัดเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ มีการเรียนรู้ใหม่เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในปัญหาของการเจ็บป่วยของตนเอง

คานเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991 อ้างถึงใน สมจิตร์ สุทฺธนะ, 2543, หน้า 23) ได้กล่าวว่าการใช้กระบวนการกลุ่มจะได้ผลดีในการปรับโครงสร้างทางปัญญา เนื่องจากบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมซึ่งกันและกัน การเข้าร่วมกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน สมาชิกในกลุ่มจะเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม

ลักษณะและระยะเวลาในการทำกลุ่มปัญญบำบัด

การทำกลุ่มบำบัดทางปัญญาค่อภาวะซึมเศร้า มีลักษณะ ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม (Beck et al., 1979) ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มปัญญบำบัด เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) เสนอแนะว่าในการทำกลุ่มปัญญบำบัดควรเป็นกลุ่มปิด ขนาดเล็ก จำนวนผู้รับการบำบัดตั้งแต่ 3 – 15 คน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เตรียมความพร้อมร่วมกันตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการบำบัด เกิดการร่วมมือ ความเข้าใจและยอมรับการเป็นสมาชิกของกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากที่สุด

2. ระยะเวลาและความถี่ในการทำกลุ่มปัญญบำบัด ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1.5 – 2 ชั่วโมง โดยเวลา 2 ชั่วโมงจะเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากผู้บำบัดและกลุ่มผู้รับการบำบัดไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป มีความสนใจและร่วมมือในการบำบัด ได้ดี และความถี่แต่ละครั้ง ไม่มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน แต่ควรทำการบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. จำนวนครั้งในการทำกลุ่มปัญญานำบัด ควรมีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 12 – 20 ครั้ง โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอตกลงร่วมกับกลุ่มผู้รับการบำบัดอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน

แต่อย่างไรก็ตาม เฟนเนน (Fennell, 1998) ได้กล่าวว่าในการทำกลุ่มปัญญานำบัดเป็นการบำบัดระยะสั้น อาจกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4 – 20 ครั้งและในการทำกลุ่มปัญญานำบัดกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบความสำเร็จได้ตั้งแต่จำนวนครั้งของการบำบัดที่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง

ปัญญานำบัด

เบ็ค (Beck) ได้พัฒนาปัญญานำบัด ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการบำบัดพิจารณาอารมณ์และเหตุผลโดยมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ การบำบัดที่เน้นเชิงรุก เน้นแนวทาง จำกัดเวลา อยู่กับปัจจุบัน และวิธีการที่มีโครงสร้าง (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 cited in Corey, 2000 b, p. 309) ปัญญานำบัด คือการบำบัดเน้นไปที่การหยั่งรู้ การยอมรับความจริง และการเปลี่ยนแปลงความคิด ด้านลบ และการปรับความเชื่อบิดเบือน การแก้ปัญหของเบ็ค (Beck) อยู่บนพื้นฐานของเหตุผลทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกร และการกระทำเกิดจากโครงสร้างประสบการณ์ที่เขาได้รับ สมมติฐานของทฤษฎีปัญญานำบัด คือ 1) การสื่อสารภายในของคนนั้นจะเข้าถึงขั้นการพิจารณาจิตใจของตัวเอง 2) ความเชื่อของเขานั้นมีความหมายต่อตนเองอย่างยิ่ง และ 3) ความหมายต่าง ๆ สามารถถูกค้นพบโดยผู้รับการบำบัดเองมากกว่าได้รับการสอนหรือการแปลความจากผู้ให้การบำบัด (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2000 b, p. 310)

ทฤษฎีพื้นฐานของปัญญานำบัด ถือว่าความเข้าใจธรรมชาติการเกิดอารมณ์ที่เกิดขึ้นในใจเมื่อมีสิ่งที่รบกวน จะเน้นไปที่เนื้อหาการคิดแต่ละคนว่ามีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ นั้นอย่างไร (DeRubeis & Beck, 1988 cited in Corey, 2000 b, p. 310) เป้าหมายของปัญญานำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของผู้รับการบำบัด โดยให้ผู้รับการบำบัดใช้ความคิดอัตโนมัติซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีที่มีสิ่งมากระตุ้นซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ที่อยู่บนแบบแผนของการคิดนั้นมาปรับเปลี่ยนแบบแผนทางความคิดขึ้นใหม่ ซึ่งทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดรวบรวมและพิจารณาอย่างรอบครอบต่อเหตุการณ์ที่สนับสนุนความเชื่อของตน

หลักพื้นฐานของทฤษฎีปัญญานำบัด

เบ็ค (Beck) เป็นนักบำบัดแนวจิตวิเคราะห์มานานหลายปี และมีความสนใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในผู้ป่วยของเขา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ของเขา เขาได้มองเข้าไปในเนื้อความฝันของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความโกรธที่ย้อนกลับมาโกรธตัวเอง เขาเริ่มสังเกตเห็นว่ามีอะไรมากกว่าความโกรธ เช่นเดียวกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของ Freud โดยมีอคติจาก

การแปลความหมายหรือจากความคิดของเขา เบ็ค (Beck) ได้ให้ผู้รับการบำบัดสังเกตความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบของตนเองที่ยังคงมีอยู่แม้ว่าเขาพยายามไม่คิดแล้วก็ตาม จากจุดนี้เบ็ค (Beck) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้เป็นที่เข้าใจมากที่สุดทฤษฎีหนึ่งในโลก

เบ็ค (Beck) ยืนยันว่าคนที่มีความผิดปกติทางอารมณ์นั้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะการรับรู้ข้อเท็จจริงที่ผิดพลาด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความจริง ไปในทิศทางของความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง ผู้รับการบำบัดที่มีความผิดปกติทางจิตใจเกิดจากความคิดที่ผิดที่มีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง โดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ข้อมูลที่ผิดหรือได้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง และไม่สามารถในการแยกแยะระหว่างความเพ้อฝันและความจริง โดยจะยกตัวอย่างของความผิดพลาดของระบบการให้เหตุผลที่นำไปสู่สมมติฐานที่ผิด และเข้าใจผิด ซึ่งในปัญญานำบัคจะใช้คำว่า การรู้คิดที่บิดเบือน ดังนี้ (Beck et al, 1979; Beck & Weishaar, 1995; Dattilio & Freeman, 1992 cited in Corey, 2000 b, p. 310)

การลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary Inferences) หมายถึงการสรุปโดยไม่มีหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนตัดสินสถานการณ์อย่างรวดเร็ว รวมถึงความคิดที่ตรงกันข้ามกับความจริง การลดความคิดนี้ทำได้โดยพยายามมองสถานการณ์ตั้งแต่แรก และควรตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องตามความเป็นจริงก่อนทำการสรุป

การเลือกรับรู้เพียงบางส่วน (Selective Abstraction) ประกอบด้วยรูปแบบการสรุปความบนพื้นฐานของการแยกรายละเอียดของเหตุการณ์ ในกระบวนการนี้ จะไม่สนใจข้อมูลอื่น ๆ และบริบทที่สำคัญทั้งหมด

การคิดสรุปเกินจริง (Overgeneralization) เป็นกระบวนการยึดถือความเชื่อสูงสุดในพื้นฐานของเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และนำมาประยุกต์ใช้อย่างไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่ไม่เหมือนกันหรือ การดำเนินงานที่ไม่เหมือนกัน เช่นถ้าคุณมีปัญหาในการให้การบำบัดกับวัยรุ่นคนหนึ่ง คุณอาจจะสรุปว่าคุณไม่ประสบความสำเร็จในการให้การบำบัดวัยรุ่นคนอื่นด้วย คุณอาจจะสรุปว่าคุณไม่ประสบความสำเร็จในการบำบัดคนอื่น ๆ ด้วย

การคิดแบบขยายและลดทอนเกินความเป็นจริง (Magnification and Minimization) ประกอบด้วยความเข้าใจในกรณีหรือสถานการณ์ที่ใหญ่กว่าหรือเล็กกว่าที่เป็นจริง เช่นมีความผิดพลาดเล็กน้อยของผู้อื่นเราคาดคะเนว่ามันรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง หรืออาจจะมองว่ามันเล็กน้อยกว่าความเป็นจริงสำหรับการแก้ปัญหา ความคิดดังกล่าวง่ายต่อการเกิดภาวะวิกฤตในบุคคลและอาจมีผลต่อสภาพจิต

การคิดเอาตนเองไปเกี่ยวข้อง (Personalization) คือเป็นการคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง และมักคิดว่าเป็นความผิดหรือความไม่ดีของตนเอง ถึงแม้เหตุการณ์นั้นจะไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น ถ้าผู้รับการบำบัดไม่มารับการบำบัดครั้งที่ 2 ก็คิดไปว่าผู้รับการบำบัดไม่มาเนื่องมาจากการไม่พอใจในการบำบัดครั้งแรกของผู้ให้การบำบัด ผู้ให้การบำบัดก็จะคิดว่าเป็นผู้ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกไม่ดี และไม่มารับการบำบัดอีก

การแบ่งประเภทที่ผิดพลาด (Labeling and Mislabeling) ลักษณะการคิดบนพื้นฐานของความไม่สมบูรณ์และความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีตและนำมาประเมินเหตุการณ์ปัจจุบัน

การคิดแปรผันอยู่ระหว่างสิ่งตรงกันข้ามตัดสินด้านใดด้านหนึ่ง (Polarized Thinking) มีผลต่อความคิดและการแปลความหมายในทุกคำหรือไม่แปลเลย เหตุการณ์จะถูกแบ่งประเภทออกเป็นนิยามสีดำ และสีขาว เช่น อาจจะมองตัวเองเป็นทั้งผู้ให้การบำบัดที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งหมายถึงว่าประสบความสำเร็จในการทำงานกับผู้รับการบำบัด หรือ ไม่มีความสามารถเพียงพอ

เบ็ค (Beck, 1976 cited in Corey, 2000 b, p. 311) ได้กล่าวว่าวิธีที่ตรงที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่ผิดปกติและพฤติกรรมที่ผิดปกติและการบกพร่องทางความคิด ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับการบำบัดได้รู้ถึงลักษณะดังกล่าวว่าเป็นความคิดที่บิดเบือนและบกพร่อง และจะช่วยปรับความคิด มุมมอง ทักษคติไปในเชิงบวก หากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้รับการบำบัดก็จะสามารถแยกแยะได้ระหว่างความคิดของตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้รับการบำบัดจะถูกสอนให้ตระหนักในการเฝ้าสังเกต เฝ้าดูความคิดและข้อสมมติฐานของตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบ

หลังจากที่ผู้รับการบำบัดเกิดการหยั่งรู้ถึงวิธีการคิดด้านลบที่ไม่เป็นจริงนั้นส่งผลต่อตัวเขาเองอย่างไรแล้ว ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกให้ทดสอบความคิดอัตโนมัติที่ด้านต่อความจริงเหล่านี้โดยการตรวจสอบและให้น้ำหนักเหตุการณ์ที่ต่อต้านนั้น ซึ่งกระบวนการนี้มีผลต่อการทดสอบสิ่งที่สังเกตได้จากความเชื่อของเขาโดยการเข้าไปร่วมพูดคุยสนทนากับผู้บำบัด การทำบ้านที่ได้รับมอบหมาย การเก็บข้อมูลตามสมมติฐานที่ตนตั้งขึ้น และการจัดกิจกรรมและการสร้างการแปลความในรูปแบบอื่น ๆ (Freeman & Dattilio, 1994 cited in Corey, 2000 b, p. 312) ผู้รับการบำบัดจะสร้างสมมติฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและเรียนรู้ที่จะนำวิธีการแก้ปัญหาเฉพาะและวิธีการเผชิญปัญหามาใช้

ปัญญานำหนักเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจำกัดระยะเวลาโดยไม่คำนึงถึงข้อวินิจฉัยที่ผ่านมาแม้ว่าอดีตอาจจะนำเข้ามาสู่การบำบัดที่ถูกต้อง เช่นเมื่อผู้รับการบำบัดแสดงความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะพูดถึงเหตุการณ์ในอดีต เมื่อผู้บำบัดพิจารณาเห็นว่าเป็นสิ่งที่

จำเป็นที่ต้องเข้าใจถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อที่บกพร่องตั้งแต่เริ่มแรกและความคิดเหล่านี้มีผลต่อผู้รับการบำบัดในปัจจุบันอย่างไร ด้วยการเน้นที่ปัจจุบัน ปัญหาบำบัดจึงเน้นที่ความเชื่อ เป้าหมายของการบำบัดจะรวมไปถึงการลดความคิดที่บิดเบือน และช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้แก้ไขปัญหาที่กีดกันตัวเองมากที่สุด และสอนให้ผู้รับการบำบัดย้อนกลับไปใช้ชีวิตป้องกัน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด

เบ็ค (Beck, 1987 cited in Corey, 2000 b, p. 313) ได้กล่าวไว้ดังนี้

สัมพันธภาพระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดที่ดีจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินกระบวนการบำบัด

ลักษณะของผู้ให้การบำบัด คือมีความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ขอมรับไม่ใช้การตัดสินใจของตนเอง สามารถในการสร้างความไว้วางใจ และแก้ปัญหาโดยยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลางผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่มั่นคงและสม่ำเสมอมีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะให้ผู้บำบัดได้ควบคุมความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดที่มีอยู่ในขณะนั้น มีการสร้างมโนภาพของความคิดและสังเกตพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งทางด้านบวกและลบ ที่จะชี้นำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว ผู้บำบัดจะต้องสร้างให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดเพื่อทำให้เกิดทักษะใหม่ ๆ จะต้องสร้างให้เกิดความคิดที่หลากหลายเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดบางอย่างไปสู่การปฏิบัติได้

ผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงบทบาทในกระบวนการบำบัดโดยการนำหัวข้อของปัญหามาเสนอเพื่อคุณลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป สรุปประเด็นปัญหาและให้ความร่วมมือในการทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย ผู้ให้การบำบัดต้องเข้าไปร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการพยายามเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้รับการบำบัดและให้ความร่วมมือตลอดระยะที่ทำการบำบัด

ผู้ให้การบำบัดมีเป้าหมายในการสอนผู้รับการบำบัดว่าจะทำการบำบัดตัวเองได้อย่างไร การบ้านจึงเป็นการตัดแต่งผู้รับการบำบัดให้เหมาะกับปัญหาที่เฉพาะ และยกระดับสัมพันธภาพความร่วมมือในระหว่างการทำบำบัด วัตถุประสงค์ของการบ้านในปัญญบำบัดไม่ใช่เพียงแค่เป็นการสอนผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับทักษะใหม่ ๆ เท่านั้น แต่ยังทำให้เขาสามารถทดสอบความเชื่อของตัวเองในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละวันด้วย จึงเน้นที่การมอบหมายให้ช่วยตัวเอง

การประยุกต์ใช้ปัญญบำบัด

ปัญญบำบัดเริ่มเป็นที่กล่าวขานกันว่าเป็นการแก้ปัญหาเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า แต่การวิจัยต่อมาได้มุ่งในการศึกษาการบำบัดภาวะวิตกกังวล ปัญญบำบัดได้มีการประยุกต์ใช้กับเด็ก

และครอบครัว การฝึกผู้ปกครอง เด็กที่ถูกทำร้าย การฟื้นฟูหลังจากใช้สารเสพติด ภาวะความตึงเครียดในชีวิตสมรส การให้คำปรึกษากรณีหย่าร้าง ภาวะวิตกกังวล การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และปัญหาการดูแลสุขภาพ และแคตติลิโอ และฟรีแมน (Dattilio & Freeman, 1994 cited in Corey, 2000 b, p. 314) ได้ชี้ให้เห็นขอบเขตของปัญญานำบ้ดว่ารวมถึง ความวิตกกังวลต่าง ๆ การกลัวสังคม ความตื่นตระหนก อาการเจ็บปวดเรื้อรัง ความเครียดภายหลังจากการบาดเจ็บ ปัญหาเรื่องการปรับตัว พฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย การรับประทานอาหารผิดปกติ บุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง ความบกพร่องในชีวิตสมรสและครอบครัว และภาวะจิตเภท เพื่อให้ชัดเจนคือ โปรแกรมปัญญานำบ้ดได้มีการออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับทุกกลุ่มอายุ และความหลากหลายของกลุ่มผู้รับการนำบ้ด

ปัญญานำบ้ดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1987 cited in Corey, 2000 b, p. 315) ได้เสนอรูปแบบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 รูปแบบ คือ

1. ผู้รับการนำบ้ดมีความคิดต่อตนเองในทางลบจะโทษความล้มเหลวของตนเองว่าเกิดจากการไร้ความสามารถโดยไม่ได้พิจารณาถึงสถานการณ์สภาพแวดล้อมมีความเชื่อว่าตนเองขาดคุณลักษณะที่จำเป็นที่จะทำให้ตนเองมีความสุขได้
 2. ผู้รับการนำบ้ดมีแนวโน้มที่จะแปลประสบการณ์ออกมาในด้านลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนมากจะเลือกข้อเท็จจริงที่สอดคล้องกับการสรุปในเชิงลบของตนเอง ซึ่งในกระบวนการของเบ็ค (Beck) เรียกความคิดลักษณะนี้ว่าการเลือกสรุป
 3. ผู้รับการนำบ้ดมีแนวโน้มที่จะมองอนาคตในเชิงลบ มองเห็นแต่อนาคตที่มีดมนของตนเองและคาดว่าในปัจจุบันก็พบกับความยากลำบากและในอนาคตก็คงจะมีแต่ความล้มเหลว
- ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่มีที่ยึดหยุ่น วางเป้าหมายที่สมบูรณ์แบบแต่ไม่มีทางเป็นไปได้ ความคาดหวังในด้านลบจะมีสูงมากแม้แต่สิ่งที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้วก็ล้มเหลวได้จะไม่สนใจประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จความคิดส่วนใหญ่จะอยู่ที่ความสูญเสียที่ไม่สามารถแก้ไขได้ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผิดหวังและเชื่องซึม

แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) ได้ออกมาเป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยข้อคำถามได้มาจากการสังเกตอาการและความเชื่อพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบวัดนี้ประกอบด้วยอาการและทัศนคติ 21 อย่าง คือ 1) ความเศร้า 2) การมองโลกในแง่ร้าย 3) ความรู้สึกล้มเหลว 4) ความไม่พึงพอใจ 5) ความรู้สึกผิด 6) ความรู้สึกว่าถูก

ลงโทษ 7) ความไม่ชอบตนเอง 8) การตำหนิตนเอง 9) ความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย 10) การร้องไห้ 11) ความหงุดหงิด 12) การแยกตัวออกจากสังคม 13) ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจ 14) ความคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของคนที่เป็นเพื่อน 15) ไม่ยอมทำงาน 16) นอนไม่หลับ 17) มีแนวโน้มที่จะเกิดความอ่อนล้า 18) เบื่ออาหาร 19) น้ำหนักลด 20) มีความหมกมุ่นกับอาการทางกาย 21) ความต้องการทางเพศลดลง

ขั้นตอนการทำกลุ่มปัญญบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนการบำบัดกลุ่มปัญญบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Beck et al., 1979) ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติและความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองหลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ในระยะแรก ๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป วิธีการค้นหาและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องมีวิธีการดังนี้

- 1.1 บันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นนั้นทันทีทันใด

- 1.2 ให้ผู้รับการบำบัดจัดช่วงเวลาในแต่ละวัน เพื่อที่จะทบทวนแล้วบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้น หรือให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่มีมักจะผ่านเข้ามาในความคิดบ่อยครั้งให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

- 1.3 ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกซึมเศร้า แล้วบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ เช่น ให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงเรื่อง เวลาที่แย่ที่สุดของวันนี้ที่ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกซึมเศร้า

- 1.4 ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นำ และความคิดที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดภาวะซึมเศร้า

การให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบและปฏิบัติตามตอบสนองของผู้รับการบำบัดต่อความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึก เป็นวิธีการเบื้องต้นในการตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความสมเหตุสมผล หรือตรงตาม

สภาพตามความเป็นจริงเพียงใด แต่ผู้บำบัดต้องไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่มีสภาพดีกว่าที่เป็นอยู่จริง ผู้บำบัดใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่า ในสถานการณ์นั้น ๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสิ่งสำคัญของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้เกิดมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทัศนคติ การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบกับสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ทำให้มีโอกาที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสม หรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองที่ชัดเจน สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีวิธีการดังนี้

3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดต่อสาเหตุของปัญหา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลรับในทางลบที่เกิดจากปัญหาใด ๆ แม้เพียงปัญหาเดียวก็หมายถึงเขาเป็นคนล้มเหลว ปัญหาเกิดจากตัวเขาเองทั้งหมด มีการมองปัญหาในลักษณะยึดมั่นกับความคิดของตนเองไม่ยืดหยุ่น วิธีปรับเปลี่ยนความคิดต่อสาเหตุของปัญหามีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้าสถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดกำหนดตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง

3.1.2 ผู้บำบัดตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่ามีสาเหตุอื่น ๆ ที่ร่วมกันให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดอีกหรือไม่

3.1.3 ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าปัญหามีสาเหตุได้ทั้งจากตัวผู้รับการบำบัดเองและปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ร่วมกัน

3.1.4 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อปัญหานั้น ๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3.1.5 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนนความรับผิดชอบใหม่อีกครั้ง หลังจากผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดฝึกการคิดตามวิธีการในการปรับเปลี่ยนความคิด

3.2 ปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ประสบมา แล้วแปลความบิดเบือนไปทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะผลลัพธ์ในทางลบ ที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นเมื่อเผชิญกับปัญหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองว่า

ปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนั้นจึงต้องกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจรวมก่อให้เกิดปัญหา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดตรงตามความเป็นจริง ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้าง ถ้าผู้รับการบำบัดต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง ๆ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นน่าหวาดกลัวอย่างผู้รับการบำบัดคิดหรือไม่ แล้วถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรบ้างต่อผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะด้านอารมณ์และรู้สึก ต่อมาผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การค้นหาแนวทางแก้ปัญหา ความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ มีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ปัญญานำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานำบัดของเบ็ค (Beck, 1967) ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักจะให้ความหมายของคำว่าซึมเศร้า เป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเป็นสัญลักษณ์ของความตาย และเมื่ออยู่ในระยะการรักษาก็จะเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการได้รับการรักษาจึงถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤต และไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ จึงเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลเกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไป ผู้ป่วยจะเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ กระบวนการรับรู้ในทางลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุขซึ่งเกิดขึ้นโดยมิได้ใคร่ครวญ โดยเมื่อความคิดทางลบเพิ่มขึ้นความคิดจะมีเหตุผลต่อ ตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคตลดลง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

ไวท์ (White, 2001, pp. 95-98) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับทราบว่าตนเองเป็นซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้าใจ ซึ่งบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจนั้น จะมีส่วนสำคัญกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาทางจิตวิทยาที่พบได้บ่อยก็คือเกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึมเศร้าปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดปัญญานำบัดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อการบำบัด

2. ไม่สามารถออกจากบ้านได้เนื่องจากไม่ยอมพบผู้ใด
3. หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับมะเร็งและผลของมัน
4. โกรธเคืองสิ่งที่อยู่รอบตัว
5. ภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับความคิดด้านลบ
6. ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค
7. ปัญหาเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความอ่อนแอ
8. ปัญหาทางเพศ

การปรับสภาพจิตใจเพื่อให้ยอมรับมะเร็งสัมพันธ์กับอุปสรรค 6 ประการคือการจัดการเกี่ยวกับอนาคตที่ไม่แน่นอน การค้นหาความหมาย การจัดการกับสิ่งที่นอกเหนือการควบคุม ต้องการกำลังใจ และต้องการการรักษา

พฤติกรรมของการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง

1. อุปสรรคการรับรู้และปัจจัยทางพฤติกรรม
 - 1.1 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต
 - 1.2 ความกังวลเกี่ยวกับว่ามันเกิดอะไรขึ้น
 - 1.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและไม่สามารถรับมือได้
2. ค้นหาความหมายของชีวิต
 - 2.1 หลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงมะเร็ง
 - 2.2 จมอยู่กับความคิดที่ว่ามะเร็งสัมพันธ์กับตัวเอง
 - 2.3 หลีกเลี่ยงหรือหลบจากกิจกรรมที่เคยทำ
 - 2.4 ไม่สามารถยอมรับการมีชีวิตในโลกที่เป็นมะเร็งได้
3. การเผชิญกับการสูญเสียค่านิยม
 - 3.1 มีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้
 - 3.2 คิดมากเกี่ยวกับการที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้
4. การต้องการเปิดเผย
 - 4.1 คิดเกี่ยวกับการไม่สามารถพูดคุยกับคนอื่นได้
 - 4.2 หลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการพูดคุยที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ
5. ต้องการกำลังใจ
 - 5.1 คิดเกี่ยวกับการที่จะอยู่คนเดียว
 - 5.2 หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ของตนเองหรือผู้อื่น

5.3 ไม่มีความไว้วางใจหรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

6. ต้องการการบำบัด

บรรยาการการรักษาไม่สนองต่อความต้องการด้านจิตใจ

การบำบัดแบบปัญญาบำบัดจึงมีความสำคัญอย่างมากกับบุคคลที่มีความรู้สึกดังกล่าว่าสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนเป็นความคิดทางด้านบวกเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดแบบปัญญาบำบัด

งานวิจัยในประเทศ

อรรณญา แก้วสระแสง (2542) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดตามแนวทฤษฎีปรับความคิดและพฤติกรรมในพยาบาลที่มีบุคลิกภาพชนิด เอ กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลประจำการสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 20 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 10 คน กลุ่มแรกได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีปรับแนวคิดและพฤติกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์เป็นเวลา 12 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษามีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการศึกษา มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เข้าและไม่ได้เข้าโปรแกรมพบว่าระดับความเครียดมีค่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

สมจิตร ตูทชนะ (2543) ได้ศึกษาผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2541 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการปรับโครงสร้างทางปัญญา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการปรับโครงสร้างทางปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงไปในลักษณะที่มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัทรี แสตนอุดมโชค (2544) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาตามแนวทฤษฎีปัญญา พฤติกรรม ต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง คือหญิงที่ตั้งครรภ์มีผลตรวจเลือดพบว่ามีผลเลือดบวก (HIV Seropositive) ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลกลาง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาตามแนวทฤษฎีปัญญาและพฤติกรรม ผล การวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการปรึกษาตามแนวทฤษฎีปัญญาและ พฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิง ตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริวลี คำวะลี (2545) ได้ศึกษาการทดลองใช้โปรแกรมการให้การศึกษาแนวปัญญานิยม ตามทฤษฎีเบ็ค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารักษาในหน่วยงานโรค และโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการรักษานในหน่วยดังกล่าวช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีระดับภาวะ ซึมเศร้าต่ำและปานกลาง จำนวน 20 คน คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คนและกลุ่มควบคุม 13 คนกลุ่ม ทดลองได้รับการให้การศึกษา แนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบ็ค (Beck) 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ผลการวิจัยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้การศึกษา แนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบ็ค (Beck) มีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี จัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของ เยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเยาวชนหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ศึกษาลูกผู้หญิง พุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่าเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ที่อาศัยอยู่ในศูนย์ศึกษาลูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับการบำบัดทางปัญญามี คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผลหลังการบำบัด ทางปัญญาลิ้นสุด 2 สัปดาห์คะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยต่างประเทศ

คอนเวย์ (Conway, 1999) ได้ศึกษาเรื่องผลการบำบัดกลุ่มแบบปัญญานำบัดที่มีต่อภาวะ ซึมเศร้าของวัยรุ่นและการเห็นคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้จากอาสาสมัครของเด็กวัยรุ่นใน โรงเรียน 2 แห่งที่เรียนอยู่เกรด 9 - 12 จำนวน 43 คนผลการศึกษาพบว่าการบำบัดกลุ่มแบบปัญญา นำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและมีพฤติกรรมขณะอยู่ในโรงเรียนดีขึ้นมีการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้นได้

วูดย์ ฮาร์ริงตันและมอร์เรย์ (Wood, Harrington & Moore, 1996) ได้ศึกษาการให้

การบำบัดแบบปัญญาที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะซึมเศร้าซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบปัญญา 5 - 8 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมเพื่อได้รับการผ่อนคลาย ผลออกมาว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมเรื่องการผ่อนคลาย

อาร์เธอร์ (Arthur, 1998) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบปัญญาและพฤติกรรมกรรมการทำบ้านและคุณภาพของการทำบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 39 คน ที่อยู่ในตึกผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทางปัญญามีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมแบบกลุ่มทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

เซอฮูเซน, บอยล์ และวิลสัน (Zerhusen, Boyle & Wilson, 1991) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 70-82 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางปัญญาบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุต่าง ๆ ได้ดีทั้งวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้านี้