

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ คือ กายและจิต แยกกันไม่ได้ การแสดงออกทางกาย มาจากการทำงานของจิต มนุษย์ในทัศนะของจิตนิยมมองว่าธรรมชาติของมนุษย์ประกอบด้วยสองส่วน คือ ร่างกายซึ่งเป็นวัตถุหรือสสาร กับจิตวิญญาณซึ่งเป็นออสสารและเป็นตัวตนที่แท้จริงของมนุษย์ ตามปรัชญาจิตนิยมของเพลโตเชื่อว่า จิตมนุษย์เปรียบเสมือนสารที่ที่จับบรซึ่งได้แก่ ร่างกาย ร่างกายอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของจิต การกระทำ พฤติกรรม รวมทั้งนิสัยใจคอของมนุษย์จะเป็นอย่างไรก็แล้วแต่จิตจะสั่งหรือบังคับให้เป็นไป (สุจิตรา รณริน, 2540) ในพุทธธรรมกล่าวไว้ว่า “มีทั้งกายและใจจึงจะเป็นชีวิต กายกับใจทำหน้าที่เป็นปกติและประสานสอดคล้องกันชีวิตจึงดำรงอยู่ได้ด้วยดี” (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), 2546, หน้า 24; พระครูภาวนาวิสุทธิคุณ, 2548) คำว่า “กาย” ตามความหมายในพุทธธรรม คือ รูปขันธ์ (Corporeality) ได้แก่ ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด ร่างกายและพฤติกรรมทั้งหมดของร่างกาย ส่วนคำว่า “ใจ” คือ นามขันธ์ทั้งสี่ ได้แก่ เวทนา (Feeling หรือ Sensation) สัญญา (Perception) สังขาร (Mental Formations หรือ Volitional Activities) และวิญญาณ (Consciousness) ในส่วนของสังขาร ได้แก่ องค์ประกอบหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ของ “จิต” มีเจตนาเป็นตัวนำแต่งจิตให้ดีหรือชั่วหรือเป็นกลาง ๆ ประดับแต่งเป็นความคิดในใจและแสดงออกทางกายวาจา

สำหรับทางด้านการพยาบาลมีนักทฤษฎีการพยาบาลหลายท่านที่มีมุมมองเกี่ยวกับมนุษย์ ในลักษณะที่เป็นองค์รวม (Holistic) คือประกอบด้วยกายและจิต ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson's Theory of Human Science and Human Care) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักเพื่อบริการในงานวิจัยครั้งนี้ วัตสันให้ความหมายของมนุษย์ว่ามีองค์ประกอบคือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สิ่งที่อยู่รอบล้อมมนุษย์แต่ละคนไม่เหมือนกันแล้วแต่แต่ละคนจะเผชิญสนามปรากฏการณ์ (Phenomenal Field) ของชีวิตมาอย่างไร ในการมองสถานการณ์ การตัดสินใจหรือเลือกกระทำ กระบวนการเกิด “ตัวตน” ได้มาจากความรู้สึก การตีความ ให้ความหมาย ให้ข้อสรุป ต่อสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามา การรับรู้และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยตา ได้ยินด้วยหู ได้กลิ่นด้วยจมูก ได้รสด้วยลิ้น ได้รู้จากการสัมผัส เท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับสิ่งที่อยู่ในสนามปรากฏการณ์ของบุคคลด้วย ดังนั้นการรับรู้สิ่งที่เข้ามาในชีวิตจึงไม่เหมือนกัน และส่วนที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ คือ จิตวิญญาณ (Spiritual Self) ที่เป็นแหล่งเกิดความตระหนักรู้ภายใน (Alligood & Tomey, 2002 citing Watson,

1999) ภาวะสุขภาพ (Health) ตามศาสตร์แห่งการดูแลสุขภาพมนุษย์พิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนภายในของกาย จิต และจิตวิญญาณ (Harmony within the Mind, Body, and Soul) ความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากประสบการณ์และจากการรับรู้ (Congruence between the Self as Perceived "I" and the Self as Experienced "Me" หรือ I = Me) ความไม่กลมกลืนนำไปสู่ความเจ็บป่วย และในที่สุดความเจ็บป่วยนั้นอาจนำไปสู่การเกิดโรค (I ≠ Me) เป้าหมายของการพยาบาล เป็นการใช้กระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ในการช่วยให้บุคคลเกิดความกลมกลืนภายในของกาย จิต และจิตวิญญาณ ปกป้อง ทำให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น (หรือภาวะเหนือปัญหาหรือความเจ็บป่วย) และดำรงรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของมนุษย์และความเป็นมนุษย์ของบุคคล ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการพยาบาล คือบุคคลเกิดความรู้จักตนเอง เคารพตนเอง การเยียวด้วยตนเอง และกระบวนการดูแลตนเอง (Watson, 1988, pp. 47-55 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548)

การดำเนินอยู่และเป็นไปของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวของมนุษย์นั้นเป็นความเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการทำงานของกายและจิตของมนุษย์ การอยู่ร่วมกันของกายกับจิตมีความลำบากเพิ่มขึ้นจากสิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็ว หรือรุนแรง เช่น การถูกลอตเตอรี่ การรับรู้โรคภัย หรือการประสบอุบัติเหตุ เหล่านี้เป็นสภาวะของมนุษย์ที่เปลี่ยนจากเดิมไปมาก หรือการเปลี่ยนแปลงเรื่อย ๆ เปลี่ยนบ่อย ๆ เช่น การทำงานก่อสร้างที่ต้องมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยไปเรื่อย ๆ งานบริการต่าง ๆ ที่ต้องพบกับความแตกต่างที่หลากหลายของผู้รับบริการ เป็นต้น มนุษย์มีความพยายามในการปรับตัวหรือการจัดการของกายและจิตเพื่อให้ตนเองอยู่ในภาวะสมดุลหรืออยู่ในกระแสไม่แปลกแตกต่างไปจากคนอื่น เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ความพยายามปรับตัวหรือการจัดการต้องเพิ่มตามไปด้วยจากคำสั่งของจิต (อัมพร โอตระกูล, 2540) นั้นหมายถึงความลำบากในการพยายามปรับตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อความลำบากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นำไปสู่ปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความไม่สมดุล ปัญหาสุขภาพ กายเดือดร้อน จิตไม่เป็นสุข ทุกข์ซึมเศร้า จากคำกล่าวของ จำลอง คิษยวงษ์ และพริ้มเพรา คิษยวงษ์ (2542) ว่าร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น เมื่อกายเกิดความแปรปรวน ใจก็ต้องพลอยวุ่นวายและวิตกกังวล และให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า เมื่อใจเกิดความทุกข์ร้อนใจ กายย่อมได้รับผลกระทบกระเทือนตามไปด้วย เป็นภาวะความเจ็บป่วยทางกายอันเนื่องจากปัจจัยทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะไมเกรน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ผื่น ลมพิษ ฯลฯ ความไม่สมดุลที่ส่งผลให้จิตไม่เป็นสุข ตัวอย่างเช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง นำไปสู่ความแปรปรวนทางจิตใจ (Mental Disorder) อาการทางจิตใจ (Psychological Symptom) และพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี (Maladaptive Health Behaviors) เช่น ความผิดปกติด้านบุคลิกภาพเรื่องการกิน (Eating Disorder) ความผิดปกติ

เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual Dysfunction) รวมไปถึงการใช้ชีวิตในสังคมไปในทางลบหรือมีการคิดตัดสินใจที่ผิดพลาด เช่น การติดยาเสพติด เป็นต้น ผลพวงจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นนี้นำมาซึ่งปัญหาในการดำรงชีวิตต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ปัญหาเฉพาะบุคคล ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ขยายวงไปจนถึงปัญหาระดับชาติและระดับโลก คือ เป็นปัญหาของมวลมนุษยชาติเลยทีเดียว ทุกปัญหาที่กล่าวมามีจุดเริ่มต้นจาก “จิตใจ” ความอ่อนแอทางจิต ความเสื่อมถอยของจิตใจจนเกิดปัญหาทางจิตและโรคจิต

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ที่สำคัญที่เกิดตามมาจากความไม่สมดุลของกายและจิต ดังกล่าว เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดได้กับบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาด้านร่างกาย ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจด้านการรักษาโดยไม่จำเป็น จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในแง่ของภาระของโรค พบว่าในปี ค.ศ. 1990 โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในลำดับที่ 4 ของโรคต่าง ๆ และองค์การอนามัยโลกได้พยากรณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปีงบประมาณ 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.1 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 29.08 โดยให้บริการเป็นรายโรคดังนี้ โรคจิต การให้บริการผู้ป่วยนอกโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 0.16 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 60.63 โรควิตกกังวล การให้บริการผู้ป่วยนอกโรควิตกกังวลมีแนวโน้มลดลงในปี 2544 โดยลดลงคิดเป็นร้อยละ 3.80 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 12.03 โรคซึมเศร้า การให้บริการผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 26.70 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 85.62 (กรมสุขภาพจิต, 2548) จากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราการเพิ่มเป็นอันดับที่หนึ่งโดยมีอัตราการเพิ่มที่สูงมากถึงร้อยละ 85.62 ในปี 2545 ลักษณะโดยทั่วไปในบุคคลที่มีอาการซึมเศร้านักจะมีลักษณะของการคิดในทางลบ เช่น มองตนเอง มองคนอื่น และมองอนาคตของตนเองในทางลบทั้งสิ้น ซึ่งยังตนเองมีอาการซึมเศร้านักเท่าไร ความคิดเช่นนี้จะมีอิทธิพลจนอาจนำไปสู่การหาทางออกที่ผิด ๆ สิ่งที่รุนแรงและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดได้บ่อยมากในคนกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า คือ ความพยายามทำร้ายตนเองถึงการฆ่าตัวตาย บางครั้งมีการฆ่าผู้อื่นตายร่วมด้วย โดยมีผู้ศึกษาในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 45.70 ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมาจากโรคซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 1997, p. 868) สมภพ เรื่องตระกูล (2547) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 45 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอาการซึมเศร้า ดังนั้นการเข้าไปช่วยให้บุคคลมีวิธีการจัดการกับการทำงานของจิต เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี กายไม่เดือดร้อน และจิตเป็นสุขได้

การเข้าไปช่วยให้บุคคลมีวิธีการจัดการกับการทำงานของจิตเพื่อให้กายและจิตทำงานกันอย่างสมดุล ตามแนวทฤษฎีทางตะวันตกในปัจจุบันมีใช้กันอยู่หลากหลาย หนึ่งในหลายๆ วิธีที่นิยมใช้และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดี คือ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดแบบเร่งรัดที่เหมาะสมกับบริบทในยุคของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) จันทิมา องค์ไพบูลย์ (2545) กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญามีหลักการอยู่ 3 เรื่อง คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและคัดแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนการนึกคิด ซึ่งในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า อัลฟอร์ด และเบค (Alford & Beck, 1997) ได้ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยจะมีการบิดเบือนของความคิด 3 ประการ (Cognitive Triad) คือ ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต การตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติจะเกิดกลับไปกลับมา และกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอุบาทว์ (Vicious Cycle) จำลอง ดิษยวณิช และพรหมเพรา ดิษยวณิช (2548) ได้เรียกแนวคิดของการบำบัดนี้ว่า ประชานบำบัด (Cognitive Therapy) ในการรักษาจะเน้นหนักไปที่การแก้ไขความคิดที่บิดเบือนหรือมีการปรับตัวไม่ดี เมื่อเอามาผสมผสานกับเทคนิคของพฤติกรรมบำบัด การรักษาแบบนี้มักเรียกว่าประชาน-พฤติกรรมบำบัดหรือการบำบัดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Therapy or CBT) จุดประสงค์สำคัญของการบำบัดด้วยวิธีนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ยุทธศาสตร์และวิธีการต่างๆ ที่ใหม่เพื่อจัดการกับความคิดที่บิดเบือนนี้

จากที่กล่าวมาเป็นแนวคิดทฤษฎีของทางตะวันตก ในทางซีกโลกตะวันออกก็มีแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลมีวิธีการจัดการกับการทำงานของจิตเพื่อให้กายและจิตทำงานกันอย่างสมดุลมานานกว่า 2500 ปี นั่นคือปรัชญาความเชื่อของศาสนาพุทธ ภุชณามูรติ (2543) กล่าวว่าจิตใจจะถูกครอบงำเสมอด้วยความคิด หรือความปรารถนาบางอย่าง ซึ่งเป็นต้นเหตุของทุกข์ทางใจและกาย แต่บุคคลสามารถเอาชนะทุกข์ได้ด้วยวิธีทางพุทธศาสนา ตามพระธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าว่าด้วยเรื่องสติ (Mindfulness) อธิบายว่า การเจริญสติเพื่อให้เกิดความรู้ โดยการเข้าไปประจักษ์ถึงธรรมชาติร่างกายและจิตใจตามที่เป็นจริง ปัญญานันทภิกขุ (2538) ได้พูดถึงสติว่า “ถ้าสติมาปัญญาเกิด มาบอกว่าอะไรเกิดขึ้น เกิดจากอะไร ปัญญาช่วยคิดช่วยตรองช่วยหาเหตุหาผล และใช้ปัญญาศึกษาให้ชัดเจนแจ่มแจ้ง” การทำหน้าที่ของสติจึงเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวคอยป้องกันยับยั้งตนเอง ไม่ให้หลงเพลินไปตามความชั่ว และไม่ให้ความชั่วเล็ดลอดเข้าไปในจิตใจได้ จากแนวคิดปรัชญาความเชื่อของศาสนาพุทธในเรื่องของสติได้มีการบูรณาการวิธีนี้ไปใช้เพื่อการบำบัดโดยนักจิตบำบัดและจิตแพทย์ชาวตะวันตกหลายท่าน

จอห์น คาบัต ซิน (Jon Kabat-Zinn) ได้ศึกษา Mindfulness หรือ สติ ตามแนวทางพุทธ โดยได้เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีปฏิบัติตามแนวคิดของศาสนาพุทธมาผสมผสานกับวิชาการทางการแพทย์ในปี 1990 จนออกมาเป็นรูปแบบโปรแกรมการบำบัดรักษาที่ได้ผลและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ชื่อโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program or MBSR) จากนั้น ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams & Teasdale, 2002) ได้มีการบูรณาการ MBSR ของ คาบัต ซิน เข้ากับ กลยุทธ์การบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive Based Therapeutic Strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดใหม่ที่ให้กับผู้ป่วยซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เรียกรูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) และนำรูปแบบการบำบัดนี้มาใช้ในการวิจัยทำให้เกิดงานวิจัยของต่างประเทศมากมายโดยใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความเจ็บป่วยหลากหลายได้ผลเป็นอย่างดี การบำบัดทางเลือกใหม่นี้สามารถทำให้เห็นถึงประโยชน์ที่มากมายสำหรับการรักษาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต

ความผิดปกติทางความคิดในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักที่เชื่อมโยงมาสู่ความเจ็บป่วยทางจิต ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักถึงความสำคัญ 2 ประการ ประการที่ 1 การช่วยเหลือหรือบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าโดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของวัดสัน คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ประการที่ 2 การแสดงบทบาทอิสระเชิงวิชาชีพการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำเป็นต้องปฏิบัติการในคลินิกอย่างมีหลักวิชาหรือทฤษฎีเป็นพื้นฐาน และสามารถวัดผลลัพธ์ให้เป็นที่ประจักษ์ได้ ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการบำบัดของ MBCT ภายใต้แนวคิดของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสัน โดยพัฒนาเป็น การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Mindfulness-Based Cognitive Therapeutic Intervention in Caring for Depression) ให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางจิตรายกลุ่มที่สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การบำบัดรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ที่เคยป่วยมาแล้ว นอกจากนี้รูปแบบการบำบัดวิธีนี้ยังมีความเหมาะสมสำหรับคนไทยเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ เนื่องจากการใช้ปรัชญาแนวคิดตามวิถีพุทธเป็นพื้นฐาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนถึงระดับน้อยกว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรง เพื่อความสะดวกในการวิจัยในเบื้องต้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในคลินิกจิตเวชเป็นกลุ่มตัวอย่าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Mindfulness-Based Cognitive Therapeutic Intervention in Caring for Depression)

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโปรแกรม การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Mindfulness-Based Cognitive Therapeutic Intervention in Caring for Depression) มีระดับความรู้สึเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ ๆ ของรูปแบบกิจกรรมเพื่อการบำบัดทางกายภาพด้านสุขภาพจิต ให้กับผู้นำบัดและผู้ป่วยได้เลือกใช้ในคลินิกได้
2. เพื่อส่งเสริมบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชขั้นสูง (Advanced Practice Psychiatric Nurses or APPN) ได้ใช้ศักยภาพตัวเองในการทำงานในฐานะของผู้บำบัดได้อย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพ โดยอิสระและต่อเนื่อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มประชากรได้แก่ ผู้ที่มารับบริการที่ตึกตรวจโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่เป็นผู้ป่วยใหม่ในคลินิกจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า พบจิตแพทย์และได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวช เอช ไอ วี ที่ได้ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์แล้วว่ามีความซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับอ่อน (Mild Depression) จนถึงระดับน้อยกว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Less Than Major Depression) คือมีคะแนนจากแบบวัด Thai HRSD อยู่ในระดับคะแนน 8-20 ยังไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการให้กิจกรรมเพื่อการบำบัด จำนวน 8 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมในโปรแกรมในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549-มกราคม พ.ศ. 2550

ข้อตกลงเบื้องต้น

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลของผู้วิจัยในครั้งนี้เป็น โปรแกรมที่เน้นการพัฒนาสติ เพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับความคิด หัวใจสำคัญของการพัฒนาสติคือฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สร้างนิสัยใหม่ อยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติต่อเนื่องตลอดเวลา ความพยายามให้เกิดนิสัยใหม่เป็น สิ่งที่ยากมาก ต้องใช้แรงจูงใจและพันธะสัญญากับตนเองทั้งของผู้บำบัดและผู้เข้าร่วมวิจัยอย่าง สอดคล้องกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกัน ดังนั้นความคาดหวังในผลการบำบัดจึงต้องอาศัยสิ่งที่สำคัญ ที่สุด คือ ความสม่ำเสมอของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะต้องมาฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามกำหนดเวลา รวมไปถึงการนำไปฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นการบ้านเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริงเป็นประจำทุก ๆ วัน ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด ไม่มีวิธีอื่นใดที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอได้นอกจาก การส่งเสริมแรงจูงใจและพันธะสัญญาของผู้เข้าร่วมวิจัยเองเท่านั้น

นิยามศัพท์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดย มีความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมองหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ร่วมกับการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึงภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับอ่อน (Mild Depression) จนถึงระดับน้อยกว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Less Than Major Depression) ที่วัดโดย จิตแพทย์ด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) คะแนน อยู่ในระดับ 8-20 จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมบำบัด แต่ไม่ต้องรับยาต้านเศร้า

สติ หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอ ในการคอยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และตระหนักว่าควรปฏิบัติ ต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร การมีสตินำไปสู่ความรู้ชัดรู้จริง และการเป็นอยู่อย่างถูกต้อง มีปัญญา เมื่อเป็นอยู่อย่างถูกต้องก็ไม่เดือดร้อนใจ ทุกข์ใจ ในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง คุณลักษณะสำคัญ ของการตระหนักรู้ (Awareness) และมีความตั้งใจใส่ใจ (Attention) โดยความตั้งใจใส่ใจ และ การตระหนักรู้ เกี่ยวโยงสัมพันธ์กันในลักษณะความตั้งใจใส่ใจทำให้เกิดความต่อเนื่องของการสร้าง ภาพการตระหนักรู้ การประเมินระดับความรู้สติในงานวิจัยครั้งนี้ด้วยแบบวัดประสบการณ์ใน ชีวิตประจำวัน (Day-to-Day Experiences) มีค่าระดับคะแนนต่ำสุดและสูงสุด คือ 15-90 คะแนน

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

(Mindfulness-Based Cognitive Therapeutic Intervention in Caring for Depression) พัฒนา มาจาก การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT)

ที่สร้างโดย ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams & Teasdale, 2002) ใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน มีกิจกรรมทางการพยาบาลจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ความถี่ห่างกัน 1 สัปดาห์ เป็นการบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 6 แนวคิดเพื่อการพัฒนาสติ คือ

1. เรียนรู้จากความคิดอัตโนมัติหรือนิสัยเดิม ๆ (Automatic Pilot) เป็นการฝึกให้สมาธิกมองเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำด้วยความเคยชิน หรือด้วยการตระหนักรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการทำความเข้าใจกับคำว่า “สติ”

2. เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค (Dealing with Barriers) ฝึกให้รู้จักและเข้าใจอุปสรรคได้ชัดเจน ถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันของร่างกายและความคิดหรือจิตใจ ฝึกการตระหนักรู้ รับรู้สถานการณ์ขณะนั้นตามจริงด้วยการไม่ตัดสิน เมื่อรับรู้ก็สามารถคิดอย่างมีอิสระ มีทางเลือกในการคิดเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากการคิดแบบเดิม ๆ

3. การอยู่กับปัจจุบัน (Staying Present) การฝึกเน้นให้สมาธิการเรียนรู้การใช้ “การหายใจ” มาช่วยให้สมาธิอยู่กับปัจจุบันได้ เมื่อสิ่งที่พบเห็นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นถูกแปรเปลี่ยนไปตามการรับรู้ความสามารถในการรู้ตัวอยู่กับปัจจุบันได้มากขึ้น จะทำให้สมาธิมีอิสระและมีมุมมองที่กว้างขึ้น

4. การยอมรับตามที่เป็นจริง (Allowing/ Letting be) การฝึกการยอมรับอย่างตั้งใจ เป็นเหมือนก้าวแรกของชีวิตที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักรู้ยิ่งขึ้น และสามารถจัดการกับความยุ่งยากทั้งหลายนั้นได้ การยอมรับจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสิ่งใหม่ ๆ เพื่อการเยียวยา และเป็นความชัดเจนที่ว่าปัญหาเกิดขึ้นในการพัฒนาเรื่องการยอมรับนั้น

5. ความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact) เป็นการฝึกให้สมาธิรู้จักวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

6. การใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้เพื่อจัดการกับอารมณ์ในอนาคต (Using What has been Learned to Deal with Future Moods) เน้นให้สมาธิมองเห็นหนทางนำวิธีที่ผ่านมาทั้งหมดไปปรับให้ใช้ในการดำเนินชีวิตปกติได้อย่างสมดุล และตระหนักรู้ถึง ความตั้งใจ ความเข้มแข็ง ในตนเองที่เป็นแหล่งพลังงานที่นำไปสู่ความคิดทางบวกที่สามารถใช้ดูแลตนเองได้