

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า  
ของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ศิริรัตน์ แก้ววงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ศิริโรจน์ แก้ววงดี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดา แนบเกษร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จู้ทา ชัยเสนา คาลลาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดา แนบเกษร)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จู้ทา ชัยเสนา คาลลาส)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ แก้วบุญชู)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนพยาบาลประจำคลินิกปลูกถ่ายตับ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ และครอบครัว รวมถึงเพื่อน ๆ รหัส 56 สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนครบเท่าทุกวันนี้

ศิริโรจน์ แก้ววงดี

56920190:สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
 คำสำคัญ: สติ/ การบำบัดทางปัญญา/ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ/ ภาวะซึมเศร้า  
 ศิริโรจน์ แก้ววงดี: ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะ  
 ซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (EFFECTS OF MINDFULNESS-BASED  
 COGNITIVE THERAPEUTIC PROGRAM ON DEPRESSION IN PATIENTS ON THE  
 WAITING LIST FOR LIVER TRANSPLANTATION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:  
 ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D., จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. 90 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งนำไปสู่การเกิด  
 โรคซึมเศร้าได้ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า  
 เป็นโปรแกรมการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้เกิดความกลมกลืนของกายและจิตด้วยการฝึกสติ เพื่อปรับ  
 โครงสร้างทางความคิด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ  
 โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รอรับ  
 การผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง  
 และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐาน  
 ของสติ จำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล  
 ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน  
 ภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-IA) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าที การวิเคราะห์  
 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่าง  
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล  
 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จ  
 สิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม  
 สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับได้ พยาบาลและบุคลากร  
 ทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ  
 แบบกลุ่มนี้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย  
 ที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

56920190: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.  
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: MINDFULNESS/ COGNITIVE THERAPY/ MINDFULNESS-BASED  
COGNITIVE THERAPY/ DEPRESSION

SIRORAT KAEWWONGDEE: EFFECTS OF MINDFULNESS-BASED  
COGNITIVE THERAPEUTIC PROGRAM ON DEPRESSION IN PATIENTS ON THE  
WAITING LIST FOR LIVER TRANSPLANT. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA  
NABKASORN, Ph.D., JINJUTA CHAISENA DALLAS, Ph.D. 90 P. 2018.

Depression is the important problem found in patients on the waiting list for organ transplant. It can progress to be depressive disorders. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for caring persons with depression is the therapeutic program focusing on enhancing harmony between mind and body and cognitive restructure. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of MBCT program on depression. The sample included twenty patients on the waiting list for liver transplant and met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into the experimental group ( $n = 10$ ) and the control group ( $n = 10$ ). The experimental group received MBCT program for 6 sessions, one session per week and each session took about 60 to 90 minutes. Whereas those in the control group received only routing nursing care. The Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) was used to collect data. Descriptive statistics, independent  $t$ -test, repeated measure ANOVA and pairwise comparison using Bonferroni's method were employed to analyze the data.

The results showed significant difference for the mean scores of depression between the experimental and control groups at post-test and 2 week follow up ( $p < .05$ ). In the experimental group, the mean scores of depression at pre-test, post-test, and 2 week follow up were significant different ( $p < .001$ ).

From the results, it showed that this MBCT program had significant effect on depression among patients on the waiting list for liver transplant. Therefore, nurses and related health personnel could apply this program in order to reduce depression among these patients and patients with depression who are on the waiting list for other organ transplant.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ.....	9
ภาวะซีมเศร้า.....	14
การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ .....	18
โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ.....	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	29
วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	46
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผล การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	47
ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ .....	50
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อน ทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni .....	51
5 สรุปและอภิปรายผล .....	54
สรุปผลการวิจัย .....	54
การอภิปรายผล .....	55
ข้อเสนอแนะ .....	59
บรรณานุกรม .....	61
ภาคผนวก .....	69
ภาคผนวก ก .....	70
ภาคผนวก ข .....	72
ภาคผนวก ค .....	74
ภาคผนวก ง.....	80
ภาคผนวก จ .....	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	90

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลพื้นฐาน.....	47
2	ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์.....	50
3	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	51
4	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์.....	53
5	วิธีวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบ โค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient (ภาวะซึมเศร้า).....	73



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	45
3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของภาวะซึมเศร้า.....	52

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคตับ เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 8 ของโลก (World Health Organization [WHO], 2014) และจากสถิติ ประเทศไทยมีอัตราการตายจากมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคตับรายใหม่ประมาณ 20,000 คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในผู้ชาย โดยพบสูงถึง 36.9 คน ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในผู้หญิงพบ 15.2 คน ต่อ แสนประชากรแสนคน นอกจากนี้ ภาระของโรคยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน จะเห็นได้ว่า โรคตับและมะเร็งตับ เป็นโรคที่คุกคามร้ายแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการตรวจวินิจฉัยในระยะที่โรคลุกลามไปมาก โดยอาการของโรคตับแข็งจะแสดงเมื่อเริ่มเข้าสู่ตับแข็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ตับทำงานล้มเหลว ทำให้มีความผิดปกติมากขึ้น ไม่สามารถรักษาสมดุลของร่างกายเอาไว้ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง มีภาวะน้ำเกิน มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร มีภาวะแอมโมเนียคั่งในสมอง ติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในกระแสเลือด สมดุลเกลือแร่ของร่างกายผิดปกติ เป็นต้น และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด การรักษา ไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธีการปกติได้ ดังนั้น การผ่าตัดปลูกถ่ายตับจึงเป็นเพียงทางออกเดียวที่สามารถทำได้ในปัจจุบัน

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างมาก และเป็นวิธีการที่ยอมรับกันว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะสุดท้าย โรคตับวายเฉียบพลันรุนแรง หรือมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต กลับมามีชีวิตใหม่ การปลูกถ่ายตับเป็นการรักษาระดับตติยภูมิที่ต้องใช้ความชำนาญของทีมแพทย์สหสาขา และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง ในประเทศไทยได้ทำการปลูกถ่ายตับสำเร็จครั้งแรกในปี พ.ศ. 2530 โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แม้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายตับจะมีประโยชน์มาก แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำ ปัญหาที่สำคัญของการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย คือ การขาดแคลนอวัยวะจากผู้บริจาค (Donor) ในขณะที่มีผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเพื่อรอรับตับบริจาค (Recipient) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (ศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทย, 2559) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการบริจาคอวัยวะกับจำนวนประชากรใน ประเทศไทย พบว่า มีผู้บริจาคอวัยวะ 1-1.5 ต่อประชากรล้านคน (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2557) อัตราผู้บริจาคต่อผู้ที่รอคอยไม่ต่ำกว่า 1:80 ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปเป็นจำนวนมากก่อนที่จะได้รับการปลูกถ่ายตับ เนื่องจากการผ่าตัด

ปลูกถ่ายอวัยวะสามารถทำได้จำกัด และผู้ป่วยยังต้องเผชิญอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรค และรอคอยวันที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับโดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรอผ่าตัดได้ ดังนั้น การรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ (Psychological reaction) โดยอาจแสดงอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลให้มีการรับรู้ที่ผิดปกติ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง การรับรู้ต่อโรคแย่ลง พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง (สุชาติ พหลภักษ์, 2542) ดังนั้น ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับทุกราย จึงได้มีการส่งพบจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมิน และให้การดูแลทางด้านจิตใจร่วมด้วย

การรอรับการผ่าตัดหรือการเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ถือเป็นเหตุการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และแสดงอาการออกมาสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วยมักมาจากเรื่องการได้มาซึ่งอวัยวะที่จะนำมาปลูกถ่าย ความไม่แน่นอนในชีวิต ความวิตกกังวลว่าตนเองจะไม่ฟื้นจากการผ่าตัด กังวลถึงผลของการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือการไม่สามารถมีชีวิตอยู่ถึงการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (สุชาติ พหลภักษ์, 2542) การเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมของ Grady (2005) พบว่า ความกดดันของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เกิดจากอาการที่เกิดขึ้นจากตัวโรค และความกดดันจะมากขึ้นเมื่อไม่สามารถทำงานได้ และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมลดลง และมีอาการที่ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเพิ่มมากขึ้น จากการตรวจประเมินทางจิตด้วยแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation) เข้าตรวจการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ (Psychological symptom) ร้อยละ 60 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และเกิดปฏิกิริยาทางจิตมากเป็นอันดับ 2 จากผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะทั้งหมด จากรายงานข้อมูลการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางถึงร้อยละ 40

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ไม่ดี มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง และแยกตัวจากสังคม (Beck, 1991) ตามแนวคิดของ Beck (1991) ภาวะ ซึมเศร้า เกิดจากความคิดบิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเองในทางลบ การมองโลกในทางลบ และการมองอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error)

และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative thought) ซึ่ง Beck (1991) เชื่อว่าความคิดด้านลบเหล่านี้ยังมีมากเท่าไร จะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การหาทางออกที่ผิด ๆ เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความผิดหวังหรือการสูญเสีย นำไปสู่ความคิดบิดเบือนหรือความคิดทางลบต่อสถานการณ์นั้น ความคิดบิดเบือนจะส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาของบุคคล ทำให้เกิดความไม่พอใจ มีความทุกข์ทางใจ เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (อรวรรณ แผนคง, 2552)

Beck (1997) ได้กล่าวถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่า จะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เกิดกลับไปกลับมา และกระตุ้นซึ่งกันและกันเป็นวงจรอุบาทว์ (Vicious cycle) การเข้าไปช่วยให้บุคคลมีวิธีการจัดการกับการทำงานของจิต เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กายและจิตทำงานกันอย่างสมดุล กายไม่เดือดร้อน และจิตเป็นสุขได้ แนวทฤษฎีตะวันตกที่ใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy [IPT]) ตามแนวคิดของ Weissman and Klerman (1970) เป็นการบำบัดทางจิตด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อารมณ์ โศกเศร้าจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเปลี่ยนผ่านบทบาท การบำบัดด้วยวิธีนี้มีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณค่าในตนเอง ช่วยให้เกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคมได้ โดยเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพกับด้านใดด้านหนึ่ง เน้นความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน และยังมี การบำบัดแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy) ที่ทำการศึกษา Beck (1997) มีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ คือ การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถถูกตรวจสอบ และเปลี่ยนแปลงได้ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนความคิด การบำบัดด้วยวิธีนี้ มุ่งเน้นที่การแก้ไขความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ดังนั้น การรักษาจึงเน้นวิธีการวิเคราะห์วิธีคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นต้น และอีกหนึ่งวิธีที่นิยมใช้และได้รับการสนับสนุนว่าได้ผลดี คือ การบำบัดแบบ MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดจิตยุคใหม่ตามการผสมผสานแนวคิดด้านจิตวิทยาตะวันตกกับแนวคิดด้านจิตวิทยาตะวันออกเข้าด้วยกัน โดยการนำคำสอนของพระพุทธเจ้าที่ให้ความสำคัญกับจิตใจ นำเทคนิคของการฝึกสติ (Mindfulness) การยอมรับโดยไม่ตัดสิน (Acceptance) และการทำสมาธิ (Meditation) มาใช้ใน

การบำบัด (Kabat-Zinn, 1990) จากการศึกษาของ รัสตาพร สันติวงษ์ (2550) ที่ได้ศึกษาการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีสติมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 และระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าระดับการรู้สติไม่ลดลงแต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และระดับภาวะซึมเศร้าไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของการตระหนักรู้ การรับรู้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตัวเองได้ดี สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy [MBCT]) คือ การนำเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ใน Cognitive Therapy มาใช้ร่วมกับหลักการฝึกสติ การปฏิบัติการหลักของ MBCT คือ การให้เรียนรู้จากประสบการณ์ตัวเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ในการฝึกสติ มี 2 รูปแบบ คือ Doing mode เป็นรูปแบบการตอบสนองอัตโนมัติได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ และ Being mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่ Doing mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับปัจจุบันเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

MBCT จะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะที่ร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว กระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สะท้อนความรู้สึกของตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสติ ตระหนักรู้ถึงความเกี่ยวข้องและความสัมพันธ์กันของความคิด ความรู้สึก ทางเลือกของตนเองให้อยู่ในโลกของความเป็นจริง สามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรค สิ่งท้าทาย และความเครียดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Kabat-Zinn, 1990) ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับบริจาคนในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าก่อนข้างสูง อีกทั้ง การให้การดูแลทางการพยาบาลมุ่งเน้นเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ-อาการแสดง และการประคับประคองทางจิตใจ โดยยังไม่มีกรบำบัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ภายใต้นแนวคิดของ Beck (1997) มาใช้ โดยพัฒนาเป็นการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยปรับสมดุลของกายและจิตควบคู่ไปกับการรักษาทางด้านร่างกาย เพื่อที่ลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลการทดลอง 2 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง 2 สัปดาห์แตกต่างกัน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

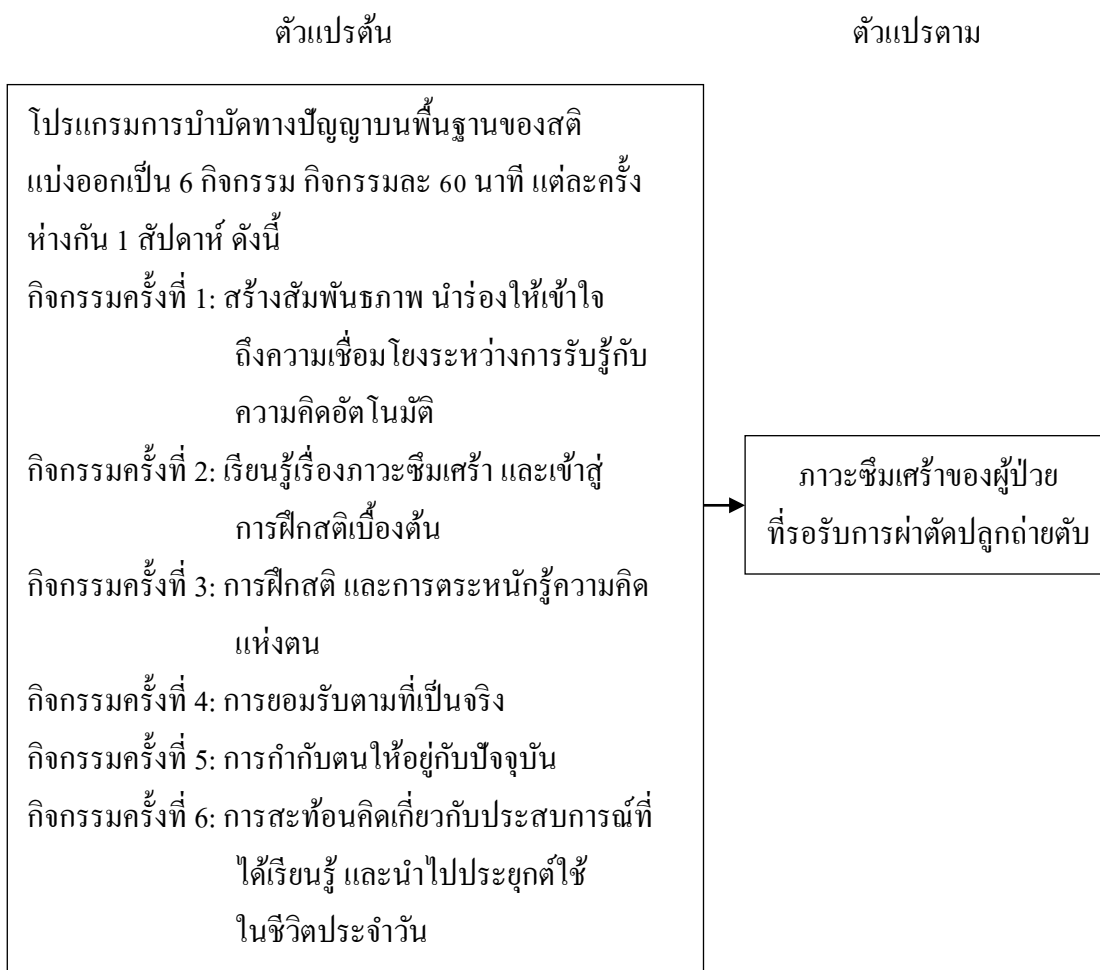
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) และแนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) เป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ มีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะสามารถทำได้จำกัด และไม่สามารถกำหนดวันผ่าตัดได้ ทำให้เกิดระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ระหว่างการรอคอยผู้ป่วยยังต้องเผชิญอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรค จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา Beck (1997) กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้า เกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติ และประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความจริง ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคต ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ทำให้มีการแสดงออกโดยการตำหนิตัวตน และลงโทษตัวเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ โดยอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล

และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉื่อยเฉื่อย เชื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม หลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับคนอื่น เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติของชีวิต เฝ้ารอความหวังการกลับมาใช้ชีวิตปกติจากการได้รับอวัยวะบริจาค แต่การผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีข้อจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีแนวโน้มของลักษณะความคิดในทางลบ ไม่เป็นไปตามความจริง มีการตีความหรือขยายความคิดในเชิงลบมากขึ้น มีความคิดซ้ำไปซ้ำมาถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย เช่น ไม่มีตับบริจาค หรือเมื่อมีตับบริจาคมาจะไม่สามารถทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับได้ จนทำให้เกิดความหดหู่ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) และการใช้ปรัชญาแนวคิดตามวิถีพุทธ เป็นรูปแบบของการบำบัดในระยะสั้น ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้เป็นความคิดที่มีความสมเหตุสมผลและมีความยืดหยุ่นด้วยการปรับความคิดให้สมดุล สร้างความตระหนักรู้จากการฝึกสติ เรียนรู้ที่จะกลับมาที่มีความตระหนักรู้ และเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ฝึกมาใช้กับความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม การปฏิบัติการหลักของ MBCT คือ การให้เรียนรู้จากประสบการณ์ตัวเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ในการฝึกสติ มี 2 รูปแบบ คือ Doing mode เป็นรูปแบบการตอบสนองอัตโนมัติ ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ Being mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่ Doing mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จอห์น กาบัต ซิน ยังได้กล่าวไว้ว่า “ยังมีสติตระหนักรู้ถึงความเกี่ยวข้องของความคิด ความรู้สึก ทางเลือกของตนเอง และที่อยู่ในโลก (ความเป็นจริง) บุคคลก็จะยังสามารถมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรค สิ่งที่ทำทนาย และความเครียดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น” (Kabat-Zinn, 1990) “สติ” กำหนดให้บุคคลสามารถยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่ หลากหลายได้ โดยไม่ต้องสงสัย และเฝ้าสังเกตติดตามจิตในสภาวะเหล่านั้น และสามารถสร้างให้เกิดความรู้สึกที่สมดุล และทนทานต่อประสบการณ์นั้นได้โดยการทำสมาธิ (Meditation) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของ Mindfulness การทำหน้าที่ของสติ จึงเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวคอยป้องกันยับยั้งตนเองไม่ให้หลงเพลิดเพลนไปตามความชั่ว และไม่ให้ความชั่ว เล็ดลอดเข้าไปในจิตใจได้

ดังนั้น เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดความทุกข์ และปรับความคิดให้สมดุลด้วยการตระหนักรู้ ฝึกสติ และควบคุมตนเองเมื่ออยู่

ในเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติที่กำลังประสบได้ ก็จะส่งผลให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษา และนักศึกษาพยาบาล สามารถนำรูปแบบโปรแกรมในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้าได้



3. ด้านการวิจัย นักวิจัย และพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาเพื่อขยายต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

4. ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า และพัฒนานุเคราะห์ในหน่วยงาน

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (Two group Pre-test Post-test and Follow up design) โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีคะแนนรวมจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดย Beck (1997) (BDI-1) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522) อยู่ในระดับคะแนน 10-19 คะแนน โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง และยังไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาต้านเศร้า โดยศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จำนวน 20 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงเป็นความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีความโศกเศร้าเสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ร่วมกับมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Beck, 1997) ในงานวิจัยครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดย Beck (1997) (BDI-1) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง รูปแบบการบำบัดที่เน้นการฝึกสติร่วมกับการบำบัดทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอิงแนวคิดการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy [MBCT]) ที่สร้างโดย Segal, Williams, and Teasdale (2002) และได้รับการพยาบาลปกติร่วมด้วย กิจกรรมเป็นไปในรูปแบบกลุ่ม มีกิจกรรมทางการพยาบาล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ความถี่ห่างกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ

ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และการเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติ การตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การยอมรับตามที่เป็นจริง การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวัน

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยรอรับการผ่าตัด ปลุกถ่ายดับที่มีภาวะซึมเศร้าทุกรายที่มารับบริการ โดยเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ-อาการแสดง และการประคับประคองจิตใจ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลทางการแพทย์ ด้วยการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
2. ภาวะซึมเศร้า
3. การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ
4. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

### ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

#### การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

การปลูกถ่ายตับ (Liver Transplant [LT]) ทำครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2506 โดยนายแพทย์ โทมัส สตาร์ชด์ ที่เคนเวอร์ รัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา และในเวลาใกล้เคียงกัน ได้ทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ณ เมืองเคมบริดจ์ ประเทศอังกฤษ โดย นายแพทย์รอย คาล์น ปัจจุบันการปลูกถ่ายตับถือเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับรักษาผู้ป่วยที่เป็น โรคตับวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการอื่นได้ และมะเร็งตับในระยะปฐมภูมิที่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคในช่วงเวลาอันสั้น โดยมาก คือ เมื่อมีโอกาสมีชีวิตรอดน้อยกว่า 1-2 ปี การผ่าตัดปลูกถ่ายตับเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยวิธีสุดท้ายที่จะให้ เนื่องจากเป็นการรักษาที่ต้องต่อสู้กับภาวะเสี่ยงต่าง ๆ มากมาย หลังผ่าตัด การปลูกถ่ายตับเป็นวิธีที่แพร่หลายและทำกันมากในอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย แต่ในทางแถบเอเชียยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก เนื่องจากมีข้อกำหนดทางกฎหมายภายในหลายอย่าง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรักษา ผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับทำที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530

โรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายตับแต่ละแห่งจะมีข้อบ่งชี้ในรายละเอียดแตกต่างกัน ศูนย์การปลูกถ่ายตับ โรงพยาบาล Addenbrooke นคร Cambridge ประเทศอังกฤษ ได้ทำการปลูกถ่ายตับ ตั้งแต่ 2 พฤษภาคม ค.ศ. 1968 รับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 วัน-70 ปี พบว่า สาเหตุของโรคตับวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสาเหตุเกิดจาก Alcohol cirrhosis ร้อยละ 13 ภาวะ Primary

biliary cirrhosis ร้อยละ 14 Chronic hepatitis B & C ร้อยละ 53 (Starzl, Marchioro, & VonKaula, 2013) ศูนย์ปลูกถ่ายตับ University of Nebraska Medical Center Liver Transplant Program เมือง Omaha รัฐ Nebraska ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะตับวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุเกิดจาก Chronic Hepatitis C จำนวน 24.4 % Chronic Hepatitis B จำนวน 15.9% และโรค ตับวายเฉียบพลันจากที่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 12.4 % (Guarino, Stracciari, D'Alessandro, & Pazzaglia, 1995) โดยสรุปแล้ว ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่เป็นมาตรฐานโดยทั่วไป คือ

1. โรคตับอักเสบเฉียบพลันและตับวายชนิดรุนแรง
2. โรคตับแข็งระยะท้ายจนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น บวมตามร่างกาย มีน้ำในช่องท้อง โปรตีนอัลบูมินต่ำ มีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ
3. โรคตับแข็งระยะท้าย เมื่อผู้ป่วยมีน้ำในช่องท้องร่วมกับการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง
4. โรคมะเร็งตับระยะปฐมภูมิ (Hepatocellular Carcinoma) โดยมีก้อนเดียว ขนาดเท่ากับ 5 เซนติเมตรหรือเล็กกว่า หรือกรณีมีไม่เกิน 3 ก้อนในตับ โดยแต่ละก้อนมีขนาดเท่ากับ 3 เซนติเมตรหรือเล็กกว่า และมะเร็งจะต้องยังไม่กระจายไปหลอดเลือดขนาดใหญ่ของตับ หรือกระจายออกนอกตับ
5. เป็นโรคตับแข็งที่มีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้ รวมถึงมีอาการคันตามร่างกายมากจนไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการของโรคตับมาก และมีข้อบ่งชี้ในการปลูกถ่ายตับก็ตาม สิ่งที่ต้องประเมินอีกด้าน คือ มีข้อห้ามในการทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือไม่ เพราะเมื่อทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับผู้ป่วยจะเสียชีวิตหลังการผ่าตัดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรืออาจมีการกระจายของมะเร็งตับไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในเวลาไม่นานหลังการผ่าตัด โดยข้อห้ามในการทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับ มีดังนี้

#### Absolute Contraindication

1. มีอวัยวะอื่นสูญเสียการทำงานร่วมด้วย (Extrahepatic organ failure) ยกเว้นว่า อวัยวะนั้นสามารถทำการปลูกถ่ายพร้อมกับการปลูกถ่ายตับด้วย (Cotransplant)
2. มะเร็งตับที่เกิดจากมะเร็งของท่อน้ำดี ซึ่งพบมากในทางภาคอีสานหรือภาคเหนือของไทย
3. มะเร็งตับที่กระจายมาจากที่อื่น เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่กระจายมาที่ตับ เป็นต้น
4. ภาวะพร่องภูมิคุ้มกันที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ที่มีระยะที่ภูมิคุ้มกันต่ำ และเกิดโรคแทรกซ้อน และควบคุม โรคไม่ได้ (AIDs)

5. มีการติดเชื้อนอกตับที่ควบคุมไม่ได้
6. มะเร็งตับระยะปฐมภูมิที่เกิน Milan criteria

#### Relatively Contraindication

1. มีสภาพร่างกายไม่เหมาะสมในการทำผ่าตัดใหญ่ เช่น โรคหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง
2. อายุมากเกินควร โดยมักจะไม่ทำการเปลี่ยนตับในผู้ป่วยอายุเกิน 65 ปี

ซึ่งการตัดสินใจทำผ่าตัดหรือไม่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

3. ผู้ป่วยที่ดื่มเหล้าจนเป็นอันตรายต่อตับและไม่สามารถเลิกดื่มได้
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพยาธิสภาพของตับส่งผลให้มีปัญหาทางเทคนิคในการทำผ่าตัด
5. ผู้ป่วยโรคตับที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตใกล้เสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนมากเกินไป

ทำให้ไม่เหมาะที่จะนำมาทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

6. อาการโดยทั่วไปยังคงอยู่ยังสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้โดยไม่ต้องทำผ่าตัด
7. มีความไม่มั่นคงทางจิตใจ มีภาวะทางจิตที่ต้องได้รับการรักษา

#### การลงทะเบียนเพื่อรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตรงตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างละเอียดโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์โรคปอด อายุรแพทย์โรคตับ จิตแพทย์ พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อตรวจประเมินภาวะเสี่ยง และพยาธิสภาพทางร่างกายและจิตใจ ที่จะส่งผลต่อการผ่าตัด โดยเฉลี่ยแล้ว ระยะเวลาในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการทำผ่าตัดปลูกถ่ายตับใช้เวลาประมาณ 3-8 เดือน เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจครบถ้วนแล้ว รายละเอียดของผู้ป่วยถูกนำเข้าพิจารณาจากคณะกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant medical review board) โดยมีการเสนอข้อมูลการวินิจฉัยโรค ความรุนแรง สภาพของผู้ป่วย ปัญหา ภาวะแทรกซ้อนของตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็น และการเสื่อมถอยของหน้าที่ตับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เมื่อคณะกรรมการมีความเห็นว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ จึงดำเนินการลงทะเบียนเป็นผู้รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ผู้ป่วยจะถูกจัดสถานะความรุนแรงของโรคตาม United Network for Organ Sharing Categories [UNOS] ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความจำเป็น และความรุนแรงของโรค เพื่อลดอัตราการตายระหว่างรอการผ่าตัดปลูกถ่ายตับให้น้อยที่สุด ใน Waiting list จะบันทึกข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยโรค หมู่เลือด ABO และสถานะความด่วนในการรับตับบริจาค

#### ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยขณะรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

1. ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (GI Bleeding)

เนื่องจากในสภาวะตับแข็งที่มีพังผืดเบียดหลอดเลือดภายในตับ ทำให้เลือดจากม้าม และลำไส้ไหลผ่านตับไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะความดันสูงในหลอดเลือดดำที่ผ่านตับ (Portal hypertension) จนเกิดการคั่งของเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดดำเกิดการโป่งพอง (Varix) โดยเฉพาะบริเวณหลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร ซึ่งหลอดเลือดที่โป่งพองเหล่านั้นมีผนังบาง และแตกง่าย เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำ ซึ่งหากเลือดออกมากจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

## 2. ภาวะท้องมาน (Ascites)

เกิดจากตับสูญเสียความสามารถในการสร้างอัลบูมิน ซึ่งมีหน้าที่อุ้มน้ำและเกลือไว้ในหลอดเลือด เมื่อร่างกายมีระดับอัลบูมินที่ต่ำลง ทำให้น้ำรั่วออกจากเส้นเลือดไปสะสมบริเวณช่องท้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยแน่นท้อง ไม่สุขสบาย รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุโภชนาการ และเพิ่มความรุนแรงของโรค

## 3. เยื่อช่องท้องอักเสบ (Spontaneous bacterial peritonitis)

เป็นการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยตับแข็ง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยตับแข็ง พบได้ถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการติดเชื้อทั้งหมด อาการของโรคคือ มีไข้สูง ไข้หนาวสั่น ปวดท้อง บางรายไม่มีไข้ แต่มาด้วยอาการซึมลง ท้องโตขึ้น

## 4. ภาวะซึมลงหรือไม่รู้สึกรู้ตัว (Hepatic encephalopathy)

ในภาวะตับแข็ง ตับจะสูญเสียหน้าที่ในการขจัดสารพิษออกจากเลือด ทำให้เกิดภาวะคั่งค้างของสารพิษในเลือดไปสู่สมอง ผู้ป่วยจะมีอาการซึมลง ความทรงจำเสื่อม ขาดสมาธิ ถ้ามีสารพิษ สะสมในปริมาณมากจะทำให้เกิดภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว (Coma) จนถึงขั้นเสียชีวิตได้

## 5. ดีซ่าน (Jaundice)

เกิดจากตับที่ไม่สามารถจับน้ำดี (Bilirubin) ออกจากร่างกายทางน้ำดีได้ ผู้ป่วยจะมีอาการตาเหลืองตัวเหลือง ถ้ามีการคั่งของน้ำดีในปริมาณมาก สารในน้ำดีที่คั่งจะไปกระตุ้นปลายประสาทที่ก่อให้เกิดอาการคัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการดังกล่าว

## 6. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Anxiety and depression)

การรื้อรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับถือว่าเป็นเหตุการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และแสดงอาการออกมา ในช่วงระหว่างการรอคอย ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ความไม่แน่นอนในชีวิต ความเสี่ยงของสภาพทางร่างกายที่กำลังมีปัญหา การเผชิญหน้ากับความตาย การเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค ไม่เพียงแต่กระทบกับด้านร่างกายเท่านั้น แต่ส่งผลถึงสภาพจิตใจด้วย ซึ่งในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด

ปลูกถ่ายตับส่วนมากจะเกิดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ส่งผลเสียต่อการฟื้นตัว และคงสภาพของโรค ถ้าเป็นมากโดยที่ไม่ได้รับการรักษา อาจ ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้

สรุป ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งระยะสุดท้าย โรคตับวายเฉียบพลันรุนแรง หรือมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ (Hepatoma) ที่มีลักษณะของตัวโรคตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงทะเบียนรอรับตับบริจาคกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เนื่องจากการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะสามารถทำได้จำกัดและไม่สามารถกำหนดวันผ่าตัดได้ ทำให้เกิดระยะเวลารอคอยตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 3 ปี อีกทั้ง ระหว่างการรอคอย อีกทั้ง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเกือบทุกสัปดาห์ และหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แพทย์จะพิจารณาให้เข้ารับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังต้องเผชิญอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรค จึงทำให้ผู้ป่วย เกิดความเครียด และความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

### ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน และสังคมอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 400,000 บาท หรือประมาณวันละ 1,096 คน ทั้งนี้ การฆ่าตัวตาย นับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ และภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติทำร้าย ตนเองมาก่อน (WHO, 2011)

Beck (1976) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงความเป็นเชิงลบทางอารมณ์ด้านความคิด แรงจูงใจด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยการดำหนิตีเดียและลงโทษตัวเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจาก สังคม และ ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

มาโนช หล่อตระกูล (2555) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย โดยผู้ป่วยอาจจะไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไป

หมดจิตใจ ไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกัน เกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีครบถ้วนไม่ได้มักอยากอยู่เฉย ๆ คนเดียว

อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2542) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเจ็บป่วย ทางจิตใจ ทำให้ไม่มีความสุข ซึมเศร้า ใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เฉย ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตัวเองไร้ค่า เป็นภาระของคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ แสดงถึงความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออก โดยมีความ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ร่วมกับ มีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น

#### ระบาดวิทยา

ในด้านระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology for depression) นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ (2548) ได้นำเสนอการรายงานของ WHO ปี ค.ศ. 1988 ทำการศึกษาจำนวน ประชากร 5,438 ราย ใน 14 ประเทศ พบผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (Major Depression) ถึงร้อยละ 10.4 และอัตราการเกิดจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า ในกรณีพบร่วมกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทางกาย ผู้หญิงมีอัตราการเกิดมากกว่าผู้ชายถึงหนึ่งเท่าตัว หรืออัตราส่วน 2:1 สำหรับอุบัติการณ์การเกิด ภาวะซึมเศร้าในไทย ในงานวิจัยของ มณี ภิญญิตพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง และณภัทร เพชรวีรวงศ์ (2546) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการศึกษาความชุก การวินิจฉัยแยกโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบ สัมภาษณ์ The Mini-International Neuropsychiatric Interviews ด้วยการสังเกตผู้ป่วย จำนวน 200 คน ชาย 100 คน หญิง 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 เป็นโรค Depressive Disorder, Dysthymia และ Adjustment Disorder with Depress mood ร้อยละ 79.2, 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การ รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ ปัจจัยอื่น ที่พบได้สูง ได้แก่ เพศหญิง ผู้มีรายได้ต่ำ การว่างงาน สถานภาพสมรส ผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรคระบบ ทางเดินหายใจ และผู้ป่วยระยะ สุดท้าย



## แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

### 1. ทฤษฎีประสาทชีววิทยา (Neurobiological theories)

Lewin (2003) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีปริมาณลดลงของสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และ นอร์อิพิเนพรีน (Norepineprine) ร่วมกับความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน จากต่อมหมวกไต ชื่อ คอร์ติซอล (Cortisol) ที่เชื่อมโยงกับฮอร์โมนที่มาจากการทำงานของต่อมใต้สมอง ชื่อ คอร์ติโคโทรปินรีลีสซิ่งฮอร์โมน (Corticotropin-Releasing Hormone or CRH) เรียกวางจรนี้ว่า Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis [HPA] ในประเด็นสารสื่อประสาท Lewin (2003) อธิบายว่า ซีโรโทนิน และ นอร์อิพิเนพรีน จะควบคุมเรื่องของอารมณ์และวงจรการหลับตื่น การลดลงของสารสื่อประสาทดังกล่าว เป็นผลให้สารสื่อประสาทในส่วนที่เรียกว่า ลิมบิก (Limbic system) บริเวณที่ชื่อ อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ แสดงอาการในเรื่องการขาดแรงจูงใจ ความต้องการทางเพศลดลง มีความผิดปกติเรื่องการอยากอาหาร ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ตอบสนองต่อการลดลงของสารสื่อประสาทด้วยอาการปวดท้อง ประจำเดือนผิดปกติ และการถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ ส่วนประเด็นความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ คอร์ติซอล (Cortisol) จากวงจร HPA Axis มีการแสดงออกเรื่องความอยากอาหารลดลง (Anoxia) หรือกินมากขึ้น (Hyperplagia or overeating) นอนมาก (Hypersomnia) หรือนอนไม่หลับ (Insomnia)

### 2. ทฤษฎีจิตวิทยา

กลุ่มนี้จะมีความเชื่อแตกต่างออกไป ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल (2548) อธิบายว่า ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ของฟรอยด์ (Sigmund Freud) กล่าวว่า ภาวะของจิตมี 2 ระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious) และจิตใต้สำนึก (Unconscious) จิตระดับใต้สำนึกมีกลไกทางจิตหลายประเภท เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันทั่ว ๆ ไป เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมไร้เหตุผล และผิดปกติในลักษณะต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของพลัง จิตใต้สำนึกที่ไม่มีโอกาสได้แสดงออกตามระยะพัฒนาการของอายุที่เหมาะสม เกิดสถานะติดขัดอยู่ (Fixation) จึงแปรรูปเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าว สำหรับทฤษฎีมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential theory) เชื่อว่า ความคิด ความเชื่อ ความหวัง การแปลความหมายส่วนตัว ของประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง (Self-perception) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ผู้นำแนวคิดกลุ่มนี้ คือ Abraham Maslow อธิบายว่า พฤติกรรมของมนุษย์ทุกรูปแบบเกิดจากแรงจูงใจของตนเอง แรงจูงใจต่างกัน ทำให้มีบุคลิกภาพไม่เหมือนกัน

ถ้าแยกแรงจูงใจหายับ ๆ แบ่งได้ 2 แบบ คือ แรงจูงใจที่เกิดจากความขาดแคลน (Deficiency motives or D motives) และแรงจูงใจเพื่อความเติบโต (Being motives or B motives) แรงจูงใจแบบหลังนี้ทำให้มนุษย์สามารถฝึกตนให้มีค่าต่อตนเอง ต่อสังคม ต่อผู้อื่น และมีศักดิ์ศรีในตนเอง บุคคลที่มีพฤติกรรมที่มาจากแรงจูงใจที่เกิดจากความขาดแคลนสิ่งจำเป็น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในภาวะปกติ แต่ถ้า D motives เป็นไปโดยรุนแรง จะทำให้มีความโน้มเอียงเป็นโรคจิต โรคประสาท ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (จันทิมา องค์โคโยธิต, 2545; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548)

### 3. ทฤษฎีปัญญานิยม

Beck (1967) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ที่ประกอบได้ด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive trail) โครงสร้างทางความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive trail) จากคำอธิบายของ Beck (1997) ในวิธีการบำบัดทางปัญญา ของ Beck's Cognitive therapy เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความคิดที่ผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะในกระบวนการของการรวบรวมข้อมูล เบค ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า จะมีการบิดเบือนของความคิด 3 ประการ คือ ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต การตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติจะเกิดกลับไปกลับมา และกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอันตราย (Vicious cycle) วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้สิ้นหวัง การหนีปัญหา การถอยหนี และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จะยังทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบ และความรู้สึกในทางไม่ดีมากขึ้น สถานการณ์ก็จะเลวร้ายมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติทางลบที่บุคคลพิจารณาตนเอง โลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป ได้แก่

1. รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งไปกว่านั้น จะมองว่าตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่คิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำและมีความคิดด้านลบตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2. รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลกการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ หรือถูกใส่ร้าย และเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้ชีวิต

เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะไปเปลี่ยนสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. รูปแบบความคิดด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง มีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็นการแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคล อาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือน (Adaptive-maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลทั่วไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยน บิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว เช่น “หมดสิ้นทุกอย่างถ้าขาดความรัก” (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคล แต่จะกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในทางลบ Beck (1967) ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปดังนี้ คือ การเลือกสนใจแต่เฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว ไม่สนใจเรื่องที่ดีหรือเป็นกลาง (Selective abstraction) การด่วนสรุปลงความเห็นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเกิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง แปลเหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านในด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด มองสถานการณ์เป็นแบบขาวกับดำ รับรู้แต่ด้านที่ล้มเหลว (Dichotomous thinking) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่เอนเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงแรกของชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลนั้น

โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โลก และอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างที่บิดเบือนไปนี้ จะทำให้ประมวลเรื่องราวต่าง ๆ ผิดพลาดหรือมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติทางลบก็ยิ่งเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ

### อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตตนเอง

มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเองรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง
2. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย
3. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกายเป็นที่รังเกียจของสังคม

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกลบต่อตนเอง ร้องไห้ง่าย

ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่มึอารมณ์สดชื่น บางครั้งก็มีอารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่องของครอบครัวและเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกลดคุณค่า รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจต่อสิ่งใด ๆ เลย หดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความต้องการที่จะตาย

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยง และแยกตัวเองออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หดแรงจูงใจที่จะทำ กิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่ยอมรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำ น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน หลังตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

## การบำบัดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ทันเวลา และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม (พีรพนธ์ ลีอนุชวณิช, 2553)

### 1. การใช้ยาด้านเศร้า (Antidepressants) มี 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่ม Tricyclic antidepressants เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของ Serotonin และ Norepinephrine ที่จับต่อปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Clomipramine, Desipramine เป็นต้น

1.2 กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ยาก่อฤทธิ์ยับยั้งการ Oxidation ของ Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มสารสื่อประสาท โดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มี Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลง

1.3 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor [SSRI] เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ Serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์เศร้า ขนาดยามีความปลอดภัยอาการข้างเคียงน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine เป็นต้น

1.4 กลุ่ม New generation antidepressants เป็นกลุ่มยาตัวใหม่ของยาด้านเศร้า ได้แก่ Mianserin ยาตัวนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine จากปลายประสาท ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าและนอนไม่หลับ Aminoketone ออกฤทธิ์โดยเป็น Dopamine และ Serotonin Reuptake inhibitor ใช้กับผู้ป่วย Bipolar depression

2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe psychosis) คลั่งรุนแรง (Severe mania) และใช้ได้ดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง และมีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยวิธีนี้มีความเสี่ยงในรายที่มีอาการความดันโลหิตสูง เนื่องจากในสมอง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจเป็นโรคร่วม ประสิทธิภาพการรักษาคือ แต่ในปัจจุบันมียาที่ให้ประสิทธิภาพในการรักษา และปลอดภัยกว่า ดังนั้นความนิยมด้านการใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าลดลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

3. การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) การบำบัดทางจิตสังคมที่มีการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัด สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษา การหาแนวทางแก้ไข ความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการปรับตัว

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ และความคิด เช่น การบำบัดแบบการปรับความคิด และพฤติกรรม (CBT) การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) หรือการใช้การทำจิต บำบัดแบบกลุ่ม เป็นต้น (Group therapy)

#### ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด ปลูกถ่ายตับ การศึกษาของ Rodin and Voshart (1987) พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น และเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีรายงานว่า ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่มีโรคตับ เรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคมักเกิดอาการเบื่อหน่าย ซึมเศร้า หลีกหนีออกจาก สังคม มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคตับเรื้อรังแต่ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และยังรายงานอีกว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีความผิดปกติของการปรับตัว (Adjustment disorder) สูงถึงร้อยละ 25 มีความผิดปกติในรูปอารมณ์ซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) และความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสมอง (Organic mental disorder) ได้ถึงร้อยละ 4 ในความผิดปกติทั้งหมด และเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจร้อยละ 12 โดยปฏิกิริยาทางจิตใจที่อาจจะเกิดขึ้น ระหว่างรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ จะเกิดอาการและอาการแสดง คือ เครียด และคาดหวังว่า การผ่าตัดจะลดความไม่สบายกายลงได้ ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดอาจเสียชีวิตไปก่อนหรืออาการของ โรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถทำผ่าตัดได้ เวลาที่ไม่แน่นอนของการปลูกถ่ายอวัยวะทำให้ผู้ป่วยต้อง ใช้กลไกทางจิตช่วยในการปรับตัวต่อการเกิดภาวะเครียด ความไม่สบายทางใจ และความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ พฤติกรรมที่แสดงออกของ ความวิตกกังวล ได้แก่ หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ก้าวร้าว มีอาการทางกายมากขึ้น ไม่รวมมือในการรักษา อาการเหล่านี้ หากไม่ได้รับการดูแลและให้การรักษา จะทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า หากเป็นมากขึ้นอาจพบความคิดฆ่าตัวตายขึ้นได้ ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด ปลูกถ่ายตับ มักพบว่า มีความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการไม่ตระหนักรู้กับสภาวะการณปัจจุบัน ของตนเอง โดยคิดลบไปในทางร้ายซ้ำ ๆ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า และเกิดภาวะซึมเศร้า ในที่สุด

## การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

### สติ (Mindfulness)

โลกปัจจุบันเป็นโลกแห่งเทคโนโลยี มีความเจริญหลากหลายในเรื่องวัตถุ มีการสื่อสารกันได้ทั่วโลก เป็นโลกที่ไร้พรหมแดน จากความเจริญในด้านวัตถุที่เพิ่มอย่างรวดเร็ว มนุษย์จึงกลายเป็นทาส วัตถุ และมองว่าวัตถุนิยมเท่านั้นที่ทำให้โลกน่าอยู่ เมื่อเป็นเช่นนี้ มนุษย์จึงจัดสรรโลกไปตามจิตของตน จึงพูดได้ว่าโลกทุกวันนี้ คือ โลกจัดสรรของมนุษย์ แต่มนุษย์ยังมีผู้จัดสรรที่เหนือกว่า คือ จิต การควบคุมจิต ได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ให้จิตสร้างปัญหาความทุกข์ต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นแก่ตน และแก่ผู้อื่น เท่ากับช่วยพัฒนาโลกให้มีความสุข สงบ เย็น อันถือเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนา เพราะจิตของบุคคลฝึกดีแล้วย่อมก่อให้เกิดความสุข จิตที่ไร้การควบคุมย่อมหมุนเวียนไปตามอำนาจกิเลส เหมือนเรือที่ไร้หางเสือ ปัญญาอัน ถือว่าเป็นประทีปในการแสวงหาทางออกที่ถูกต้องก็มิไม่ได้ ธรรมะที่สำคัญในการควบคุมจิต ก็คือ “สติ”

#### 1. “สติ” ในมุมมองตะวันตก

Kabat-Zinn (1990) เป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์สมัยใหม่ แต่ได้ศึกษาแนวคิดปรัชญาของศาสนาพุทธอย่างลึกซึ้ง โดยพยายามผสมผสานหลักการของสติ หรือ Mindfulness ตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนาเข้ากับจิตวิทยาทางตะวันตก ออกมาในรูปแบบของความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ด้วยการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากโรคต่าง ๆ ได้พัฒนาสติ ขอมริบ และเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างที่เป็นจริงในปัจจุบัน มีการทดสอบผลลัพธ์ออกมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ จนเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในซีกโลก ตะวันตก วิธีการบำบัดกลุ่มดังกล่าว คือ โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction or [MBSR] Program) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990 หรือ พ.ศ. 2533 ในโปรแกรม MBSR ได้ให้ความหมายของ “สติ” ว่า เป็นการเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมายอยู่ที่ขณะปัจจุบันโดยไม่มีการตัดสิน เป็นวิธีการมองอย่างลึกเข้าไปในความเป็นตัวตน และเข้าใจอย่างถ่องแท้ สติเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจและการเยียวยา สติเพิ่มพลังแห่งความเป็นอิสระในระบบความคิด การเรียนรู้ที่จะฟังร่างกายของตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เป็นความจริงที่ว่า เมื่อบุคคลเริ่มที่จะใส่ใจ ตระหนักรู้เพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวจะเปลี่ยนไป บุคคลจะเห็นรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ลึกซึ้ง ได้เห็นและรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน การรับรู้ว่า ขณะนั้น ๆ ของตนเองกำลังทำอะไรเป็นสิ่งจำเป็นของการฝึกสติ ในการฝึกสติตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) นั้น ผู้ฝึกจะถูกกระตุ้นให้พัฒนาตนให้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ เพื่อเป็นหลักฐานในการอยู่อย่างมีสติได้



- 1.1 ฝึกการไม่ตัดสิน (Non-judging)
- 1.2 ฝึกความอดทน (Patience)
- 1.3 ฝึกจิตใจแบบผู้เริ่มต้น (Beginner's mind)
- 1.4 ฝึกความเชื่อใจ (Trust)
- 1.5 ฝึกการไม่ดิ้นรนแข่งขัน (Non-striving)
- 1.6 ฝึกการยอมรับ (Acceptance)
- 1.7 ฝึกปล่อยให้เป็นไปตามที่เป็น (Letting go)

นอกจากนี้ Kabat-Zinn (1990) ยังได้กล่าวไว้ว่า “ยังมีสติตระหนักรู้ถึงความเกี่ยวข้อง ความคิด ความรู้สึก ทางเลือกของตนเอง และที่อยู่ในโลก (ความเป็นจริง) บุคคลก็จะยังสามารถมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรค สิ่งที่ท้าทาย และความเครียดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น” (Kabat-Zinn, 1990) “สติ” กำหนดให้บุคคลสามารถยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายได้ โดยไม่ต้องสงสัย และเฝ้าสังเกตติดตามจิตในสภาวะเหล่านั้น และสามารถสร้างให้เกิดความรู้สึกที่สมดุล และทนทานต่อประสบการณ์นั้นได้โดยการทำสมาธิ (Meditation) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของ Mindfulness การทำหน้าที่ของสติ จึงเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวคอยป้องกันยับยั้งตนเองไม่ให้หลงเพลินไปตามความชั่ว และไม่ให้ความชั่วเล็ดลอดเข้าไปในจิตใจได้ พุดง่าย ๆ ก็คือ เตือนตนในการทำมาดี และไม่เปิดโอกาสแก่ความชั่ว

## 2. “สติ” ในมุมมองของพระพุทธศาสนา

จากธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่มีมากกว่า 2500 ปี ในหนังสือพุทธธรรม ว่าด้วยเรื่อง “สติ” หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร สติเป็นตัวควบคุมตรวจกระแสการรับรู้ ความนึกคิด และ พฤติกรรมทุกอย่างให้อยู่ในแนวทางที่ต้องการคอยกำกับจิตไว้กับอารมณ์ที่ต้องการ ลักษณะการทำงานโดยทั่วไปของสตินั้น คือ การไม่ปล่อยให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยอารมณ์ให้ผ่านเรื่อยเปื่อยไป หรือไม่ปล่อยให้ความนึกคิดฟุ้งซ่านไปในอารมณ์ต่าง ๆ แต่คอยเฝ้าระวังเหมือนคอยจับอารมณ์ที่ผ่านมา แต่ละอย่างมุ่งหน้า เข้าหาอารมณ์นั้น ๆ เมื่อต้องการกำหนดอารมณ์ได้แล้ว ก็เข้าจับตาดูคิด ๆ ไม่ปล่อยให้ยอมคลาดหาย คือ นึกถึงหรือระลึกไว้เสมอ ไม่ยอมให้หลงลืม ในพุทธธรรมได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สติไม่ได้มีความหมายตรงกับความจำที่เดียว แต่เป็นการระลึกได้ จำได้ (Recollection หรือ Remembrance) ซึ่งเป็นอาการแสดงออก ของความจำ ก็เป็นความหมายในแง่หนึ่งของสติด้วย และ ความหมายในแง่นี้จะพบใช้ในที่หลาย ๆ แห่ง เช่น ในคำว่าพุทธานุสสติ เป็นต้น แต่ในความหมายที่แท้จริงของสติเช่นที่กล่าวถึง ณ ที่นี้ ใกล้เคียงกับความหมาย ที่ใช้ใน ภาษาอังกฤษว่า “Mindfulness” เมื่อนำลักษณะการทำหน้าที่

ของสติที่กล่าวมาแล้วนั้นมาพิจารณา ประกอบ จะเห็นประโยชน์ของการฝึกฝนในเรื่องสติจากคำอธิบายของพระธรรมปิฎก ดังนี้

2.1 ควบคุมรักษาสภาพจิตให้อยู่ในภาวะที่ต้องการ โดยตรวจตากระบวนการรับรู้ และกระแสความคิด เลือกรับสิ่งที่ต้องการ กันออกไปซึ่งสิ่งที่ไม่ต้องการ ตรึงกระแสความคิดให้นิ่งเข้าที่ และทำให้จิตเป็นสมาธิได้ง่าย

2.2 ทำร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่เรียกว่า เป็นตัวของตัวเอง เพราะมีความโปร่งเบา ผ่อนคลาย เป็นสุข โดยสภาพของมันเอง พร้อมทั้งจะเผชิญความเป็นไปต่าง ๆ และจัดการกับสิ่งทั้งหลายในโลกอย่างได้ผลดี

2.3 ในภาวะจิตที่เป็นสมาธิ อาจใช้สติเหนี่ยวนำกระบวนการรับรู้ และกระแสความคิด ทำขอบเขตการรับรู้และความคิด ให้ขยายออกไปโดยมิติต่าง ๆ หรือให้เป็นไปต่าง ๆ ได้ โดยการยึดหรือจับอารมณ์ที่เป็นวัตถุแห่งการพิจารณาวางไว้ต่อหน้า จึงทำให้การพิจารณาสืบค้นด้วยปัญญา ดำเนินไปได้ ชัดเจนเต็มที่ เท่ากับเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญาให้เจริญบริบูรณ์

2.4 ชำระพฤติกรรมต่าง ๆ ทุกอย่าง (ทั้ง กายกรรม วาจากรรม มโนกรรม) ให้บริสุทธิ์ อิสระ ไม่เกสือกกิ้วหรือเป็นไปด้วยอำนาจคณาอุปทาน และร่วมกับสัมปชัญญะ ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้น เป็นไปด้วยปัญญา หรือเหตุผลบริสุทธิ์ล้วน ๆ

พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต, 2548) ได้อธิบายความหมายของ สติสัมปชัญญะ ไว้อย่างชัดเจนว่า คือ การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน อย่าใจลอย ใจต้องอยู่กับเรื่องเฉพาะหน้าที่ต้องทำ จะทำให้มีสมาธิ แล้วสมาธินั้นจะทำให้เกิดปัญญา ปัญญาที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เรียกว่า สติสัมปชัญญะ ซึ่งหมายถึง ปัญญาเฉพาะเรื่องนั่นเอง ปัญญา คือ ความรอบรู้ ส่วนสัมปชัญญะ คือ ความรู้ชัดรู้จริง ที่นำมาแก้ปัญหาคณะเหล่านั้นได้ สติสัมปชัญญะต้องมาด้วยกัน สติ คือ ความรู้ทันสัมปชัญญะ คือ ความรู้เท่า ความรู้เท่าถึงการเห็นด้วยแล้วคาดว่าผลลัพธ์อะไรจะตามมา มองภาพกว้าง มองหน้ามองหลัง สติจะบอกว่าตัวเรากำลังทำอะไร สัมปชัญญะ จะเตือนว่า เรื่องที่ทำอยู่นี้มีคุณหรือมีโทษ ให้ยั้งคิดเสียก่อน สัมปชัญญะเป็นตัวตัดสินหรือกลั่นกรองว่าอะไรควร อะไรไม่ควร พระธรรมโกศาจารย์ ประยูร ธมฺมจิตฺโต (2548) ยังได้สรุปไว้ว่า สัมปชัญญะ คือ ความรู้ชัด มี 4 ประการ ได้แก่

- 1) สาทถกสัมปชัญญะ (ยั้งคิดถึงประโยชน์ตนและท่าน)
- 2) สปปายสัมปชัญญะ (เลือกเรื่องที่เหมาะสม)
- 3) โคจรสัมปชัญญะ (มีธรรมประจำใจ)
- 4) อสัมโมหสัมปชัญญะ (ไม่หลงลืมตัว)

อาการที่เป็นอยู่โดยมีสติสัมปชัญญะอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ มีลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งที่เรียกว่าเป็นอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือ สติกำหนดตามทันสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เป็นไปอยู่หรือกระทำอยู่ในขณะนั้น ๆ การเจริญสติทำให้เห็นว่า ปัจจุบันมีความสำคัญที่สุด และคนที่อยู่เฉพาะหน้า รวมทั้งกิจกรรมที่กำลังทำนั้นสำคัญที่สุด อยู่กับ โลกแห่งความจริงด้วยสัมปชัญญะ การมีสติสัมปชัญญะทำให้บุคคลเลือกพบคนหรือกิจในฐานะกิจกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง (สาคถกะ) รู้ว่าความเกี่ยวข้องกับคนหรือกิจกรรมที่พบอยู่นั้นโดยวิธีไหนจึงจะเป็นที่พอใจ และเป็นประโยชน์แก่ทุกฝ่าย (สัปปายะ) เอาใจใส่คนหรือกิจกรรมนั้นตลอดเวลาที่อยู่เฉพาะหน้าในฐานะบุคคล หรือสิ่งสำคัญที่สุดในขณะนั้น (โคจร) และจะสามารถทำอย่างทีกล่าวข้างต้นได้ดีก็ต่อเมื่อเห็นแก่ตัวน้อยลงจนถึงขั้นไม่หลงยึดติดกับตัวตนของตน ถ้าทำพลาดพลั้งเผลอไปบ้างก็แก้ไขปรับปรุงตัวเอง (อสัมโมหะ)

ในกิจกรรมสามัญที่สุดของทุก ๆ คน ซึ่งเป็นไปอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน ก็คือการรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ พุทธทาสภิกขุ (2545) ใช้คำว่า “ผัสสะ” เรียกว่า ผัสสะทางตา ผัสสะทางหู ผัสสะทางจมูก เป็นต้น และได้ยกตัวอย่างให้เห็นว่า เมื่อตามองเห็นภาพต่าง ๆ ก็เกิดการเห็นแจ้งทางตา เรียกว่าวิญญาณทางตา (จักขุวิญญาณ) ในทำนองเดียวกันกับผัสสะ ทางอื่น คือ หู ได้ยินเสียงก็เกิดโสตวิญญาณ จมูก ได้กลิ่นก็เกิดฆานวิญญาณ ลิ้น ได้รสเกิดชีวหาวิญญาณ กาย ได้สัมผัส เกิดกายวิญญาณ มโนรู้สึกต่ออารมณ์เกิดมโนวิญญาณ ในขณะที่แห่งผัสสะ ถ้าเป็นบุคคล ธรรมดา ถ้าไม่ใช่สติปัญญาควบคุมผัสสะ ก็จะเกิดเวทนาคือ ความรู้สึกจากผัสสะ คือ เมื่อมีการรับรู้ ก็มี ความรู้สึกหรือเกิดปฏิกิริยาในใจพร้อมไปด้วย เรียกว่า เกิดความอยาก ถ้าสุขสบายก็ชอบใจคิดใจสิ่งนั้น ถ้าไม่สุขสบาย ก็ขัดใจไม่ชอบสิ่งนั้น เมื่อชอบก็อยากรับรู้อยากได้ เมื่อไม่ชอบก็เกลียดหนีหรืออยากกำจัด อยากทำลาย ท่านพุทธทาสยังได้กล่าวอีกว่า จากความอยากก็เกิดการยึดมั่นถือมั่นเป็นของตนในทุกเรื่อง นี่คือการทุกข์ ที่เกิดจากความอยากทุกข์จากการยึดมั่นถือมั่น ดังนั้นการจะป้องกันความอยากต้องใช้สติ การทำสติให้เพียงพอในขณะที่แห่งผัสสะจะนำไปสู่การตระหนักรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น รู้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไร นั่นคือ นำไปสู่ เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เมื่ออยู่อย่างถูกต้องก็ไม่เดือดร้อนใจไม่ทุกข์ใจ นั่นคือต้องมีทั้งสติปัญญาจึงจะไม่เกิดทุกข์ การฝึกหัดสติ ให้รวดเร็ว ให้่องไว นำไปสู่การระลึกรู้ถึงได้ด้วยปัญญา การปฏิบัติเรื่องของสติ เมื่อสติ จับอยู่กับสิ่งที่ต้องการกำหนดอย่างเดียว ย่อมเป็นการควบคุมกระแสการ รับรู้และความคิดไว้ให้บริสุทธิ์ เมื่อ สภาพจิตบริสุทธิ์ก็ย่อมมีความเป็นอิสระ ไม่หวั่นไหวไปตามอารมณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบ สามารถมองได้อย่างที่เป็นคิดตามที่เป็นจริง ไม่ปรุงแต่ง ไม่มีอคติหลงเชื่อและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็น จึงไม่มีทั้งความรู้สึกในด้านกระหายอยาก และความขัดเคืองกระทบใจ ปราศจาก

อาการ กระวนกระวาย (Anxiety) ต่าง ๆ เป็นภาวะจิตที่เรียกว่า ฟันทูกซ์ มีความโปรงเบา ผ่อนคลาย สงบ และเป็นตัวของตัวเอง

สรุป “สติ” หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไรกรรมมีสตินำไปสู่ความรู้ชัดรู้จริง และการเป็นอยู่อย่างถูกต้องมีปัญญา เมื่อเป็นอยู่อย่าง ถูกต้องก็ไม่เดือดร้อนใจ ไม่ทูกซ์ใจ

### การฝึกสติ

จากความหมายของสติที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น จะเห็นคุณค่า และความสำคัญของการมีสติของมนุษย์เป็นอย่างมาก สำหรับวิธีการฝึกสตินั้น พระศรีวิสุทธิกวี (2550) ได้กล่าวไว้ว่า การฝึกสติเป็นการพัฒนาทางจิตที่เป็นที่สนใจในหลายศาสนาหรือกลุ่มชน เช่น ศาสนาฮินดู ศาสนาเซน ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม เป็นต้น หรือแม้แต่ในชุมชน เช่น วงการแพทย์ วงการจิตวิทยา ก็มีการฝึกกันมากเช่นกัน โดยวิธีฝึกก็แตกต่างกันไปแล้วแต่ความเชื่อ และความถนัดของแต่ละกลุ่มในประเทศไทยที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธก็นิยมฝึกสติตามวิธีการทางพุทธศาสนา ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. สมถกรรมฐาน หรือ สมถภาวนา เป็นการฝึกใจให้สงบ ตั้งมั่น
2. วิปัสสนากรรมฐาน หรือ วิปัสสนาภาวนา เป็นการฝึกจิตเพื่อให้เกิดปัญญา

เกิดความเข้าใจ ที่นำไปสู่ปัญญาในที่สุด

สำหรับวิธีฝึกสติในชีวิตประจำวัน พระคุณฐิติ เมฆงกูโร ได้แนะนำให้ลองพิจารณาที่จะแทรกสติเข้าไปในชีวิตประจำวันด้วยการมีสติในอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การเดิน การพูด หรืออิริยาบถอื่น ๆ ด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจหรืออิริยาบถเคลื่อนไหวต่าง ๆ ให้จิตมีอารมณ์เกาะเกี่ยวควบคุมไว้อย่าส่งจิตออกนอกกาย นอกจากนี้ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า การใช้ชีวิตประจำวันให้มีสติเพิ่มพูนมากขึ้น ๆ สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือ ให้ทำสมาธิ เวลาทำสมาธิจิตจะสงบได้เร็ว วิธีการทำสมาธิที่สามารถทำได้ทุกอิริยาบถ สมาธิ คือ จิตใจที่จดจ่อแน่วแน่ สงบในทุก ๆ อิริยาบถ ผู้ที่กำหนดสมาธิเสร็จแล้ว จะได้รับการพักผ่อน มีกำลัง จิตใจเข้มแข็ง ร่างกายผ่อนคลาย และสามารถทำงานต่าง ๆ ต่อไปได้ ความสัมพันธ์ของสมาธิ และสตินี้ วิมลฤดี กุลอรธมย์ (2534) ได้อธิบายว่า การฝึกสมาธิให้เกิดขึ้นสูงกว่าเดิมจะทำให้สติมีความเข้มแข็งขึ้นด้วย ด้วยวิธีการฝึกสมาธิก็คือ การตั้งสติ ระลึกลึถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เป็นเวลานานที่สุดเท่าที่ทำได้ในระยะเวลาหนึ่ง และสมาธิที่เกิดขึ้นนี้เอง ก็จะเป็นการชักจูงให้มีสติเข้มแข็งหรือมีขนาดใหญ่มากตามมาได้ ว.วชิรเมธี (2547) กล่าวไว้ในแนวเดียวกันว่า สาเหตุที่มนุษย์ต้องตกอยู่ในความทูกซ์ก็เพราะอยู่ในอาการ “ขาดสติ” วิธีที่จะเยียวยาได้ดีที่สุด คือ การฝึกสมาธิเพื่อให้ได้สติมาประจำการอยู่ในใจของเราทุกลมหายใจเข้าออก สุเทพ พรหมเลิศ

(2554) เรียกการฝึกสติในชีวิตประจำวันว่า การเจริญสติปัญญาในชีวิตประจำวัน และให้ความเห็นว่า การดำรงชีวิตในแต่ละวัน มนุษย์ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ตื่นนอน ทำกิจวัตรต่าง ๆ ไปทำงานต้องพบปะผู้คนมากมายทั้งดีและไม่ดี บางครั้งก็ทำให้เกิดความพึงพอใจ บางครั้งก็ทำให้เสียใจ เสียความรู้สึก จึงจำเป็นต้องรู้จักฝึกเจริญสติปัญญาเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน

จากประโยชน์ของการฝึกสติที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลของไทย ได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ และได้แนะนำแนวคิดเรื่องสติไปประยุกต์ในงานด้านสุขภาพจิต เช่น เทตส์คัตต์ เดชคง (2556) ให้ความหมายของสติ ว่าเป็นความรู้ตัว เช่น รู้ว่ากำลังเดิน รู้ว่ากำลังโกรธ รู้ว่ากำลังสงสัย รู้ว่ากำลังทุกข์ใจ เป็นต้น การรู้ตัวดังกล่าว มีข้อบังคับอยู่ 2 ประการ คือ

1. ต้องเป็นปัจจุบัน หมายถึง การรู้ตัวนั้น ต้องรู้ในขณะนั้น ๆ ไม่ใช่การคิดย้อนหลังแล้วรู้ตัว แม้ว่าการคิดย้อนหลังแล้วรู้ตัวจะเป็นสิ่งที่ดี และแสดงว่ามีความรู้ตัวอยู่บ้าง ทว่ายังไม่จัดว่ามีสติ ครบถ้วน

2. ต้องบอกด้วยภาษา คำว่าบอก อาจใช้คำว่า ติดฉลาก (Label) ว่าอารมณ์นี้คืออะไร สามารถบอกได้ว่ากำลังมีท่าทางกิริยาอาการอย่างไร การบอกนี้ใช้ภาษา จึงไม่ใช่แค่รู้ แต่ต้องบอกได้ ถ้าใช้การพูดก็เป็นภาษาพูด ถ้าใช้การเขียนก็เป็นภาษาเขียน

การเพิ่มปริมาณของสติเข้าไป ก็จะทำให้รู้ทันอารมณ์ สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถชั่งน้ำหนักถึงสิ่งที่ควรจะทำได้ด้วย การฝึกฝนสติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมมีการศึกษาถึงสารเคมีในสมอง และในเลือด พบว่า การฝึกสติสามารถลดระดับฮอร์โมน คอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนพวกที่หลั่งออกมามากเมื่ออยู่ในภาวะเครียด และสามารถลดระดับฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Nor-epinephrine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่พบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

#### การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ

วิวัฒนาการของแนวคิดการบำบัดด้วยการฝึกสติ เริ่มต้นจาก Kabat-Zinn (1990) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติจากวิธีที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการมาเป็น โปรแกรมของตนเอง ชื่อว่า โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program [MBSR]) ในปี ค.ศ. 1990 สาระในโปรแกรมที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อสติ (Mindfulness meditation) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบันจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้นให้เกิดการเรียนรู้ในการเพ่งความสนใจอยู่กับปัจจุบัน โปรแกรม MBSR เป็น โปรแกรมที่เน้นการฝึกสติ 2 ระดับ คือ

1. การฝึกที่ไม่เป็นทางการ (Informal methods of mindfulness practice) โดยการฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน คงสภาพนั้นไว้โดยมองผ่านความเจ็บปวดทางกายหรือความเศร้าเสียใจไป มีสติอยู่กับตัวเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

2. การฝึกที่เป็นทางการ (Formal methods of mindfulness practice) ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกหายใจ การฝึกโยคะ ลักษณะโปรแกรมจะเป็นการเข้ากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 30 คน พบผู้บำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง ทั้งหมด 8 ครั้ง โดยมีพันธะสัญญาร่วมกันในเรื่องความสม่ำเสมอในการฝึกเป็น การบ้าน ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก

จากนั้น Segal et al. (2002) ได้บูรณาการขั้น MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานทางปัญญา (Cognitive based therapeutic strategies) มาเป็น รูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โดยใช้กรอบแนวคิด ของทฤษฎีทางปัญญาที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The cognitive theory of depression and anxiety) เรียกรูปแบบนี้ว่าการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Cognitive Theory [MBCT]) Segal et al. (2002) อ้างว่า มีงานวิจัยในต่างประเทศมากมายรายงาน ผลลัพธ์ด้านบวกของ MBCT คือ การให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เทคนิคของ CT ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจิตภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมติ (Role-playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และ การปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought patterns) ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน ทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหว และไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง การบูรณาการการเรียนรู้จากความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้ทันอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่อันตราย
2. การตระหนักรู้จะควบคุมเรื่องของการครุ่นคิดคำนึงที่นำไปสู่ความอ่อนแอได้
3. ผู้ป่วยสามารถดึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดที่เป็นลักษณะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดย อัตโนมัตตามความเคยชินได้

#### แนวคิดหลักของ MBCT

Segal et al. (2002) ได้อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคล เมื่อประสบกับสถานการณ์ใด ๆ ว่ามี 2 รูปแบบ คือ

1. Doing mode เป็นรูปแบบการตอบสนองอัตโนมัตที่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ Being mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนท

สถานการณ์ ในขณะที่ Doing mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

### กระบวนการของ MBCT

กระบวนการของ MBCT จะเริ่มด้วย การสัมมนาเพื่อการประเมินเบื้องต้น เป็นการ สัมมนาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง การบำบัดมีการพบกันทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

ในระยะแรก คือ ครั้งที่ 1-4 เป็นการเน้นเรื่องการฝึกสติ คือ ฝึกเพ่งจุดสนใจไปยังที่ใดที่หนึ่งในแต่ละช่วงขณะ โดยไม่มีการตัดสิน เรียนรู้ที่จะกลับมา มีความตระหนักรู้เมื่อภาวะจิตใจล่องลอยไปจากการเพ่งนั้นหรือเรียนรู้ที่จะเกิดการยอมรับความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างฝึก

ในระยะที่สอง คือ ครั้งที่ 5-8 เป็นระยะที่พัฒนาสติได้ระดับหนึ่งแล้ว จะเป็นการฝึกการรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง ได้ทัน และเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ฝึกมา ใช้กับความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม

การสิ้นสุดการบำบัด ได้เน้นส่วนหนึ่ง คือ พยายามให้สติเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีการตระหนักรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของตน ทำหน้าที่ของตนได้ดีขึ้น ท้ายสุดเน้นการแนะแนวทางของการค้นหาทางเลือกของชีวิต และการพัฒนาแผนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและความสุข

สรุป การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักการใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สะท้อนความรู้สึกตนเอง บูรณาการการเรียนรู้จากความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

### โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

จากการศึกษาของ รัสคาพร สันติวงษ์ (2550) ที่ได้ศึกษาการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีสติมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าระดับการรู้สติไม่ลดลงแต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และระดับภาวะซึมเศร้าไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของการตระหนักรู้ การรับรู้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตัวเองได้ดี สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้

สมจิตร เสริมทองทิพย์ (2559) ได้ศึกษาการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มเมื่อได้ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันความคิดของตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง

โดยเป็นไปตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะมีความคิดวนคิดซ้ำถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น ทำให้ยังรู้สึกแย่ลง ซึ่งการเสริมสร้างให้บุคคลเหล่านี้มีสติอยู่กับภาวะการณ์ในปัจจุบัน โดยไม่ปล่อยความคิดไปตามสิ่งเร้า ก็จะทำให้มีสติทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง มีการตีความ และความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น มีสติอยู่กับปัจจุบันมีความเข้าใจ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงไปตรงมา ก็จะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีของ Beck (1997) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้การเรียนรู้ และเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม มีการฝึกสติ และการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน บูรณาการความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ การบำบัดมีทั้งหมด 6 ครั้ง โดยฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บำบัดครั้งละ 60-90 นาที มีขั้นตอน 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ นำร่องให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้กับความคิดอัตโนมัติ จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นช่วงปฏิบัติการ ประกอบด้วย เรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และเข้าสู่ฝึกสติเบื้องต้น การฝึกสติและการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การยอมรับตามที่เป็นจริง การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน จำนวน 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนสุดท้าย ให้ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง จะใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมด้วยวิธีการกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่ว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การพัฒนาตนเอง



การสื่อสาร และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้ต่าง ๆ ร่วมกัน อีกทั้ง ยังช่วยปลดปล่อยความเครียด ทำให้ได้รู้ถึงความคิด และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม คุณค่าของกระบวนการกลุ่มนั้น มีสิ่งที่เกิดขึ้น 2 อย่าง คือ ความสำเร็จของกลุ่ม หรือที่เรียกว่า ผลผลิตของกลุ่ม (Product) อีกอย่างหนึ่ง คือ กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) เพราะในขณะที่ดำเนินการกลุ่มจะเกิดปฏิสัมพันธ์ ซึ่งบุคคลจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ รู้จัก และเข้าใจตนเอง และผู้อื่น มีความเจริญงอกงาม และพัฒนาตนเอง เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้อื่น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคคลมีความรับผิดชอบ มีทัศนคติที่ดี และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการกลุ่ม เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

#### จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

1. เพื่อสร้างความเข้าใจในตนเองอย่างถูกต้อง เพราะบางครั้งเราอาจจะเข้าใจตัวเราไม่ถูกต้องทั้งหมด ซึ่งกระบวนการกลุ่มนั้น สมาชิกกลุ่มจะช่วยสะท้อนให้เห็นภาพของตัวเองในทุก ๆ ด้าน ทำให้เราเข้าใจตัวเรา และกลับมาสนใจตัวเองมากขึ้น
2. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจบุคคลอื่น ในกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ลักษณะของสมาชิกคนอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

3. เพื่อสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกัน กระบวนการกลุ่มจะเสริมสร้างคุณลักษณะที่ดีให้แก่สมาชิกกลุ่มให้มีลักษณะที่จำเป็นต่อการทำงานร่วมกับผู้อื่น

นอกจากนี้ บุนหา วชิระศักดิ์มงคล (2535) ยังกล่าวว่า กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์เป็นการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้เรียน 3 ด้าน คือ สติปัญญา เจตคติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน คือ สติปัญญา เจตคติ และทักษะ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านนี้ จะมีความเชื่อมโยงกัน อีกทั้ง การเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองต่อไป

#### ระยะพัฒนาการกลุ่ม

1. ระยะการก่อตั้ง (Forming stage) เป็นระยะที่กลุ่มเพิ่งรวมตัวกัน สภาพของกลุ่มยังไม่รวมไม่ติดกัน จึงไม่กล้าแสดงพฤติกรรมของตนเองไปอย่างที่เคยมัก แต่จะพยายามทำความรู้จักและสังเกตผู้อื่น เพื่อค้นหาพฤติกรรมที่ยอมรับได้ เมื่อบุคคลในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน เข้าใจวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มของกันและกัน บุคคลในกลุ่มจะเริ่มมีความรู้สึกเป็นกลุ่มเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไว้วางใจ

2. ระยะเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อ (Storming stage) เป็นระยะที่แต่ละคนยังไม่ยอมตกลงกัน คอยจับผิด และโต้แย้งเถียงกัน ความรู้สึกไม่พอใจ และจะคับข้องใจหรือขัดแย้งในใจ เพราะไม่รู้ว่า กลุ่มจะเอาอย่างไรดี บางทีอาจเรียกว่า ระยะแห่งความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ (Conflict and frustration phase)

3. ระยะยินยอม (Norming stage) เป็นระยะที่สมาชิกได้แนวหรือบรรทัดฐานที่เป็นกลาง ของกลุ่มมากขึ้น ทุกคนพยายามปฏิบัติตาม บางทีเรียกว่า ระยะที่กลุ่มมีความสามัคคีกลมเกลียว (Group harmony phase)

4. ระยะปฏิบัติการ (Performing stage) เป็นระยะที่สมาชิกร่วมมือประสานกันเป็นอย่างดี สามารถดำเนินการไปตามเป้าหมายของกลุ่ม มีผลงานของกลุ่มออกมา สมาชิกจะยึดพลังของกลุ่ม เป็นเป้าหมายสำคัญ อดทนต่อการขัดแย้งมากขึ้น ช่วยเหลือพัฒนาตนเองไปด้วย บางทีเรียกว่า ระยะมี ผลงานและยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Group-centered productive phase)

#### ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Yalom, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกลุ่ม (Initial stage) เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง สมาชิกกับสมาชิก และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนี้ จะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการกลุ่ม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจกันอย่างแท้จริง เป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย อ่อน และจริงจัง สัมพันธภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึก ปลอดภัย สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่ามีคนยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงในการที่จะช่วยให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญความยุ่งยากต่าง ๆ ได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินกลุ่ม (The working stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง ต้องการสำรวจและนำเสนอปัญหาที่ตนเองเผชิญ หรือต้องการแนวทางในการพัฒนา เปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งสมาชิกจะร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Cohesiveness) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือกัน สมาชิกรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากขึ้น เรียนรู้ที่จะพูดถึงความรู้สึก และความคิดเห็นต่อกันอย่างแท้จริง ไม่หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง และมีท่าทีเอื้ออาทรต่อกัน พร้อมทั้ง จะวางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเอง และรับผิดชอบที่จะวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนยุติกลุ่ม (The terminating stage) ขั้นตอนยุติกลุ่มเป็นขั้นตอนสำคัญ เพราะเป็นขั้นที่จะช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ว่าเขาเรียนรู้อะไรจากกลุ่ม และนำไปใช้ ประโยชน์ได้อย่างไรในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

### ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มนั้น จะใช้อธิปไตยของกลุ่ม ซึ่งกระตุ้นให้สมาชิกปรับตัวเข้าหากัน เกิดความกระตือรือร้น ได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มยังช่วยเสริมสร้างสุขภาพและจิตใจ สร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม นำไปสู่ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Cohesive) ทำให้กระบวนการกลุ่มสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี

### ประสิทธิภาพของกลุ่ม

ประสิทธิภาพของกลุ่ม ขึ้นอยู่กับลักษณะทางโครงสร้าง และลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่สุด ควรมีสมาชิกไม่เกิน 15 คน เพราะจะทำให้สมาชิกเกิดความใกล้ชิดและก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน
2. สมาชิกกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น เจตคติ ค่านิยม มีผลทำให้กลุ่มเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากกว่ากลุ่มที่มีสมาชิกแตกต่างกัน
3. การพึ่งพิงกันและกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของตน กลุ่มที่มีสมาชิกพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของตนเอง ทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมีความหมายซึ่งกันและกัน เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพิ่มมากขึ้น

### เวลาและจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม

การทำกิจกรรมกลุ่ม ควรจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 60-90 นาที เพราะอาจเกิดความเบื่อหน่าย (Yalom, 1995)

สรุป โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย กิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง จะใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมด้วยวิธีการกระบวนการกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่เน้นการฝึกสติ การรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักรู้ จนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดภาวะซึมเศร้าได้โดยอาศัยอิทธิพลของกลุ่มกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (Two group Pre-test Post-test and Follow up design) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ที่มารับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ผู้ป่วยโรคตับทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2560 ทั้งหมด จำนวน 55 คน และจากการตรวจประเมินทางจิตเวชกับจิตแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชผู้ใหญ่ ด้วยแบบประเมิน THAI-HAD พบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีภาวะซึมเศร้า 32 คน ผู้วิจัยเลือกศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคตับทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20-59 ปี
2. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ 10-19 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า
3. ไม่มีความผิดปกติทางสมอง สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมาก่อน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง
2. มีอาการทางจิตเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
4. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 6 ครั้งตามที่กำหนด

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากขนาดอิทธิพล และเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดให้เป็นการทดสอบทางเดียว โดยให้ค่าระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ของตัวแปร จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อคุณภาพชีวิตและความหวังในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ (The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on the Quality Of Life and Hope in the Patients with Coronary Heart Disease) ของ Samaneh, Vajihe, Marjan, Soheila, and Somayeh (2016) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยความหวัง (Hope) ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 160.40 ( $SD = 25.97$ ) และ 126.73 ( $SD = 14.44$ ) มาแทนค่าในสูตรการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ของ Glass (1976) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2553) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_c} = \frac{160.40 - 126.73}{14.44} = 2.33$$

d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD_c$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ค่าที่คำนวณได้เท่ากับ 2.33 Effect size ที่ได้มีค่ามากกว่า .80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) = .80 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำค่าดังกล่าวมาเปิดตาราง Master table statistic แบบ One tail test (Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ กลุ่มละ 10 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับทั้งหมด กับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2561 ทั้งหมด จำนวน 55 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน
3. ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ โดยนำบัญชีรายชื่อของผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่รับการคัดเลือกไว้ทั้งหมด จับชื่อที่ 1 คือ เลขคี่ ชื่อที่ 2 คือ เลขคู่ ทำเช่นเดิมไปจนครบทั้ง 20 คน โดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มทดลอง และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยค้น และบันทึกจากเวชระเบียน
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) แปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (2522) เป็นการประเมินด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ บนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม เพื่อประเมินอาการ แสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบราค เท่ากับ .89 เป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามที่วัดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่แสดงอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนนคือไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 คะแนนคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 2 คะแนน คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 3 คะแนนคือมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อรวมค่าคะแนนทั้งหมด 21 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ

- 0-9 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal range)
- 10-15 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Minimal depression)
- 16-19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)
- 20-29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)
- 30-63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

ในการศึกษาครั้งนี้ การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานทางของสติ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า ภายใต้กรอบแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า

2. ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติให้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับการพยาบาลภายใต้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) มีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นการฝึกสติ การรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักรู้จนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้

3. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งจะใช้กระบวนการกลุ่ม ดังนี้

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นำร่องให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้กับความคิดอัตโนมัติ

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 2 เรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การฝึกสติเบื้องต้น

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 3 การฝึกสติและการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 4 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 5 การยอมรับตามที่เป็นจริง

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้

และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการทำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่ได้พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา การจัดลำดับ เนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมา พิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์แล้วจึงนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้าของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่าย อวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน แล้วดำเนินการ ตามขั้นตอนของโปรแกรมทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ก่อน นำไปใช้จริง

### 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-I) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและได้หาค่าความเชื่อมั่นมาแล้วโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .89

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจน ปกป้องสิทธิ คุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างเท่าเทียมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และผ่านการพิจารณา ของคณะกรรมการวิจัยฯ รหัส 05-01-2561

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ในขั้นตอนการตัดสินใจเข้าร่วมการทำวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจงรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจ และชัดเจน

4. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับตอบปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ และมีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัยไว้อย่างชัดเจน

5. ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่า ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ทุกคนยังคงอยู่ภายใต้การดูแล และความรับผิดชอบของจิตแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษา หรือการให้การพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

8. เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในส่วนของกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินกิจกรรมตามแผนการทำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในกลุ่มควบคุม โดยมีความครบถ้วนด้านเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองแก่กลุ่มควบคุมทุกรายตามความสมัครใจ

### วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเวลาเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับ เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ

1.3 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมห้องสำหรับเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่คลินิกปลูกถ่ายตับ ภาปร. ชั้น 6 และจัดเตรียมห้องสอนแสดงอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 26 โซน C เป็นสถานที่ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติให้กับกลุ่มทดลอง โดยจัดให้มีความเหมาะสม สะดวก ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน

1.4 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาจากตำรา ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้หลักการและแนวทางในการทำโปรแกรมจากการเรียนภาคทฤษฎี (รหัสวิชา 106503 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1) และการฝึกปฏิบัติในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (รหัสวิชา 106505) ของหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งได้ฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1 ภาคการศึกษา ผ่านการเรียนทั้งในภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติรูปแบบการบำบัดทางจิต ตลอดจนการฝึกอบรมเพิ่มเติม

1.5 คัดเลือก และเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการใช้แบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัย มีหน้าที่ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรม และบันทึกการทำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติร่วมกับผู้วิจัย

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วม การวิจัยตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ โดยกำหนดการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองทุกวันศุกร์ เวลา 13.30-15.00 น. ณ ห้องสอนแสดงอาคารภูมิสิริฯ ชั้น 26 โซน C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาและการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จำนวน 3 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ 0 สัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) ทั้ง 3 ระยะ ในระยะใกล้เคียงกับกับกลุ่มทดลอง

### ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

### ระยะการทดลอง

พยาบาลประจำการให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพจิต การให้ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ-อาการแสดง และการปรับประคบประครองทางจิตใจ

### ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

### ระยะติดตามผล

ในระยะติดตามผลผลการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (Follow up) ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

## 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

### ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขั้นตอนการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง จากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อดำเนินการทดลอง ที่ห้องสอนแสดง ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ ชั้น 26 โชน C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยชี้แจงการร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษา และขั้นตอนการวิจัย พร้อมกับสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป เพื่อดำเนินการตาม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

### ระยะเวลาทดลอง

ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสรุปผลการเรียนรู้ การดำเนินโปรแกรมมีทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ ช่วงเวลา 13.30-15.00 น. แต่ครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยการดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นำร่องให้เข้าใจถึงความความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้กับความคิดอัตโนมัติ

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 2 เรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การฝึกสติเบื้องต้น

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 3 การฝึกสติและการตระหนักรู้ ความคิดแห่งตน

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 4 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 5 การยอมรับตามที่เป็นจริง

กิจกรรมทางการพยาบาลครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้

และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลปกติร่วมด้วย

### ระยะหลังการทดลอง

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ รวมทั้งนัดหมายกลุ่มทดลองพบกันในครั้งถัดไปอีก 2 สัปดาห์

### ระยะติดตามผล

หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (Follow up) ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

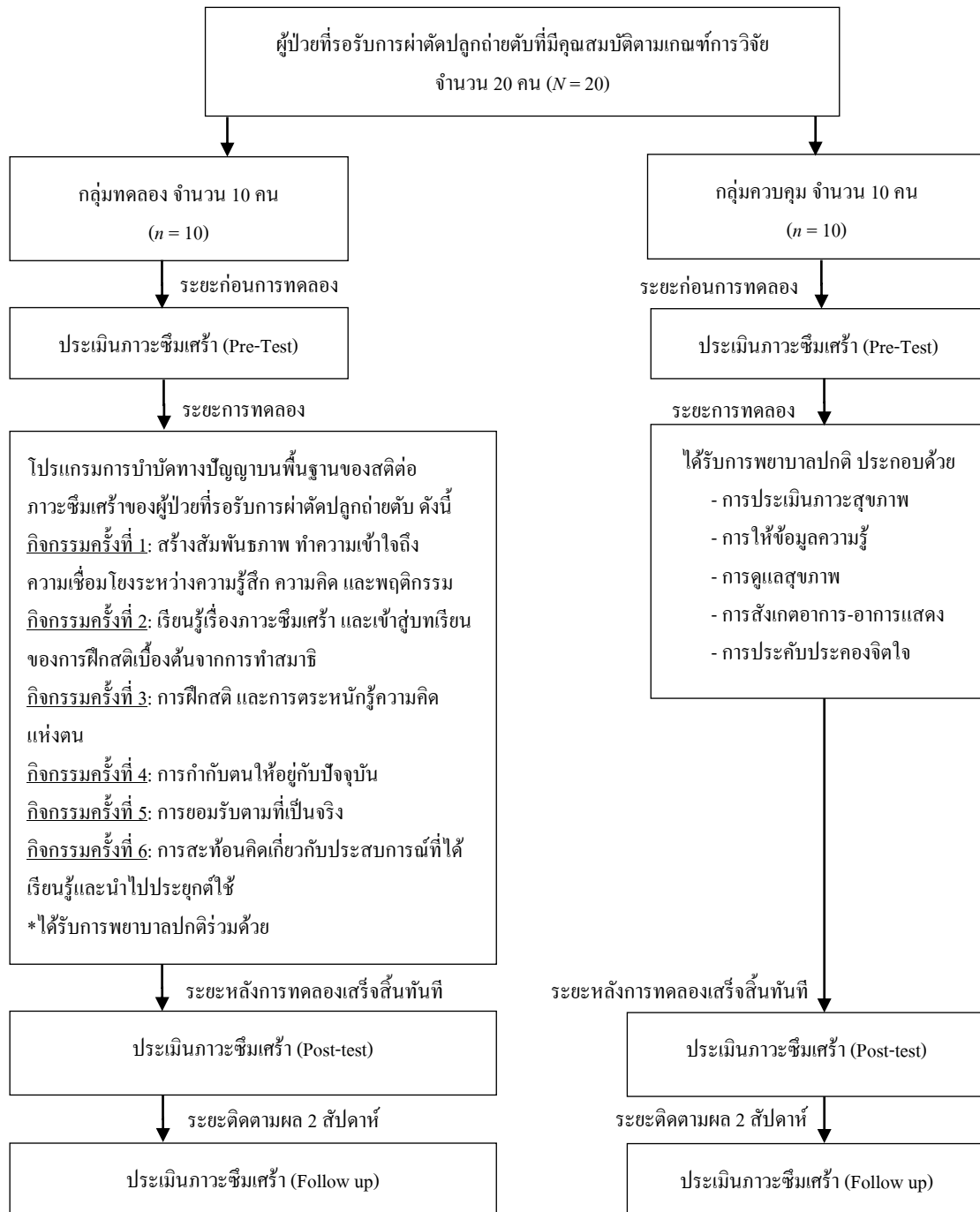
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีความละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (Two group Pre-test Post-test and Follow up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ณ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่นำมาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่า Critical Value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tail test ค่าที่ได้อยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ( $n = 20$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 10$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 10$ )		$X^2$	$p$ -value
	$N$	ร้อยละ	$N$	ร้อยละ		
เพศ					.50 <sup>+</sup>	1.00
ชาย	5	50	4	40		
หญิง	5	50	6	60		
อายุ					.162 <sup>++</sup>	.51
20-29 ปี	3	30	0	0		
30-39 ปี	1	10	0	0		
40-49 ปี	1	10	1	10		
50-59 ปี	5	50	9	90		
สถานภาพสมรส					.267 <sup>++</sup>	.44
โสด	4	40	1	10		
สมรส	4	40	7	70		
หม้าย	2	20	1	10		
แยกกันอยู่	0	0	1	10		
ศาสนา					.50 <sup>+</sup>	1.00
พุทธ	9	90	10	100		
อิสลาม	1	10	0	0		
ระดับการศึกษา					.675 <sup>+</sup>	1.00
ต่ำกว่ามัธยม	4	40	4	40		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6	60	6	60		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$X^2$	<i>p</i> -value
	<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 10			
	<i>N</i>	ร้อยละ	<i>N</i>	ร้อยละ		
อาชีพ					.751 <sup>++</sup>	.365
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	20	4	40		
นักเรียน	1	10	0	0		
รับจ้างทั่วไป	1	10	1	10		
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	1	10	0	0		
ค้าขาย	2	20	2	20		
ราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	30	3	30		
รายได้ต่อเดือน					.558 <sup>++</sup>	.242
< 10,000 บาท	3	30	3	30		
10,001-20,000 บาท	4	40	2	20		
> 20,001 บาท	3	30	5	50		
ภูมิลำเนา					.721 <sup>++</sup>	.258
ภาคกลาง	5	50	7	70		
ภาคตะวันออก	1	10	1	10		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3	30	1	10		
ภาคใต้	1	10	1	10		
สิทธิ์การรักษา					.807 <sup>++</sup>	.221
ราชการ	3	30	5	50		
ประกันสังคม	2	20	1	10		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4	40	3	30		
เงินสด	1	10	1	10		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X <sup>2</sup>	p-value
	(n = 10)		(n = 10)			
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย					.353 <sup>++</sup>	.577
HBV cirrhosis	1	10	1	10		
HBV cirrhosis with HCC	1	10	3	30		
HCV cirrhosis	1	10	2	20		
HCV cirrhosis with HCC	1	10	3	30		
NASH cirrhosis	1	10	0	0		
Autoimmune hepatitis	2	20	0	0		
Biliary Atresia	3	30	1	10		
ระยะเวลาโรคคอย					.924 <sup>++</sup>	.154
0-12 เดือน	3	30	3	30		
13-24 เดือน	3	30	4	40		
25-36 เดือน	2	20	1	10		
มากกว่า 36 เดือน	2	20	2	20		

<sup>+</sup>Fisher's exact test, <sup>++</sup>Cramer's V

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 เมื่อจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุ 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 มีสถานภาพภาพโสด และสมรส เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่จบการศึกษาขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพรับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 50 ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Biliary Atresia ร้อยละ 30 และมีระยะเวลาโรคคอยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับตั้งแต่ 0-12 เดือน และ 13-24 เดือน มีจำนวนเท่ากัน คิดร้อยละ 30

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เมื่อจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง อายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 มีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส

คิดเป็นร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 50 มีส่วนใหญ่มิมีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 70 ใช้สิทธิ์การรักษาราชการ ร้อยละ 50 เป็นโรค HBV Cirrhosis with HCC และ HCV cirrhosis with HCC จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30 และมีระยะเวลารอคอยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับส่วนใหญ่ตั้งแต่ 13-24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 และเมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สิทธิ์การรักษา และระยะเวลารอคอยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ( $n = 20$ )

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	15.70	2.41
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	10.50	3.78
	ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์	8.40	3.03
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	14.30	3.23
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	14.30	2.83
	ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์	14.80	3.46

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ เป็น 15.70 ( $SD = 2.41$ ), 10.50 ( $SD = 3.78$ ) และ 8.40 ( $SD = 3.03$ ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าเป็น 14.30 ( $SD = 3.23$ ), 14.30 ( $SD = 2.83$ ) และ 14.80 ( $SD = 3.46$ ) ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni**

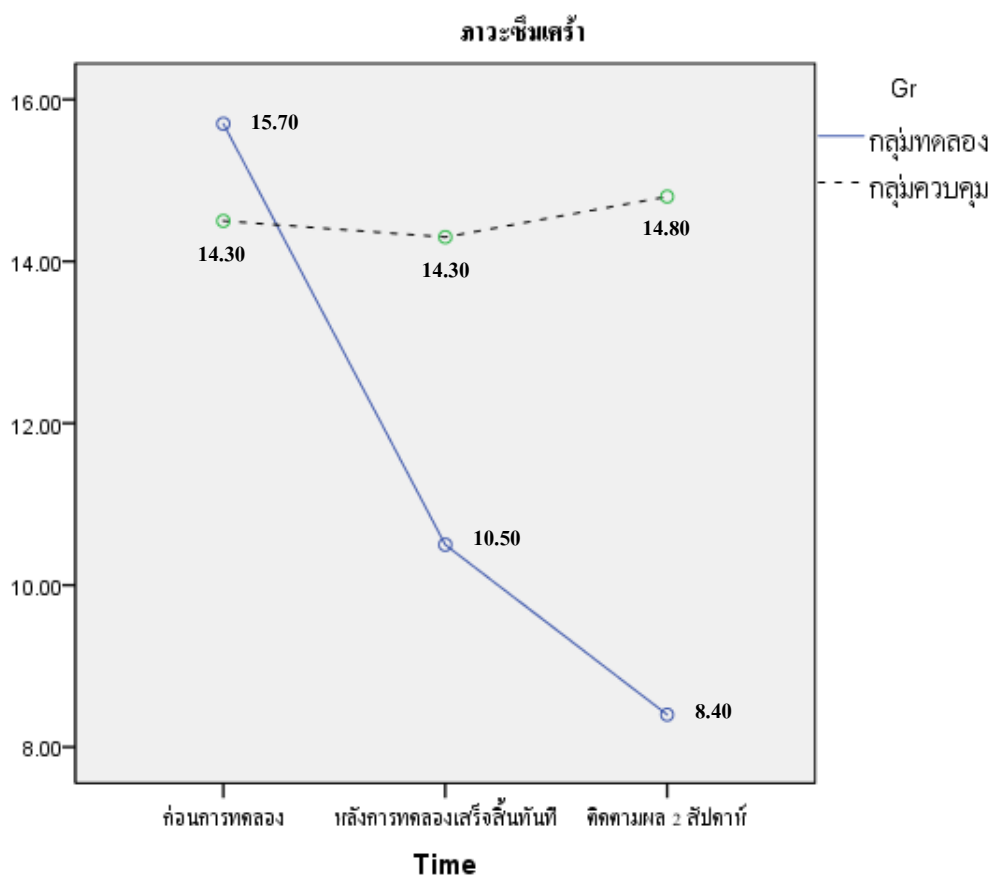
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
การทดลอง	1	135.00	135.00	5.21	< .05*
ความคลาดเคลื่อน	18	446.27	25.90		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
เวลา	2	134.53	67.27	42.53	< .001***
กลุ่มกับระยะเวลา	2	149.20	74.60	47.17	< .001***
ความคลาดเคลื่อน	36	56.93	1.58		

\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{1,18} = 5.21, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{2,36} = 47.17, p = < .001$ ) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{2,36} = 47.17, p = < .001$ ) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของภาวะซึมเศร้า

จากภาพที่ 3 พบว่า กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกัน โดยเส้นกราฟของทั้ง 2 กลุ่มจะตัดกัน (ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่ามีปฏิสัมพันธ์กัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ไม่ค่อยแตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ลดลง (กราฟเส้นทึบ) จากกราฟ ยังแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
ก่อนการทดลอง	15.7		5.2***	7.3***
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	10.5			2.1*
ระยะติดตามผล	8.4			

\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 4 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (Two group Pre-test Post-test and Follow up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า ณ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ โดยนำบัญชีรายชื่อของผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่รับการคัดเลือกไว้ทั้งหมด จับชื่อที่ 1 คือเลขคี่ ชื่อที่ 2 คือ เลขคู่ ทำเช่นเดิมไปจนครบทั้ง 20 คน โดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มทดลอง และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยทำทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ ช่วงเวลา 13.30-15.00 น. แต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ณ คลินิกปลูกถ่ายตับ อาคาร ภปร. ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต หลังจากนั้นเมื่อครบ 6 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระยะเวลารอคอย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

3. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระยะเวลารอคอย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นผลมาจากการที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ของ Segal et al. (2002) ผสมผสานศาสตร์แห่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) เป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ซึ่งเป็นรูปแบบของการบำบัดในระยะสั้น ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบอันก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้เป็นความคิดที่มีความสมเหตุสมผล และมีความยืดหยุ่นด้วยการปรับความคิดให้สมดุล สร้างความตระหนักรู้จากการฝึกสติ เรียนรู้ที่จะกลับมา มีความตระหนักรู้ และเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ฝึกมา ใช้กับความคิด



อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม หลักการบำบัดที่สำคัญของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ คือ การให้เรียนรู้จากประสบการณ์ตัวเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ในการฝึกสติ โดยมี 2 รูปแบบ คือ 1) Doing mode เป็นรูปแบบการตอบสนองอัตโนมัติ ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ตระหนักรู้ 2) Being mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่ Doing mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Beck (1997) ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความคิดบิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) ได้แก่ 1) การมองตนเองในทางลบ 2) การมองโลกในทางลบ 3) การมองอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) ซึ่งเกิดจากการที่มีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative thought) ซึ่งความคิดด้านลบเหล่านี้ยังมีมากเท่าไร จะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การหาทางออกที่ผิด ๆ เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความผิดหวัง หรือการสูญเสีย นำไปสู่ความคิดบิดเบือนหรือความคิดทางลบต่อสถานการณ์นั้น ความคิดบิดเบือนจะส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาของบุคคล ทำให้เกิดความไม่พอใจ มีความทุกข์ทางใจ เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (อรรณพ แผนคง, 2552) ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ได้

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับครั้งนี้ ประกอบด้วย การทำกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการทำกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติด้วยตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการนำร่องให้กลุ่มทดลองเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้กับความคิดอัตโนมัติ จำนวน 1 ครั้ง กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพให้กับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกภายในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเอง อีกทั้งยังทำให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการเข้ากลุ่ม สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ได้พัฒนาความไว้วางใจ และให้การยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดความเป็นปึกแผ่น (Cohesiveness) เมื่อมีความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้น ทำให้สมาชิกมองกลุ่มเหมือนบ้านของตนที่สามารถกล้าพูดถึงปัญหา และร่วมกันรับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจ เห็นอกเห็นใจกัน (กัทธาภรณ์ พุงปันคำ

และคณะ, 2551) เช่น “ชีวิตนี้คงมีโอกาสอยู่บน โลกนี้ได้อีกไม่นานแล้ว” ซึ่งจากการสังเกต พบว่า เมื่อผู้รับการบำบัดรายหนึ่งเริ่มที่จะระบายความรู้สึก ผู้รับการบำบัดรายอื่นก็จะเล่าตาม กล้าที่จะพูด ถึงความคิด ความรู้สึกของตนให้สมาชิกได้รับรู้ ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความ เป็นกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะนำไปสู่การบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 เป็นช่วงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เริ่มด้วยกิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การฝึกสติเบื้องต้น” ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้าที่ เกิดขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยผู้รับการบำบัดได้รู้ ถึงสถานการณ์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน กิจกรรมครั้งนี้ ผู้บำบัดให้ผู้รับการ บำบัดฟังบทความ “ท่องไปบนถนนคนเดิน” โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้เล่าสถานการณ์จำลองและ ผู้รับการบำบัดหลับตาฟังอย่างเงียบ ๆ จินตนาการตามที่ได้ยิน และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัด บอกความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายที่เกิดขึ้น โดยผู้รับการบำบัดจำนวน 4 ใน 10 คน กล่าวว่า “กายและจิตเชื่อมถึงกัน แยกออกจากกันไม่ได้” และอีก 6 คน ช่วยกันอธิบายเพิ่มเติมว่า “เมื่อรู้สึกผิดหวัง ก็จะเริ่มขมวด หน้าตานูนบึ้ง” “ตอนที่ผมรู้สึกไม่พอใจผมจะทำเสียงดังใส่คน ข้าง ๆ” และ “ฉันไม่อยากกินข้าวทุกครั้งที่ฉันไม่พอใจลูก” จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดสามารถ เชื่อมโยงระหว่าง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ จากการสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ได้ ทราบว่า ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าคืออะไรและส่งผลอย่างไร กิจกรรมครั้งนี้เปิด โอกาสให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออยู่ในสภาวะที่ แตกต่างออกไป เมื่อคิดไปในทางไม่ดี ร่างกายจะมีปฏิกิริยาอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากเมื่อคิดถึง สิ่งดี ๆ สวยงาม หลังจากนั้น ผู้บำบัดนำเข้าสู่การฝึกสติจากการเคลื่อนไหวด้วยท่าโยคะด้วยการให้ ผู้รับการบำบัดฟังความสนใจไปตามการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างช้า ๆ เพื่อเป็นการฝึกสติ เบื้องต้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้อภิปรายเกี่ยวกับการบ้านที่กลับไปทำ เรื่อง “ฝึกสมาธิเบื้องต้นจากการเคลื่อนไหว และปฏิทินสะสมสิ่งดี ๆ ในชีวิต” มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กันถึงความแตกต่างจากที่เคยทำ คือ เกิดความใส่ใจในกิจกรรมนั้นมากขึ้น มีความ ละเอียดยรอบคอบมากขึ้น ข้อผิดพลาดลดลง เช่น ผู้รับการบำบัดบอกว่า “เดินช้าลง ระวังตัว มากขึ้น” “ลืมกินยาน้อยลง” “ลืมของน้อยลง” ซึ่งแสดงถึงการเริ่มใส่ใจ ตระหนักรู้ กับการฝึกสติที่ ผ่านมา และเมื่อเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้รับการบำบัดทุกคนร่วมกันแสดงความรู้สึกและอารมณ์ของ ตนได้มากขึ้นกว่าครั้งที่ผ่านมา เริ่มบอกความคิดของตนเองได้ชัดเจน ซึ่งในครั้งนี้ ผู้บำบัดเห็น พัฒนาการเรื่องการฝึกสติของผู้รับการบำบัดทุกคน คือ จากการฝึกสติกับลมหายใจ ผู้รับการบำบัด มีความสงบนิ่งกับการทำ และทำได้ยาวนานมากขึ้น จนเมื่อผ่านมาถึงกิจกรรมการพยาบาลครั้งที่ 5 ผู้รับ

การบำบัดทุกคนสามารถฝึกสมาธิด้วยลมหายใจได้ครบกำหนดเวลา คือ 15 นาที ผู้รับการบำบัดเล่าว่า “ในทุกกิจกรรมที่ผ่านมาได้มีการฝึกสติการผัสสะทั้ง 5 คือ การกิน การเคลื่อนไหว การฟัง และการมองเห็น ทำให้สามารถเผชิญกับความคิดด้านลบได้ดีขึ้น จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น”

สำหรับการบำบัดครั้งที่ 6 เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัด ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกสติครั้งที่ผ่านมาทั้งหมด โดยเน้นการพยายามให้สติเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน มีการตระหนักรู้ในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน การทำหน้าที่ของตน ในการบำบัดครั้งนี้ ผู้บำบัดเห็นพัฒนาการการฝึกสติของผู้ป่วยแต่ละคนชัดเจน คือมีความสงบนิ่งกับการทำ และสามารถทำได้เป็นระยะเวลานานขึ้น ผู้รับการบำบัดเล่าว่า “รู้สึกตัวเองนิ่งมาก รู้จักตัวเองมากขึ้น และยอมรับกับสิ่งที่เกิดกับตัวเองได้” และจากการสะท้อนคิดของผู้รับการบำบัดจากข้อคำถามที่ว่า “ถ้าให้ประเมินตัวเอง คุณคิดว่าระดับการรู้สติของคุณอยู่ในระดับใด จากคะแนน 1 ถึง 10 โดยคะแนน 1 หมายถึง ระดับความรู้สึคน้อยที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง ระดับความรู้สึกมากที่สุด” คำตอบ 8 ใน 10 คนของผู้รับการบำบัดให้คำตอบที่ตรงกันว่า “9 คะแนน” ส่วนอีก 2 คน ให้คำตอบ “8 คะแนน” โดยผู้รับการบำบัดให้คำอธิบายเพิ่มเติมว่า “เหมือนเป็นคนใหม่” “นิสัยหลายอย่างเปลี่ยนไป” การบำบัดทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดนิสัยใหม่ มีสติรอบคอบ รับรู้เท่าทันอารมณ์และความคิดของตนเอง และมีการตอบสนองต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองในเรื่องทางลบได้เหมาะสมมากขึ้น ก่อให้เกิดความสงบสุขทางใจอย่างไม่เคยรู้สึกมาก่อน สอดคล้องกับคำอธิบายของ Kabat-Zinn (1990) ดังที่กล่าวถึงการมีสติไว้ว่า สติเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจและเยียวยา สติ เพิ่มพลังแห่งความเป็นอิสระในระบบการคิด การเรียนรู้ที่จะฟังร่างกายของตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติทั้ง 6 ครั้งนี้ เป็นการทำความเข้าใจกับแนวคิดเพื่อพัฒนาสติ ร่วมกันอภิปรายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและใช้กิจกรรมในแต่ละครั้งเพื่อการฝึกสติ กระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โดยผ่านการบ้านในแต่ละครั้ง ทั้งนี้เป็นการสร้างความตระหนักรู้ เกิดความตั้งใจใส่ใจในทุกช่วงขณะ และสามารถเห็นความสำคัญของการนำไปใช้จริงได้แทนวิธีการเดิม ๆ ที่เคยทำเป็นนิสัย ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกฝนจากประสบการณ์จริงในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง สามารถปรับความคิดทางลบไปสู่ความคิดใหม่อย่างมีสติและยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มีสติมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง และการศึกษาของ สมจิตร เสริมทองทรัพย์ (2559) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อน

การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ เมื่อได้เข้าโปรแกรมครบทั้ง 6 ครั้ง ทำให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันความคิดของตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้ปรับความคิดด้านลบไปสู่ความคิดตามความเป็นจริงไม่ปรุงแต่ง ทำให้ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือทำกลุ่มวิธีอื่นแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่า เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์จากการบำบัดนี้ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ลดลงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตรงกับการศึกษาของพรเพ็ญ อารีกิจ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรม และฝึกปฏิบัติโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสตินี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติไปสอดแทรกในเนื้อหา

การเรียนการสอนให้กับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล โดยสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลได้เข้ารับการอบรม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติและการจัดกิจกรรมกลุ่ม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี เป็นต้น

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในครั้งนี้ มีการติดตามผลคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในระยะ 2 สัปดาห์ ดังนั้นควรมีการติดตามคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นระยะต่อ ๆ ไป เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลความคงอยู่ของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ควรศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความผาสุกทางใจ เป็นต้น

3. นักวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปทำวิจัยต่อยอด ขยายผล หรือทดลองใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี เป็นต้น เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นไป

## บรรณานุกรม

- กนกศรี จาดเงิน. (2543). *เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอาณาปนสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2554*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาชลี บุญสอน. (2542). *ผลการฝึกสมาธิที่มีต่อสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทิมา องค์ไฉยมิต. (2545). *จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.น.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2542). *ภาวะเจ็บป่วยทางกายอันเนื่องมาจากปัจจัยทางจิตใจ*. ใน มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์* (หน้า 255). เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉัตรระพี ชิมทิม, เพ็ญภา กุลนภาค และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(4), 79-91.

- ชนิดดา แนบเกษร. (2556). เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 106564 การปฏิบัติการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชาลินี สุวรรณยศ. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อภาวะซึมเศร้า  
ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา  
การศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุลีพร ศรีชัยวานน. (2545). เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการฝึกสมาธิแบบอาณา  
ปนสติ ที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เชาวนี ล่องชูผล. (2547). การศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐิกา ราชบุตร. (2553). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิด  
และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์  
การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดวงใจ กสานครกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ดาวชมพูนาคะวิโร, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ และศิริจิต สุทธจิตต์. (2556). จัดบำบัดด้วยสติ. เชียงใหม่:  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีศิลป์ ไชยบุตร. (2552). รายงานวิจัยกลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิด  
และพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า. สกจนคร:  
งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกจนคร.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2556). สติบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธนรัตน์ พลัฒลาไชย, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรุ่งนภา ภาณิตรัตน์. (2556). การบำบัดโดยใช้  
การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มสุรา: การปฏิบัติตาม  
หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(2), 201-218.
- ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ. (2544). ผลการฝึกสมาธิแนวพุทธและการนวดสัมผัสบำบัดต่อความเครียด  
ของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นพรัตน์ ไทยแท้. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์  
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวพร นาวิสาคร. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อ  
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทิกา ทวีชาชาติ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2540). *จิตเวชศาสตร์ในการปลูกถ่ายอวัยวะ*. ใน สมชาย  
เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *การปลูกถ่ายอวัยวะ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. (2548). *ศิลปะการใช้ยาต้านเศร้า*. กรุงเทพฯ: ทิมส์ (ประเทศไทย).
- บัณฑิต นนทสูติ. (2559). *Complication pre-Liver Transplantation*. ใน ยงยุทธ ศิริวัฒน์อักษร,  
บัณฑิต นนทสูติ, ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล และเจษฎ์ สุกผล (บรรณาธิการ), *HBP Surgery  
2016 Journey beyond mastery Vol.4*. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ตีซิ่ง.
- ปณิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของกลุ่มบำบัดปรับประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประภาพร ประศรี. (2550). *การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดแบบปรับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของ  
วัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปัญญา นันทิกขุ. (2538). *อยู่อย่างไรไม่เป็นทุกข์*. นนทบุรี: เอส.อาร์. พรินติ้ง.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ชันทอง. (2556). *ผลของกลุ่มบำบัดแบบ  
ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต  
ในผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 132-141.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ  
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). (2548). *บอกใจให้มีความสุขกับผลงานชุดธรรมะอ่านง่าย*.  
กรุงเทพฯ: สามลดา.
- พระศรีวิสุทธิกวี. (2550). *สมาธิและการฝึกจิต: การทำสมาธิในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร



- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: พุทธทาสภิกขุ. (2545). *วิธีฝึกสมาธิวิปัสสนาฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุนทรสาส์น.
- ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, สุวิท อินทอง, ขวัญพนมพร ธรรมชัย, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ชาลินี สุวรรณยศ และสรัญญา วรรณชัยกุล. (2551) คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน: มุมมองของผู้ป่วยและญาติ. *European Congress of Psychiatry*, 27(ฉบับพิเศษ 1), 1-11.
- มณี ภิญญโพรพณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน และณภัทร เพชรวีรวงศ์. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3), 235-246.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวช*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุวีชาการพิมพ์.
- มุกดา ศรีรงค์. (2522). ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง*, 23(2), 1.
- บุภาพักย์ รักรณวิวงศ์, กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และชุลีกร ด้านยุทธศิลป์. (2556). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดปรับแนวคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอาณานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลในนิสิตพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 21(1), 41-53.
- รพีพร อ่อนกุล. (2550). *การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพีพรรณ ลาภา. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ว.วชิรเมธี. (2547). *ธรรมะหลับสบาย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สายรุ้งกิจ.
- วราภรณ์ วรรณพิรุณ. (2544). *ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึก  
 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย*.  
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลฤดี กุลธรรมย์. (2534). *ผลของการฝึกสมาธิที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนระดับ  
 ประถมศึกษาชั้นปีที่ 5*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา  
 การแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल. (2548). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ: รู้เขา รู้เรา* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ:  
 หมอชาวบ้าน.
- ศศิธร บัวผัน. (2559). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า  
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
 สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร สวดยิ่ง. (2551). *ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ดูกลมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
 สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ประทุม. (2557). *แบบแผนครอบครัวและรูปแบบการดูแลของครอบครัวที่มีบุตร  
 ปลูกถ่ายดัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทย. (2559). *สรุปรายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ:  
 สภากาชาดไทย.
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. (2557). *เส้นทางที่งดงามแห่งการให้*. กรุงเทพฯ:  
 สภากาชาดไทย.
- สมจิต เสริมทองทิพย์. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อ  
 ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และสวิตตา ชงยศ. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวช*, 25(3), 195-205. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- สุเทพ พรหมเลิศ. (2554). *หนังสือประกอบการเรียนการสอนพระพุทธศาสนา ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ พุทธศักราช 2554 เล่ม 1 พระธรรม*. นนทบุรี: เกท เอ็ดดูเคชั่น.
- โสภิต ทับทิมหิน. (2555). ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 109-123.
- อรพรรณ ทองแดง, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, ประกอบ วิบูลย์สุข, เขียวชัยงามทิพย์วัฒนา, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, สุดสบาย จุลกัทัพพะ และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2545). ความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*, 85(5), 540-544.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2555). ผลของการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 151-164.
- อรวรรณ แพนคง. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1991). *Depression: Cause and treatment*. Philadelphia: University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1997). *Cognitive therapy: Basic sand beyond*. New York: The Guilford Press.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Burt, T., & Ishak, W. W. (2002). *Outcome measurement in mood disorder*. Washington: American Psychiatric Press.

- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry, 187*, 441-453.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(57)*, 414-419.
- Dryden, W., & Golden, W. L. (1987). *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere.
- Fennell, M. J. V. (1990). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clerk (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (pp. 169-234). Oxford: Oxford University Press.
- Grady, K. L., Lanuza, D. M. (2005). Physical functional outcomes after cardiothoracic Transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20(5)*, 43-50.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, M. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Guarino, M., Stracciari, A., D'Alessandro, R., & Pazzaglia, P. (1995). No neurological improvement after liver transplantation for Wilson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica, 92*, 405-8.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Effectiveness of meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943.
- Lewin, K. (2003). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Rodin G, Voshart K (1987). Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill. *Gen Hosp Psychiatry, 9*, 251-8
- Samaneh, M., Vajihe, A, Marjan, S., Soheila, R., & Somayeh, Z. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Conscious Yoga on State and Trait Anxiety and Quality Of Life in Women with Obesity. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research, 2(7)*, 89-97.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Starzl, T. E., Marchioro, T. L., & Von Kaula, K. N. (2013). Hemotransplantation of the liver in humans. *Journal of the American College of Surgeons, 117*, 659-676.

World Health Organization [WHO]. (2011). Global status report on non communicable disease.

Retrieved from <http://www.who.int>

World Health Organization [WHO]. (2014). Liver cirrhosis. Retrieved from <http://www.who.int>

Yalom, J. D. (1995). Theory and practice of group psychotherapy (4<sup>th</sup> ed.). New York: Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |  |  |
|--|--|
| 1. อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล      | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย                  |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์    | อาจารย์ประจำ<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูชู้ ปุณ โณทก | อาจารย์ประจำ<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |



ภาคผนวก ข  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 5 วิธีวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient (ภาวะซึมเศร้า)

	Pre-test	Post-test	Follow up
<i>N</i>			
Valid	20	20	20
Missing	0	0	0
Skewness	-.469	-.338	.048
Std.Error of skewness	.512	.512	.512
Kurtosis	-.716	-.065	-.213
Std	.992	.992	.992
Std.Error of Kurtosis			

พบว่า ทั้งค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับ Critical value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tailed test ค่าที่ได้มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 2 โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ



7. รายได้ต่อเดือน ( ) ไม่เกิน 5,000 บาท  
 ( ) 5,001-10,000 บาท  
 ( ) 10,001-15,000 บาท  
 ( ) 15,001-20,000 บาท  
 ( ) 20,001-25,000 บาท  
 ( ) 25,001 บาทขึ้นไป
8. ภูมิลำเนา ( ) ภาคกลาง ( ) ภาคตะวันออก  
 ( ) ภาคตะวันตก ( ) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
 ( ) ภาคเหนือ ( ) ภาคใต้  
 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
9. สิทธิการรักษาพยาบาล  
 ( ) ราชการ ( ) รัฐวิสาหกิจ  
 ( ) ประกันสังคม ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ( ) เงินสด ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
10. โรคประจำตัว\*.....
11. ระยะเวลาที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ\*.....
12. ภาวะแทรกซ้อน\*.....

หมายเหตุ \*ผู้วิจัยค้นและบันทึกจากเวชระเบียน

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**คำชี้แจง** แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละกลุ่มอย่างละเอียด พิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แล้วเขียนวงกลมรอบตัวเลขหน้าข้อความในแต่ละกลุ่มเพียงข้อความเดียวเท่านั้น

- ข้อ 1      0 ฉัน ไม่รู้สึกซึมเศร้า  
               1 ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางช่วง  
               2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้  
               3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
- ข้อ 2      0 ฉัน ไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต  
               1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต  
               2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป  
               3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้น
- ข้อ 3      0 ฉัน ไม่รู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว  
               1 ฉันรู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ  
               2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด  
               3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
- ข้อ .      .....
- ข้อ .      .....
- ข้อ .      .....
- ข้อ 20     .....
- ข้อ 21     .....

## โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

### **Mindfulness-Based Cognitive Therapeutic Program on Depression in Patients on the Waiting Listed for Liver Transplantation**

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติของ Segal et al. (2002) โดยผสมผสานรูปแบบการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1997) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-based stress reduction) ของ Kabat-Zinn (1990) โดยโปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีภาวะซึมเศร้า ได้เรียนรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ ความคิด และพฤติกรรม รวมทั้งตระหนักรู้ในความคิดของตนเองอย่างมีสติ และอยู่กับปัจจุบันได้มากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ ตามสภาพความเป็นจริง รู้เท่าทันความคิดของตนเอง ทำให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้

#### **กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ป่วยโรคตับทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ลงทะเบียนรอรับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 20 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน

#### **สถานที่ดำเนินการ**

ห้องสอนแสดง อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 26 โซน C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย  
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

---

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวศิริโรรัตน์ แก้ววงดี)



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(กลุ่มทดลอง)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่  
รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-01-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริรัตน์ แก้ววงดี

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ  
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติสอดคล้องกับ  
การศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการวิจัยนี้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 ราย ใช้เวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์  
พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม  
การวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้น ท่านจะได้เข้า  
ร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด  
ปลูกถ่ายตับ ณ ห้องสอนแสดง อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 26 โซน C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกวันศุกร์  
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยใช้รูปแบบ  
การบำบัดรายกลุ่ม มีขั้นตอนและรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้ง ดังนี้ กิจกรรม  
ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นำร่องให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้กับความคิดอัตโนมัติ  
กิจกรรมครั้งที่ 2 เรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การฝึกสติเบื้องต้น กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกสติ  
และการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน กิจกรรมครั้งที่ 4 การกำกับตนเองอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมครั้งที่ 5  
การยอมรับตามที่เป็นจริง กิจกรรมครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้  
และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยท่านจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทาง

ปัญญานบนพื้นฐานของสติ เพื่อนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และมีการประเมินซ้ำอีกครั้งในระยะติดตามผลใน 2 สัปดาห์ต่อมา

**ประโยชน์ที่จะได้รับ** ท่านจะได้รับกิจกรรมลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเองโดยตรง ส่วนผลทางอ้อมคือ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การวิจัยครั้งนี้ อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ได้แก่ การตอบแบบสอบถาม หรือการเข้ากลุ่ม อาจทำให้เกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ ภาวะเครียด และภาวะเศร้าแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะประเมินอาการของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะดังกล่าว จะสอบถามความรู้สึกและให้ประเมินตนเองว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ต่อไปหรือไม่ ถ้ารุนแรงมาก จะพิจารณาให้ยุติการดำเนินกลุ่ม และทำการส่งต่อเพื่อให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป

**การเข้าร่วมวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ** การให้ข้อมูลในแบบสอบถามแบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้ว จะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิด โดยผู้วิจัยเท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากท่านเกิดเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุแก่ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยการถอนตัวของท่าน จะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแลตนเอง หรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวศิริโรจน์ แก้ววงดี ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 094-4235365 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวศิริโรจน์ แก้ววงดี

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ  
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย  
อธิบายจนกว่าจะเข้าใจ ท่านอาจจะขอเอกสารฉบับนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ  
หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น  
เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่  
รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-01-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริโรจน์ แก้ววงศ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ  
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติสอดคล้องกับ  
การศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการวิจัยนี้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 ราย ใช้เวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์  
พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม  
การวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนได้รับ  
การพยาบาลพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ การให้  
คำปรึกษารายบุคคล การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ-อาการแสดง และการประเมินประคอง  
ทางจิตใจ หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ในสัปดาห์ที่ 6 จะได้รับการประเมินภาวะ  
ซึมเศร้าซ้ำ และมีการประเมินในระยะติดตามผลอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ต่อมา

**ประโยชน์ที่จะได้รับ** การวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ โดยผลการวิจัยจะใช้  
เป็นแนวทางในการพัฒนา โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานต่อสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่  
รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

การเข้าร่วมวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ การให้ข้อมูลในแบบสอบถาม  
แบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้ว จะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิด โดยผู้วิจัยเท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากท่านเกิดเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุแก่ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยการถอนตัวของท่าน จะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแลตนเอง หรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวศิริโรจน์ แก้ววงดี ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 094-4235365 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวศิริโรจน์ แก้ววงดี  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจ ท่านอาจจะขอเอกสารฉบับนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

**ภาคผนวก จ**

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ  
Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapeutic Program on Depression in Patients on the Waiting Listed for  
Liver Transplantation

ชื่อนิติ นางสาวศิริรัตน์ แก้ววงศ์

รหัสประจำตัวนิสิต 56920190

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 01 - 2561  
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคตับทั้งเพศชายและหญิง ที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับศูนย์  
ความเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ ในปี พ.ศ.2561 ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 20 ราย สถานที่เก็บ  
รวบรวมข้อมูลคือ คลินิกปลูกถ่ายตับ แผนกผู้ป่วยนอก และห้องสอนแสดง ศูนย์ความเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่าย  
อวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

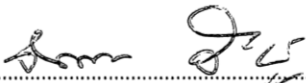
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อ ไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๒๒๐๖/ ๐๗๐๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวศิริโรรัตน์ แก้ววงดี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผล  
ของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ”  
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก  
กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคตับทั้งเพศชายและหญิง ที่ลงทะเบียนรอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกับศูนย์ความเป็น  
เลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน ๒๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑  
เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

2/๕๕๐๘

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา