

ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MINDFUL SELF-COMPASSION TRAINING PROGRAM ON DEPRESSION
IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Miss Jindamas C-Maharsujchakuen



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นางสาวจินตมาศ ชีมหาสัจคุณ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

จินตามาศ ชิมหาสัจคุณ : ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF MINDFUL SELF-COMPASSION TRAINING PROGRAM ON DEPRESSION IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 175 หน้า.

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด คือ 1) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรุนแรงคิดต่อสถานการณ์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความรุนแรงคิดต่อสถานการณ์ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777305236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MINDFUL SELF-COMPASSION / DEPRESSIVE SYMPTOMS / DEPRESSIVE DISORDER

JINDAMAS C-MAHARSUJCHAKUEN: THE EFFECT OF MINDFUL SELF-COMPASSION TRAINING PROGRAM ON DEPRESSION IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER.

ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 175 pp.

This research is a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were to compare: 1) depressive symptoms of patients with depressive disorder before and after received mindful self-compassion training program, and 2) depressive symptoms of patients with depressive disorder who received mindful self-compassion training program and those who received regular nursing care. The samples of 40 patients with depressive disorder, who met the inclusion criteria, were receiving services in out-patients department, Bang Bua Thong Hospital. They were matched-pairs by sex and severity of depression and then randomly assigned to either the experimental or control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the mindful self-compassion training program, while the control group received the regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) the experimental tool is mindful self-compassion training program, 2) data collection tools including demographic data form and Beck Depression Inventory Scale (BDI), and 3) the experimental monitoring tool is Ruminative Response Scale. The content validity of all instruments had verified by 5 professional experts. The Beck Depression Inventory Scale (BDI), and the Ruminative Response Scale had Cronbach's Alpha reliability as of .87 and .84, respectively. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than that before at the .05 level;

2) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than those who received regular nursing care at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลาอันมีคุณค่า ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอุตสาหะ พยายามทำการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และความเสียสละที่ท่านได้มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คุณศิริลักษณ์ เฟื่องฟู ที่ให้ความอนุเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมในการวิจัย รวมถึงขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน หัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆพยาบาลหอผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลบางบัวทองและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสาร ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของบิดา คุณพ่อกิตติคุณ ชิมหาสัจคุณ ผู้ที่คอยอบรมสั่งสอน ให้มีความเข้มแข็งและมีความมุ่งมั่น และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว รวมถึงทีมงานอริยะ และชมรม wisdom of the world ที่คอยช่วยเหลือ และเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมุติฐานการวิจัย	15
ขอบเขตการวิจัย	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และระบาดวิทยา	21
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	32
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความกรุณาตนเอง และการเจริญสติ.....	38
4. แนวคิดทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติ การหมกมุ่น ครุ่นคิด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	42
5. การประยุกต์โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	63

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	116
สรุปผลการวิจัย.....	119
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะ	129
รายการอ้างอิง.....	132
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	141
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง.....	143
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	147
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	161
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	170
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	175

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาจากการประยุกต์โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ด้วยการเจริญสติ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า.....	51
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่ก่อนการทดลอง แบ่งตามเพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และระดับอาการซึมเศร้า.....	64
ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ด้วยการเจริญสติ.....	79
ตารางที่ 4 คะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และผลต่างของคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์.....	97
ตารางที่ 5 ระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	99
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	104
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา.....	105
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม รายได้เฉลี่ย/ เดือน ความเพียงพอ ของรายได้เฉลี่ย/ เดือน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ.....	106
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ ในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย.....	107
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า การรักษาที่ได้รับ และประวัติการใช้สารเสพติด.....	108
ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ประวัติเคยฝึกการเจริญสติ และการฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน.....	109
ตารางที่ 12 คะแนนและระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	110
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง (n = 20).....	112
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)	113

ตารางที่15 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	114
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะ หลังการทดลอง (n = 40).....	115



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 โครงสร้างหลักของพระไตรปิฎก และเหตุแห่งการล้มสลาย.....	44
ภาพที่ 2 การจับคู่การทำงานของชั้น 5.....	45
ภาพที่ 3 หลักการที่ทำให้เห็นการทำงานของวิญญาน.....	46
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	60
ภาพที่ 5 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	101



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในปัจจุบันรวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO 2017) ได้ประมาณการจากข้อมูลช่วงปี 2000 ถึงปี 2015 ที่มีประชากรกว่า 300 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลรายงานถึงอัตราความชุกของโรค (prevalence rate) ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมทั้งรายเก่าและรายใหม่ คิดเป็นอัตราร้อยละจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศเกาหลีมีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 และ 2.9 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และข้อมูลล่าสุดพบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 30.4 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2559)

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีประชากรไทยถึง 1.5 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบเป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน คือ 25-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62 (ประภาส อุครานันท์, 2560) อีกทั้งข้อมูลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งล่าสุด พบความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วย Major Depressive Disorder ร้อยละ 1.8 หรือประมาณ 937,894 คน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า (Incidence Rate) ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557-2558 ดังนี้ อัตราที่พบในประชากรไทยทั้งประเทศ คือ 489 และ 643 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับจังหวัดนนทบุรีพบในอัตรา 766 และ 639 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในอำเภอบางบัวทองพบในอัตรา 444 และ 474 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ข้อมูลในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลบางบัวทอง ปี พ.ศ. 2557 - 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด 776 และ 723 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 419 และ 393 คน คิดเป็นร้อยละ 53.99 และ 54.36 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20 - 59 ปี จำนวน 303, 360 คน คิดเป็นร้อยละ 72.32 และ 91.60 ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลบางบัวทอง, 2559)

โรคซึมเศร้า (Depression or Major Depressive Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สอดคล้องกับมานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการทั้งทางด้านอารมณ์ เช่น หดหู่ รู้สึกเศร้า อาการด้าน neurovegetative เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการด้าน psychomotor เช่น อาการเชื่องช้า ซึม และอาการด้าน cognition เช่น สมาธิแย่ลง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ เป็นต้น ส่วน Beck (1967) กล่าวว่าผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีรูปแบบความคิดในทางด้านลบ 3 ลักษณะ คือ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อประสบการณ์ และความคิดทางลบต่ออนาคต มีได้หลายระดับตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้แต่ยังอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข

สมภพ เรืองตระกูล (2557) ได้กล่าวถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของ DSM-V ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย อย่างน้อย 5 ข้อ ต่อไปนี้ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อยหนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ดังนี้ 1) มีอาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน 2) ความสนใจ หรือความเพลินใจลดลง 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ 5) กระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ และ 9) มีความคิดอยากตาย คิดการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ดังที่มานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำสูง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดที่เหมาะสมจะยังมีอาการซึมเศร้าคงอยู่ และอาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการป่วยด้วยโรคนี้ และเกิดภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ จนส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว รวมถึงกลายเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมของระดับประเทศ โดยโรคนี้ถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่ก่อให้เกิดภาระโรค (Burden of disease) ในอันดับต้นๆ ดังที่องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความบกพร่องระดับโลก (world disability) สูงเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (WHO, 2001) และคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อภาระโรค (disease burden) มากที่สุดในปี ค.ศ. 2030

(WHO, 2008) อีกทั้งพบว่า ในปี ค.ศ. 2015 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 7.5 เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability: YLD) (WHO, 2017) นอกจากนี้ World bank group and WHO (2016) รายงานว่าโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียทางเศรษฐกิจของ ทั่วโลกประมาณ 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี ค.ศ. 2030

ผลกระทบดังกล่าวข้างต้นก็เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2557) พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability: YLD) สูงเป็นอันดับที่ 1 ของผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย เนื่องจากทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (ประภาส อุครานันท์, 2560) นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่มีการกลับเป็นซ้ำสูงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังผลการศึกษาของ พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีโอกาสกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 38.6

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ในวัยผู้ใหญ่ยังพบว่ามีในเรื่องของการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงเรื่อง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) เช่น มีประวัติของคนในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือทางพันธุกรรม (genetic factors) ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท และฮอร์โมน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factor) เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (พลวัตทางจิต intrapsychic or psychodynamic factor) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึกผิด (cognitive factor) การรับรู้ความเครียด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การจัดการสิ่งเร้าภายในจากการประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (repeated failures and disappointments) ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความคิดในลักษณะการย่ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ จนทำให้ความเพลิดเพลินใจลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น (behavioral factor) และสัมพันธ์ภาพและสังคม เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม (interpersonal and social factors) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สุทธานันท์ ชุนแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า ความคิดแบบ “หมกมุ่นครุ่นคิด” (ruminative thought) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดย Nolen-Hoeksema (1991, 2000) กล่าวถึงทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the

response styles theory) ซึ่งระบุว่า “ruminative thought” ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยความคิดในรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือ มีการคิดแบบยึดติด คิดหมกมุ่น หรือ คิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไข ปัญหาแต่อย่างใด ความคิดในลักษณะนี้จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky (2008) และ Watkins (2008) ที่พบว่า ruminative thought เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่ และอาการที่คงอยู่แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วในผู้ป่วยรายเก่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gamefski, Legerstee, Kraaij, Van den Kommer and Teerds (2002) ที่พบว่า ruminative thought เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดอาการซึมเศร้า และ Papageorgiou and Wells (2004) ที่พบว่าความคิดในรูปแบบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอาการซึมเศร้าคงอยู่หรือเกิดการกำเริบซ้ำได้ และสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตที่จะเกิดขึ้นได้

แม้ว่า ruminative thought จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่อธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theorists) ของ Beck (1967) ซึ่งกล่าวว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบเพียงการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557) ซึ่งมีการนำปัญหา ruminative thought มาอธิบายกลไกการเกิดอาการซึมเศร้า และเสนอแนวทางการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการจัดการกับความคิดในลักษณะนี้โดยใช้การปรึกษาแนวพุทธธรรม ซึ่งผู้วิจัยสนใจแก้ไขปัญหารuminative thought ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ และพบว่าแนวคิด “ความกรุณาตนเอง” (self-compassion) ของ Neff and Germer (2013) สามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขรูปแบบการตอบสนองซึ่งเป็นความคิดด้านลบนี้ได้และส่งผลให้อาการซึมเศร่าลดลง (Raes, 2011) โดยมีข้อมูลหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดรูปแบบนี้สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผล เช่น Van Dam, Sheppard, Forsyth and Earleywine (2011) ใช้การบำบัดเพื่อเพิ่มความกรุณาตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และแคนาดา พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร่าลดลง อีกทั้งพบว่าความกรุณาตนเองเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ดีที่สุด นอกจากนี้ Gilbert, McEwan, Catarino and Baião (2014) พบว่าความกลัวที่จะให้ความกรุณาต่อตนเองทำให้บุคคลเกิดการวิพากษ์ วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง และพบว่าอาการซึมเศร่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกรุณาในตนเอง ดังนั้น ผลการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจึงได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่าความกรุณาตนเองเป็นเป้าหมายของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับคนที่ทุกข์ทรมานจากมุมมองของตัวเองในแง่ลบ ดังเช่นรูปแบบความคิดในลักษณะ “ruminative thought” ที่

เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Neff and McGehee, 2010) สอดคล้องกับผลสรุปจากการศึกษาของ Macbetha and Gumleya (2012) ซึ่งทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดตามแนวคิดความกรุณาตนเอง พบว่าการบำบัดตามแนวคิดนี้มีอิทธิพลขนาดใหญ่ (a large effect size) ในการลดอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

Neff (2003, 2012) กล่าวว่า ความกรุณาตนเอง (Self-compassion) เป็นแนวคิดทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การที่บุคคลเปิดและยอมรับเรื่องต่างๆ ของตนเอง การมีทัศนคติแบบเข้าใจและไม่ตัดสินเรื่องความล้มเหลวของตน และการยอมรับว่าประสบการณ์ของคนเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ต่างๆ ใดในชีวิตมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเมตตาต่อตนเอง (Self - kindness) เป็นการต่อสู้กับการตัดสินตนเอง โดยทำความเข้าใจตนเองด้วยความเมตตามากกว่าการวิพากษ์ วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง 2) เข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน (perception of common humanity) เป็นการต่อสู้กับการแยกตัว ด้วยการมองประสบการณ์ของตนเองว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ปุถุชนทั่วไปก็ประสบได้ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่แปลกแตกต่างจากผู้อื่น และ 3) การเจริญสติ (Mindfulness) เป็นการต่อสู้กับการตีความมากเกินไปจนเป็นจริงที่เรียกว่า “over-identification” ซึ่งเป็นปฏิกิริยาหนึ่งของอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการยอมรับความคิดและความรู้สึกเจ็บปวดอย่างมีสติมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือการตีความมากกว่าความเป็นจริง

เนื่องจากการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาตนเองให้เกิดความกรุณาตนเอง ดังนั้น ในระยะต่อมา Neff and Germer (2013) จึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีการนำการเจริญสติมาเป็นขั้นตอนหลักในการบำบัดที่ชัดเจนขึ้น และเรียกชื่อโปรแกรมการบำบัดในรูปแบบนี้ว่า “The mindful Self-Compassion Program” ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกการเจริญสติ (mindfulness) ไม่ว่าจะด้วยการกำหนดลมหายใจ หรือการรับรู้อิริยาบถ จะทำให้บุคคลสามารถดึงตัวเองมาสู่การอยู่กับปัจจุบัน เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งอารมณ์ ความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดขึ้น อีกทั้งช่วยปรับทัศนคติให้มีการตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเองลดลง และเกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น และเมื่อบุคคลได้มีการฝึกฝนการเจริญสติบ่อยๆ จะทำให้ตระหนักในตนเอง และสามารถมองเห็นตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความคิดซ้ำๆ ด้านลบ (ruminative thought) ก็จะเกิดการตระหนักรู้ โดยไม่ตัดสิน แต่มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ มีความสมเหตุสมผล และให้อภัยตนเอง ซึ่ง Neff and Germer (2013) สนับสนุนว่าการเจริญสติ (mindfulness) นอกจากจะเป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญของทุกๆ กิจกรรมที่ทำให้เกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) แล้ว ในขณะเดียวกันยังเป็นองค์ประกอบหลักของ Self-compassion ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นด้วย

จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิด ความกรุณาตนเอง (Self-compassion) มาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ โดยในต่างประเทศมีข้อมูลหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อเพิ่มความกรุณาตนเอง สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผล เช่น Van Dam, Sheppard, Forsyth and Earleywine (2011) ใช้การบำบัดตามแนวคิดนี้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และแคนาดา พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจนำแนวคิดนี้มาใช้ในการบำบัดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในประเทศไทย เนื่องจากความกรุณาในตนเองจะมีความเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กับคุณลักษณะทางวัฒนธรรมของประชาชนชาวไทย ที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีหลักคำสอนถึงความกรุณาทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความกรุณาตนเองในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของประเทศสหรัฐอเมริกา ไทย และได้หวั่น พบว่านักศึกษาของไทยมีการรับรู้ความกรุณาตนเองในระดับสูงสุด (Neff, Pisitsungkagarn and Hsieh, 2008) นอกจากนี้ Gilbert (2009, 2010) ได้ใช้การบำบัดในรูปแบบนี้กับกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลกลางวัน (Day care hospital) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยนอกแล้วพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง

เนื่องจาก Neff and Germer (2013) ได้มีการนำการเจริญสติตามแนวทางในพระพุทธศาสนาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้คนเกิดความกรุณาตนเอง และมีอาการซึมเศร้าลดลงในที่สุด ประกอบกับผลการศึกษาของ Neff, Pisitsungkagarn and Hsieh (2008) ดังข้างต้นที่พบว่านักศึกษาของไทยมีการรับรู้ความกรุณาตนเองในระดับสูงสุด ผู้วิจัยจึงนำหลักของพระพุทธศาสนาใช้ในการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวคือ ทางพุทธศาสนาได้กล่าวถึงโครงสร้างหลักของมนุษย์ (fundamental human) ว่ามนุษย์คือ รูปที่มีวิญญาณครอง (body control by consciousness) ประกอบด้วยหมวดธรรมที่เรียกว่าขั้น 5 (5 category) จึงเห็นได้ว่าอาการของโรคซึมเศร้า (depressive symptoms) เกิดจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีการใช้วิญญาณควบคุมความคิดที่ผิดพลาด (ruminative thought) ที่เรียกว่า อวิชชา (ignorance) รวมทั้งการควบคุมร่างกายที่เรียกว่า รูป ในการเลือกสถานที่อยู่และสิ่งทีบริโภคไม่ว่าจะเป็นอาหาร เครื่องดื่ม รวมทั้งอากาศที่หายใจที่เรียกว่า กวฬิงการาหาร ส่วนความคิดที่ผิดพลาดนั้น (ruminative thought) ก็คือการใช้วิญญาณในการใช้ เวทนา สัญญา สังขาร ในส่วนที่เหลือของขั้น 5 อย่างไม่เป็นระบบ (ดังคำที่ว่า ตีขั้น 5 แยกขั้น 5 ได้ บริหารจัดการขั้น 5 เป็น นิพพาน (ความสุขสูงสุด) เป็นที่หมาย

ดังนั้น ในการช่วยให้คนเกิดความกรุณาตนเอง (self-compassion) จำเป็นต้องมีความเมตตาตนเอง (self-kindness) เป็นพื้นฐาน โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการความคิดตัวเองอย่างเป็นระบบ เพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) ที่นำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจในอาการป่วยของ

ตนเอง (perception of common humanity) ด้วยวิธีเมตตาตนเอง (self-kindness) จากนั้นพัฒนาไปสู่การเกิดความกรุณาตนเอง (self-compassion) ด้วยวิธีดับทุกข์ที่เรียกว่า สมถภาวนา (concentration development) โดยใช้หลักการนั่งสมาธิ (meditation) เพื่อลดอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยบริหารจัดการความคิด เพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยใช้สติ (mindfulness) ในการควบคุมสิ่งที่จะเข้ามาในความคิด (เวทนา) รวมทั้งบริหารจัดการความคิดที่มีอยู่เดิม (สัญญา) ว่าความคิดใดที่คิดแล้วไม่สามารถหาคำตอบได้ (วิตกที่วิจารณ์ไม่ได้) ก็ให้ระวางด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่า สังวรปธาน (ในการใช้เวทนา และจิต ในมหาสติปัฏฐาน 4) รวมทั้งให้ทั้งความคิดที่เคยมีอยู่เดิม (สัญญา) ที่ไม่สามารถหาคำตอบได้ ด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่า ปหานปธาน (ในการใช้ธรรม ในมหาสติปัฏฐาน 4) ซึ่งการนำหลักทางพุทธศาสนาอธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าว ช่วยชี้ให้เห็นว่าการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองให้เสมือนหนึ่งเป็นหมอที่รักษาความหมกมุ่นครุ่นคิด และอาการซึมเศร้า ได้ด้วยตัวเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ในที่สุด (กิตติคุณ ชิมหา สัจคุณ, 2560)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ด้วยการประยุกต์จาก โปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ตามแนวคิดของ Neff and Germer (2013) เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดที่มุ่งเน้นแก้ไขรูปแบบการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative thought) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน และเกิดการยอมรับ ไม่ตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง แต่มองตนเองด้วยความเมตตา เข้าใจและยอมรับตนเอง (self-kindness) ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยว แต่มองเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชน รับรู้ประสบการณ์ที่มีว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (common humanity) และมีสติระลึกรู้ตัว อยู่เสมอ (mindfulness) คือ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ก็จะเกิดการรับรู้และเข้าใจ ไม่ไปผูกเชื่อมโยงหรือจมดิ่งไปกับความหมกมุ่นครุ่นคิดนั้น โดยขาดหลักการใช้เหตุผล โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยคาดว่า การบำบัดในรูปแบบนี้น่าจะเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และช่วยให้ผู้ป่วยมีความกรุณาต่อตนเองมากขึ้น มีความคิดยึดติด คิดหมกมุ่น หรือ คิดวนเวียนอยู่กับความคิด ด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ลดลง จนส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ หรือไม่
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the response styles theory of depression) ของ Nolen-Hoeksema (1991, 2000) อธิบายว่า การหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) เป็นรูปแบบความคิดของบุคคลซึ่งมุ่งไปที่ความรู้สึกทางลบของตนเอง และคิดวนเวียนย้อนกลับไปกลับมาอยู่อย่างนั้น โดยบุคคลที่ใช้การตอบสนองในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดนี้ มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนอารมณ์เชิงลบให้กลายเป็นอารมณ์เศร้าที่ยาวนานขึ้น จึงพบว่าการหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) เป็นปัจจัยภายในตัวของบุคคลที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า (Garnefski et al., 2002) สอดคล้องกับ Neff (2003) ที่พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ผ่านตัวแปรกลางคือการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) และจากการศึกษาของ Gilbert and Irons (2005) พบว่าความรู้สึกอับอาย (Shame) และความรู้สึกด้อยค่า (inferiority) ทำให้บุคคลเกิดความมุ่งสนใจไปที่ตัวการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) มีผลต่อความรู้สึกของตนเอง การคิดลักษณะแบบนี้มีผลเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าแบบหมกมุ่นครุ่นคิด (Depressive ruminative) หากมีความคิดยึดติดจะทำให้บุคคลมีรูปแบบการคิดแบบคิดวนเวียนในการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Ruminative Self-Critical style) เพิ่มความอ่อนแอให้กับบุคคลและทำให้จัดการได้ยากขึ้น สอดคล้องกับ Gilbert & Irons (2005) ที่กล่าวว่า การวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสถิติกับความรู้สึกอับอาย และทำให้บุคคลมีความอ่อนแอทางจิตใจ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการป่วย

ซ้ำตามมา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Skoda (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาตนเอง (self-compassion) กับ อาการซึมเศร้า (depression) และการให้อภัยผู้อื่น (forgiveness) ผลการศึกษาพบว่าความกรุณาตนเอง (self-compassion) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความกรุณาตนเอง (Self-Compassion Scale) ในหัวข้อย่อยเรื่องการแยกตัว (Isolate) มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับความหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งพบว่าการแยกตัว (Isolate) และการหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) เป็นตัวแปรอิสระที่ทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง (ruminative thought) เป็นสาเหตุสำคัญของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบว่าความคิดในลักษณะนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกรุณาตนเอง (self-compassion) (Neff and Beretvas, 2013) ดังที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติเพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยการประยุกต์จาก โปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ตามแนวคิดของ Neff and Germer (2013) เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของความกรุณาตนเอง ได้แก่ 1) เมตตาต่อตนเอง ไม่ตัดสินหรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง 2) เข้าใจความเป็นมนุษย์ ว่าประสบการณ์ที่เจอกับภาวะความทุกข์ยากลำบาก ความผิดหวัง ความผิดพลาด เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนทั่วไปทุกคนก็ต้องพบเจอได้ ไม่ใช่ตนเพียงคนเดียว และ 3) การมีสติระลึกตัวอยู่เสมอ เพื่อควบคุมอารมณ์และการแสดงออกให้เป็นปกติ ไม่ตีความสิ่งที่เกิดขึ้นเกินจริง หรือยึดติดกับอารมณ์ ความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นจนทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและควบคุมรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความหมกมุ่นครุ่นคิดยึดติดด้านลบ (ruminative thought) ได้ดีขึ้น (Raes; 2010, 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gilbert (2009) ที่พบว่า การเพิ่มความกรุณาตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีการหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองลดลง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องสอดคล้องความเป็นจริงมากขึ้น และการมีสติ (Mindful) ยังเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้คนเกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ซึ่งส่งผลให้ ความหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบ (Ruminative thought) ลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร่าลดลงได้ (Neff, 2003, 2012, 2013; Sears and Kruaus, 2009) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำแนวทางของพุทธศาสนาใช้ในการอธิบายกลไกและความเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นระหว่างปัจจัยต่างๆ ภายในโปรแกรมนี้

โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 90 นาที

ประกอบไปด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะความกรุณาตนเอง การเจริญสติ การจัดการความหมกมุ่น ครุ่นคิดด้านลบ การจัดการกับอารมณ์ และการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งการบำบัดในแต่ละ ครั้งคาดว่าจะส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อธิบายได้ตามแนวคิดของ Neff and Germer (2013) และ แนวทางของพุทธศาสนา ว่าด้วยการบริหารจัดการขั้น 5 ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้น (Doona, 1979) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการและแนวทางการบำบัด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว (White and Freeman, 2000)

หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว ผู้วิจัยจะใช้เวลาที่เหลือประมาณ 60 นาทีในการให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 30 นาที และความรู้เรื่องความกรุณาตนเอง 30 นาที เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับความคิด สอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the response styles theory of depression) ของ Nolen-Hoeksema (1991, 2000) รวมถึงวิธีการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตนได้ดีขึ้น เกิดความมั่นใจ เกิดกำลังใจ ร่วมมือรับการบำบัดอย่างจริงจัง มีทางเลือกสามารถวางแผนแก้ไขปัญหของตนเองได้ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญกับการร่วมมือในการรักษาและการตอบสนองการรักษา (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) จากนั้นเป็นการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (self-compassion) ใช้เวลา 30 นาที เป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีเข้าใจถึงองค์ประกอบที่สำคัญทั้ง 3 อย่างของความกรุณาตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาความกรุณาตนเองต่ออาการซึมเศร้า ทั้งนี้จากการที่ผู้ป่วยได้รับทราบว่าสมาชิกกลุ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเหมือนกับตนช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อับอายหรือเกิดตราบ

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยถูกปลุกขึ้นจากอาการป่วยและเข้าใจความเป็นมนุษย์ โดยหลักธรรมคือ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้จักการใช้ขั้น 5 นั่นคือ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงระดับคะแนนอาการซึมเศร้าของตนเอง เกิดความเข้าใจยอมรับในตนเองที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชนว่าทุกคนก็สามารถเป็นได้ ไม่ใช่สิ่งที่แปลกไปจากคนอื่น

2. การให้ความรู้และการเจริญสติ (Mindfulness) ด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งตามแนวคิดของ Neff (2003) และ Neff and Germer (2013) การเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) กิจกรรมนี้จะช่วยเพิ่มความกรุณาตนเอง ในองค์ประกอบที่ 1 คือ ความเมตตาต่อตนเอง (Self-kindness) และองค์ประกอบที่ 3 คือการเจริญสติ (Mindfulness) มีการดำเนินการประกอบด้วยการอธิบายถึงความหมายของการเจริญสติด้วยการทำสมาธิและประโยชน์ของการเจริญสติ โดยการฝึกให้อยู่กับปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ตนเองและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นและดำเนินต่อไปในปัจจุบัน โดยให้บุคคลใส่ใจอยู่กับ ลมหายใจ การหยุดความคิด การจัดการกับความคิด การจัดการกับความกังวล ซึ่งการตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจุบันเป็นหัวใจของการฝึกสติ ให้ถือกำหนดลมหายใจให้อยู่กับปัจจุบัน การสอนการเจริญสติขั้นพื้นฐานโดยการนั่งสมาธิแบบเมตตาภาวนา (loving-kindness meditation) สอนฝึกกำหนดลมหายใจ ให้มีสติระลึกถึงกับลมหายใจของตนเอง และการระลึกถึงตนเอง การฝึกภาวนาโดยมอบความปรารถนาดีถึงตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boellinghaus, Jones and Hotton (2012) ที่ศึกษาผลของการเจริญสติและการนั่งสมาธิแบบเมตตาภาวนา (loving-kindness meditation) ในกลุ่มประชากรปกติ ผลการศึกษาพบว่าเพิ่มความกรุณาตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางพระพุทธศาสนากล่าวถึงเจริญสติแบบเมตตาภาวนาว่าช่วยเพิ่มความรักความเมตตาต่อตนเองในยามที่ตนประสบกับความทุกข์ทรมาน (Suffering) และเพิ่มความรักให้ตนเอง พร้อมทั้งมีการค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองอยู่ในระดับใดและเกิดจากอะไร เพื่อให้สามารถแยกความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนให้ลดลง และส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงตามมา (Neff and Germer, 2013)

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเจ็บป่วยของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุอาการซึมเศร้า และฝึกการใช้สติด้วยการนั่งสมาธิเป็นจุดเริ่มต้น และเริ่มฝึกการกรุณาตนเองด้วยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน (สมถภาวนา)

3. การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน สอนการเจริญสติที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยทั่วไปจะมีประสบการณ์ทางลบต่อตนเองไม่ตี และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่เผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือคิดเกินจริง และตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออาการซึมเศร้าใน

อนาคตการฝึกการเพิ่มความกรุณาตนเอง (Cultivating Self-compassion) เพิ่มองค์ประกอบด้านความเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) โดย Neff and Germer (2013) กล่าวว่ายามที่รู้สึกเศร้าเสียใจ บุคคลควรกอดตนเองหรือโยกตัวไปมาเบาๆ ทั้งนี้กายภาพของร่างกายจะตอบสนองและรับรู้ได้ถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อตนเอง และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยฝึกด้วยเทคนิคนี้เมื่อยามที่ตนรู้สึกเศร้าโศกหรือเสียใจ พัฒนาวิธีการจัดการปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการใช้สติ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เกิดการตระรู้ สามารถแยกความรู้สึกออกจากความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมของตนเอง

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้การฝึกฝนในขั้นตอนที่ 2 ถูกต่อยอดให้มองเห็นโทษของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งจะนำมาซึ่งสาเหตุอาการซึมเศร้า และเกิดการชั่งน้ำหนักทางความคิดและมีสติในการคิดที่จะเมตตาตนเอง (การเริ่มใช้ปัญญาโดยใช้หลักการเริ่มต้นวิปัสณาภาวนา)

4. การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง ใช้เวลา 90 นาที จากการศึกษาของ Fredrickson et al (2008) และคณะแนะนำว่าการฝึกให้เกิดความกรุณาตนเองนั้นประกอบด้วยการฝึกเจริญสติโดยมีการฝึกสมาธิร่วมกับเมตตาภาวนา อีกทั้งการศึกษาของ Sears และ Kraus (2009) พบว่าการฝึกสมาธิร่วมกับเมตตาภาวนา (LKM) เป็นเทคนิคที่ช่วยเพิ่มความกรุณาตนเอง และฝึกให้ผู้ช่วย ทบทวนการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการใช้กลุ่มคำพูดกับตนเอง ในยามที่เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองขึ้น ซึ่ง Neff (2011) กล่าวว่าบุคคลหนึ่งอาจกำลังคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองโดยไม่ทราบว่าคุณกำลังคิดเช่นนั้น กิจกรรมนี้จะสอนให้ผู้ช่วยสังเกตภาษาของคนที่คิดหรือพูดวิพากษ์วิจารณ์ต่อตนเองเมื่อประสบความล้มเหลว ความทุกข์ทรมานหรือความไม่พึงพอใจต่างๆ และให้ผู้ช่วยเลือกพูดกับตนเองโดยใช้กลุ่มคำเข้าไปแทน พร้อมทั้งความสุขสบายจากการวางท่าทางของร่างกาย (Comfort yourself with a physical gesture) ซึ่ง Neff (2011) โดยให้วางท่าทางอย่างสุขสบายเพื่อช่วยให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกสงบ (Parasympathetic system) เช่น การนั่งในท่าสบายๆวางมือไว้บนหน้าอกข้างซ้ายหรือการวางมืออย่างสบายๆ และการท่องกลุ่มคำที่เพิ่มความกรุณาตนเอง (Memorize a set of compassionate phrases) โดยใช้วลีพูดกับตนเองเมื่อยามที่ประสบความหวาดกลัว ความทุกข์ทรมาน วิตกกังวลหรือเศร้าหมอง เช่น ขณะนี้ฉันกำลังมีทุกข์ ความทุกข์ทรมานที่พบเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ขอให้ฉันพบความสุขและมีความปลอดภัย ขอให้พ้นความทุกข์ทรมานเป็นต้น โดยให้ผู้ช่วยคิดกลุ่มคำหรือประโยคที่ใช้พูดกับตนเองในยามที่ประสบความทุกข์ทรมานหรือความยากลำบากจำนวน 5 วลีร่วมกับการวางท่าทางของตัวอย่างสบาย

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้เกิดการใช้สติแบบต่อเนื่อง และเพิ่มความกรุณาตนเอง เริ่มมองเห็นคุณและโทษของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เป็นต้นเหตุของอาการซึมเศร้า ด้วยการกรุณาถึงวิถีคิดเดิมๆ โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน ทำให้เห็นความคิดที่มีการใช้สติอย่างต่อเนื่อง เป็น

กระบวนการของวิตก และมีวิจารณ์ ผลที่ได้จะนำมาซึ่ง ปิติ และความสุข และมองเห็นโทษการหมกมุ่นครุ่นคิดนั้นเป็นวิตก ที่ไม่มีข้อสรุปหรือไม่มีการวิจารณ์ นั่นเอง ความทุกข์จึงเกิด และเป็นต้นเหตุแห่งอาการซึมเศร้า

5) การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด เนื่องจากความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคิดวนเวียน (Rumination) (Neff, 2011; Neff, Kirkpatrick and Rude, 2007; Raes, 2010) โดยความคิดลักษณะนี้จะเป็นตัวแปรกลางที่ส่งผ่านระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้า การคิดแบบวนเวียนส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า กิจกรรมนี้ใช้เวลา 90 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการครุ่นคิด (ruminative thought) อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า กิจกรรมนี้ช่วยผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดการครุ่นคิด กิจกรรมนี้ประยุกต์จากการวิเคราะห์ Function analysis ของแนวคิด compassion Focused therapy ของ Gilbert(2009, 2010) ประกอบด้วย 1) ให้ผู้ป่วยสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้เกิดความครุ่นคิด(Rumination) 2) ให้ผู้ป่วยสังเกตว่าความคิดเกิดขึ้นเมื่อใดวันเวลา ระยะเวลาการเกิดและผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมใดเมื่อเกิดการครุ่นคิด 3) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา (consequences) เมื่อเกิดการครุ่นคิด 4) ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการครุ่นคิดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 5) เขียนจดหมายถึงตนเองเพื่อสร้างความกรุณาตนเอง และฝึกสติ (mindfulness) ทบทวนให้ผู้ป่วยได้นำทักษะการเจริญสติที่ได้ฝึก มาเชื่อมโยงใช้กับประสบการณ์การมีสติกับความคิด เมื่อเกิดความครุ่นคิดก็รู้ความคิดที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Segal et al.(2002) ที่ทดลองการฝึกเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าช่วยลดการครุ่นคิดที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (depressive rumination)

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้เป็นการต่อยอดที่กล่าวไว้ในกระบวนการที่ 4 ข้างต้น โดยเปลี่ยนการใช้สติตามรู้รูปแบบหนึ่ง เป็นการฝึกตามรู้รูป ซึ่งต่างจากกระบวนการที่แล้ว ซึ่งเป็น การตามรู้นาม จะทำให้เกิดการเริ่มต้นกระบวนการใช้วิปัสณาภาวนา

6) การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก กิจกรรมนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอารมณ์เศร้าและความคิดวนเวียนซ้ำไปซ้ำมาในเรื่องเดิมๆ การที่ผู้ป่วยจะหยุดคิดหรือหลุดออกจากอารมณ์เศร้าด้วยสติอย่างเดียวทำได้ค่อนข้างยาก การเบี่ยงเบนทางอารมณ์จะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอารมณ์เศร้าได้ชั่วคราว(พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) การเบี่ยงเบนอารมณ์โดย การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฝึกหายใจ การเปลี่ยนแปลงความคิดโดยการรู้ ลมหายใจ ทำทุกครั้งที่ได้รับรู้ว่ากำลังหมกมุ่นกับความคิดหรือการรับรู้ว่ามีอารมณ์เศร้า โดยกิจกรรมนี้ผู้ บำบัดจะสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้ป่วยฝึกการเจริญ

สติโดยการปล่อยวางไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกด้านใดเข้ามา เรื่องความหมกมุ่นครุ่นคิดเข้ามาและทำให้เกิดอารมณ์ ก็ให้ปล่อยวาง Neff and Germer (2013)

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้ผู้ป่วยใช้สติได้ชำนาญขึ้น และเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมทั้งมองเห็นภัยของการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า โดยใช้ความกรุณาต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่ผ่านมา โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน

7) การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เพื่อเพิ่มองค์ประกอบความกรุณาตนเอง ด้านมนุษยบุุชุน(common humanity) โดยเฉพาะช่วงเวลาการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะในยามที่บุคคลมีความรู้สึกสับสน ความเศร้าใจ คิดว่าตนไม่สมบูรณ์แบบหรือมีความอ่อนแอ รวมทั้งเมื่อเกิดความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกสับสนว่าวุ่นใจ บุคคลมักจะแยกตัวออกจากผู้อื่น โดยมีมุมมองว่าตนเป็นคนล้มเหลวน่าละอายจึงทำให้มีการถอยหนีจากสังคม ซึ่งการแยกตัวหรือหลบซ่อนยิ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าต้องดิ้นรนต่อสู้เพียงลำพังอย่างโดดเดี่ยว จึงทำให้เกิดความทุกข์หรือความรู้สึกว่าตนล้มเหลวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการติดต่อหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อไม่ให้เกิดการแยกตัว จึงถือเป็นการดูแลตนเอง (Self-care) ชนิดหนึ่ง(Germer, 2009) และเป็นองค์ประกอบสำคัญในความกรุณาต่อตนเองตามแนวคิดของ Neff(2003) ความรู้สึกอยากแยกจากหรือถอยหนีจากสังคมเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้จากอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ซึ่งการแยกตัวอยู่เพียงลำพังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การสอนทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความสามารถในการใช้คำพูด ภาษา ท่าทาง เพื่อการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนและความต้องการของตนให้บุคคลอื่นได้รับทราบ

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้เป็นการต่อยอดจากกระบวนการที่ 6 ข้างต้น และพัฒนาความเป็นมนุษย์โดยเน้นหลักการอยู่ร่วมกันในสังคม และขจัดอาการความหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าได้เร็วขึ้นด้วยการกรุณาที่มีเมตตาเป็นพื้นฐาน ทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

8) การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปลักษณะ และยุติการทำกลุ่ม กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ ตามรู้ในการงานที่ทำ การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาและให้อภัยตนเอง และการแผ่เมตตา จากนั้นทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้ทบทวนไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และฝึกต่อเนื่อง แนะนำว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้อีก และให้ตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการการหมกมุ่นครุ่นคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิค และความรู้ที่

ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดกลับไปปฏิบัติต่อเนื่อง เพื่อลดการหมกมุ่นครุ่นคิด และนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และทำการสรุป และยุติสัมพันธภาพในการบำบัด (Neff and Germer, 2013)

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้เกิดการมองเห็นปัญหาที่เกิดทั้งหมดและมองเห็นประโยชน์ ของการใช้ขั้น 5 ให้เป็น และใช้วิถีการปฏิบัติให้เป็น ทำให้เข้าใจกระบวนการการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติได้อย่างมีความสุข

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเพิ่มความกรุณาต่อตนเองด้วยการเจริญสติที่ประยุกต์มาจากโปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ของ Neff and Germer (2013) ทั้ง 8 ขั้นตอน / 8 ครั้ง รวมทั้งการนำสิ่งที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้มาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ จะมีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการมีสติเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าลดลงตามมา ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F32, F33 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าศึกษา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการซึมเศร้า หมายถึง เป็นอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม โดยอาจมีอาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย ไม่เพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตัดสินใจลำบาก มีความผิดปกติของการรับประทานอาหารและการนอน ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย น้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลง เหนื่อยเพลียตลอดเวลา สมาธิลดลง คิดและวางแผนเรื่องการตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) F32, F33 และเข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดโปรแกรม Mindful Self-compassion ของ Neff and Germer (2013) เพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีสาระที่ครอบคลุมการเพิ่มองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเองให้ครบทั้ง 3 ด้านคือ ความเมตตาต่อตนเอง การเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน และการมีสติ รวมถึงการจัดการกับหมกมุ่นครุ่นคิดด้านลบ (Ruminative thought) ที่เป็นตัวแปรกลางระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม รวมเป็น 20 คน ทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักกัน เป็นรายกลุ่มโดยใช้ระยะเวลา 30 นาที เพื่อลดความวิตกกังวล ตื่นเต้นของการเข้าร่วมกลุ่มครั้งแรกที่เจอกัน และเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น ไว้วางใจ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา และใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา การดูแลตนเองเบื้องต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดการยอมรับกับปัญหาของอาการ

ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยแจ้งคะแนนอาการซึมเศร้า เพื่อให้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความกรุณาต่อตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของความกรุณาต่อตนเองกับอาการซึมเศร้าของตนเอง

ในทางพระพุทธศาสนา ในกระบวนการนี้เป็นการปลูกวิญญาณหรือสร้างวิญญาณที่เป็นมิตรกับตัวเองเพื่อบริหารจัดการขั้น 5 ในระดับต่อไป

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้การเจริญสติ (Mindfulness) ด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ (Mindfulness) ด้วยการฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการฝึกเจริญสติต่อการเพิ่มความกรุณาและลดอาการซึมเศร้า การฝึกเจริญสติประกอบด้วย การกำหนดลมหายใจ การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานร่วมกับการเมตตาภาวนาจากนั้นมอบหมายงานให้ฝึกเจริญสติที่บ้าน เพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการฝึก และการค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้ เป็นการให้วิญญาณที่ป่วยใช้สติในระดับเบื้องต้นโดยการนั่งสมาธิก่อน เพื่อเป็นการดับอาการป่วยก่อน(ดับทุกข์) โดยใช้วิธี สมถภาวนา

ครั้งที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน หมายถึง การฝึกสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ทบทวนความรู้เรื่องการเจริญสติด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติขั้นพื้นฐาน ซึ่ง และการเจริญสติที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553; Germer, 2009) และการฝึกการรับรู้ตามความเป็นจริงจากสถานการณ์ที่ให้ฝึกเป็นผู้วิจารณ์ ผู้ถูกวิจารณ์ และผู้สังเกตการณ์ที่มีความกรุณาตนเองใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาวิญญาณและเรียนรู้ศาสตร์ที่จะเป็นแพทย์รักษาตนเอง

ครั้งที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง หมายถึง การฝึกการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน และใช้ทักษะเพื่อเพิ่มความกรุณาต่อตนเอง โดยการให้รู้ทันความหมกมุ่นที่เกิดขึ้นและค้นหาเสียงความกรุณาตนเองเพื่อมุ่งเน้นการบำบัดกลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มความกรุณาที่ส่งเสริมให้เกิดความกรุณาตนเองด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความเมตตาต่อตนเอง ความเป็นมนุษย์ปุถุชน และการเจริญสติ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการดังกล่าวนี้ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับองค์ความรู้ที่ 2 (การใช้เวทนา) และเข้าไปเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ที่ 1 (การใช้สัญญา) ด้วยวิธีการซึ่งนำหนักให้

มองเห็นสิ่งที่ดีกว่า เข้าไปเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) หรือเข้าไปแทนที่สิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) เพื่อให้ตระกร้าแห่งความคิด (สัญญา) เริ่มเป็นความคิดเห็นที่ถูกต้องเรื่อยๆ (ทิฏฐุชุกัมม) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่จะทำให้พบความสุข (บุญกิริยาวัตถุ 10) นั้นหมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเริ่มเปลี่ยนแปลงเรียนรู้และฝึกฝนที่จะเป็นแพทย์รักษาตนเอง

ครั้งที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่น
ครุ่นคิด หมายถึง การฝึกการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติขั้นพื้นฐาน และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และให้ค้นหาความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น เพื่อทักษะการจัดการกับการครุ่นคิด (Ruminative thought) ให้ผู้ป่วยสำรวจความหมกมุ่นที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา (consequences) สังเกตว่าความคิด ระยะเวลาการเกิดและผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมใดเมื่อเกิดการครุ่นคิดขึ้นมา ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการครุ่นคิดและผลที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยเขียนจดหมายถึงตนเองเพื่อเพิ่มองค์ประกอบของความกรุณาตนเอง เกิดความเข้าใจตนเอง ไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินตนเอง และเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชนทั่วไป ใช้ดำเนินเวลากิจกรรมเป็นเวลา 90 นาที

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้เป็นการให้วิญญูณบริหารจัดการสังขารเพื่อฝึกฝนที่จะเป็นแพทย์รักษาตัวเอง

ครั้งที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด
การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก หมายถึง การฝึกการเจริญสติด้วยสมาธิ สติขั้นพื้นฐาน สติตามการใช้งาน การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการเมตตาตนเองและให้อภัย ฝึกการปลอ่ยวางความหมกมุ่นครุ่นคิดให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และเรียนรู้ถึงวิธีการเบี่ยงเบนอารมณ์ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฝึกหายใจ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะสอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้ป่วย แล้วประเมินผลจากผู้ป่วยใช้เวลาดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 90 นาที

ในพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้ จะเป็นการนำองค์ความรู้ (สัญญา) ที่ถูกต้องแล้ว) มาใช้ในการบริหารจัดการสังขาร และรูป เพื่อให้วิญญูณเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญขึ้น

ครั้งที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) หมายถึง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการแผ่เมตตา และกิจกรรมการสอนให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในแนวคิดความกรุณาต่อตนเองในด้านการเข้าใจความเป็นมนุษย์ (common humanity) ว่าความผิดพลาดเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ในชีวิตมนุษย์ที่อาจประสบได้มากกว่าการแยกตัว (isolating) โดยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ

เหตุการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ล้มเหลวต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน การทบทวนสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น สอนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการสื่อสาร และการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้ปฏิสัมพันธ์ผู้อื่นและไม่มีการแยกตัวหรือถอนหนีจากสังคม ใช้ดำเนินการเวลากิจกรรมเป็นเวลา 90 นาที

ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้เป็นการดำรงไว้วิญญาณซึ่งเป็นแพทย์ และขจัดวิญญาณที่เกิดจากอวิชา เพื่อฝึกให้เป็นอาจารย์แพทย์ที่จะนำมาซึ่งการใช้สติก่อน นั้นหมายถึงเริ่มใช้กระบวนการของวิปัสสนาภาวนา

ครั้งที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมดในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรูปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม หมายถึง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติขั้นพื้นฐาน สติตามการใช้งาน การสำรวจร่างกาย (Body Scan) การเมตตาการให้อภัยตนเอง และการแผ่เมตตา การทบทวนการจัดการความคิดแบบวนเวียน การจัดการอารมณ์ โดยการทบทวนนั้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทบทวนทักษะทั้งหมด จากนั้นกล่าวสรุปภาพรวมการทำกิจกรรม กล่าวขอบคุณผู้ป่วยและปิดกลุ่ม

ในพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้การเป็นหมอที่รักษาตัวเองสามารถบริหารจัดการการป่วยและควบคุมอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพึ่งพาตัวเองได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยในด้านร่างกายและด้านจิตใจ การคัดกรองอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อม การบริการให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทั้งแบบเป็นรายบุคคล และแบบกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การประเมินครอบครัว การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตามนัด การให้คำแนะนำกับผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเล็งเห็นถึงความสำคัญของความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และลดความหมกมุ่นครุ่นคิด อันจะส่งผลให้มีอาการซึมเศร้ามลดลง และกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเกิดรูปแบบการบำบัดที่มีการนำหลักการและแนวคิดของประเทศตะวันตกมาประยุกต์ร่วมกับแนวทางของพระพุทธศาสนา ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice: EBNP) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง และเป็นการบำบัดที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญเป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าและระบาดวิทยา
- 1.2 การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรค
- 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
- 1.4 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

- 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า
- 2.2 ระดับอาการซึมเศร้า
- 2.3 การประเมินอาการซึมเศร้า

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความกรุณาตนเอง และการเจริญสติ

- 3.1 ความหมายของความกรุณาตนเอง
- 3.2 องค์ประกอบของความกรุณาตนเอง
- 3.3 ความหมายของเจริญสติ
- 3.4 องค์ประกอบของการเจริญสติ

4. แนวคิดทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติ การหมกมุ่นครุ่นคิด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. การประยุกต์โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และระบาดวิทยา

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Sadock and Sadock (2016) โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เศร้าเสียใจ หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

กรมสุขภาพจิต (2557) ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้า หมายถึง การมองโลกแง่ร้าย การดำเนินตนที่เดียยตนเอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้าหมอง สิ้นหวังไม่ยอมมีชีวิตอยู่ มีอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่ การงานชีวิตประจำวัน

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า มีอาการที่เกิดขึ้น คือ เศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า การตัดสินใจแย่งลง และมีความคิดอยากตาย

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2558) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ อาการเศร้าที่เป็นอยู่นาน และไม่ดีขึ้นหรือกลับมีอาการที่รุนแรงขึ้น จนมีอาการต่างๆ อาการด้าน neurovegetative เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการด้าน psychomotor เช่น อาการเชิงซ้ำ ซึม อ่อนเพลีย ไร้ค่า หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง คิดอยากทำร้ายตนเอง มีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้สึกนึกคิด (cognition) เช่น สมาธิแย่งลง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ เป็นต้น อาการทางด้านอารมณ์ เช่น หดหู่ รู้สึกเศร้า ร่วมกับการที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โรคซึมเศร้าจึงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำสูง หากผู้ไม่ได้รับการบำบัดที่เหมาะสมจะยังมีอาการซึมเศร้าคงอยู่ และอาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ โรคซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบต่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และเกิดภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ จนส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว รวมถึงกลายเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมของระดับประเทศ

ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า

โดยองค์การอนามัยโลกพบว่ากว่า 300 ล้านคนที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 18% ในระหว่างปี 2000 ถึงปี พ.ศ. 2015 (WHO, 2017) โดยพบว่าประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศเกาหลีมีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 และ 2.9 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และข้อมูลล่าสุด พบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 30.4 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2559) สำหรับในประเทศไทยพบว่า 1.5 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า ผู้หญิงเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า อยู่ในช่วงวัยทำงาน 62% คืออายุ 25-59 ปี (ประภาส อุครานันท์, 2560) สสำรวจรบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งล่าสุด พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วย Major Depressive Disorder ร้อยละ 1.8 หรือประมาณ 937,894 คน (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2559) WHO (2016) เสนอว่าจากการศึกษาภาวะโรคในประชากรทุกภูมิภาคทั่วโลก พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้เกิดภาวะโรคเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 และคาดการณ์ว่าจะกลายมาเป็นอันดับ 1 ในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งจากการจัดอันดับภาวะโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ของประชากรไทย พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดภาวะโรคเป็นอันดับที่ 1 ของผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย ผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (ประภาส อุครานันท์, 2560) และมักพบโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีรายได้น้อย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่มีการกลับเป็นซ้ำสูง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังผลการศึกษาของ พรพรรณ ศรีโสภา เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 38.6

กล่าวโดยสรุป โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวช ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกับตัวผู้ป่วย จากอาการของโรค โดยเฉพาะทางด้านความคิดด้านลบเป็นสำคัญ คือ การตำหนิตนเอง โทษตนเอง มีความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง รู้สึกไม่มีคุณค่า การตัดสินใจแย่งลง เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง สมาธิลดลง แยกตัว ขาดแรงจูงใจ บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ เคลื่อนไหวเชื่องช้า มีความผิดปกติในด้านของการรับประทานอาหาร การนอนผิดปกติ น้ำหนักลด ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไปจากความจริง มีความคาดหวังมองอนาคตไปในทางลบ มองโลกไม่ตามความจริงและไปในทางแง่ร้าย การตัดสินใจลำบาก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว คนใกล้ชิด และรวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา และหากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขก็จะขยายไปสู่วงกว้างของระดับประเทศและทั่วโลก

1.2 การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรค

1.2.1 การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคมีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

- 1) จากโรคทางกายหรือจากยาและสาร ไม่พบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือที่ไม่เป็นไปตามการดำเนินของโรค และเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (น้อยกว่า 4 สัปดาห์)
- 2) โรคจิต เช่น โรคจิตเภท(schizophrenia) ผู้ป่วยอาจมีการการซึมเศร้าร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติในด้านอารมณ์ (shizo affective disoredr), โรคหลงผิด (Delusional disorder) แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องมีประวัติซึมเศร้ามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง แล้วโรคจึงเกิดอาการของโรคจิตตามมา
- 3) โรควิตกกังวล สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้จากอาการเด่นที่เป็น autonomic hyperactivity ร่วมกับความวิตกกังวลอยู่ตลอด และสามารถดูจากประวัติที่มีอาการเริ่มต้นนำมาก่อน เพราะผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีการซึมเศร้าร่วมด้วยบางครั้ง และมีอาการคล้ายซึมเศร้าในด้านของนอนไม่หลับ หงุดหงิด สมาธิหรือความจำไม่ดี และจะมีอาการอ่อนเพลีย
- 4) ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder with depressed mood) แยกโดยดูจากอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และระดับของความรุนแรง เพราะทั้งสองโรคอาจมีภาวะกดดัน (stressor) ก่อนเกิดอาการ และมีอาการซึมเศร้าได้
- 5) โรคทางอารมณ์อื่นๆ กล่าวคือมีอาการที่เข้ากับโรคซึมเศร้าเป็นบางช่วง เช่น โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia/ persistent depressive disorder) จะมีอาการอารมณ์เศร้านานกว่าอย่างน้อย 2 ปี แต่มีอาการไม่มากเท่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder), ไบโพลาร์ชนิดที่ 1 (Bipolar I Disorder), ไบโพลาร์ชนิดที่ 2 (Bipolar II Disorder), schizo affective disorder จะมีการของโรคซึมเศร้าสลับกันกับ mania และ hypomania เป็นต้น
- 6) ภาวะเพ้อ (hypoactive delirium) มักจะพบในผู้ป่วยกลุ่มที่สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีระดับอาการที่รุนแรง ผู้ป่วยจะซึมลง พูดคุยน้อยลง ไม่มีสมาธิ ซึ่งอารมณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจคล้ายกับโรคซึมเศร้าได้
- 7) ภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder หรือ dementia ใน DSM-IV-TR) โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอาการบางประการคล้ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในด้านความคิด การรับรู้บกพร่อง(cognitive impairment) เช่น ในด้านของความจำ สมาธิลดลง แต่สาเหตุไม่ได้เกิดจากทางกาย จึงเรียกว่า ภาวะ pseudodementia (dementia syndrome of depression) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการถาม-ตอบ และไม่จำเป็นต้องเกิดกับผู้ป่วยวัยสูงอายุ
- 8) ภาวะ uncomplicated bereavement ต้องแยกกับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดหลังการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักได้ จะนึกถึงโรคซึมเศร้า ถ้าผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่อง คิดหมกมุ่น ต่ำหนิติเตียนตนเองอย่างรุนแรง ไร้

ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีความในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

9) บุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline เป็นบุคลิกภาพผิดปกติอย่างหนึ่ง ในด้านของอารมณ์ พฤติกรรม ภาพลักษณ์ของตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นมายาวนาน มักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ไม่สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิตได้

1.2.2 การวินิจฉัยโรค

โรคซึมเศร้ามีการแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่มี 2 ระบบคือ

1) **ระบบ ICD-10** (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th Revision) เกณฑ์การจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิตครั้งที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ตามสังเขป ดังนี้ (ธรมินทร์ กองสุข, 2550 อ้างถึงใน ญัฐสถิติน คุ่มรอด, 2558)

เกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

- F30 Manic episode
- F31 Bipolar affective disorders
- F32 Depressive episode
- F33 Recurrent depressive disorders
- F34 Persistent mood [affective] disorders
- F38 Other mood [affective] disorders
- F39 Unspecified mood [affective] disorders

ในกลุ่มโรค F30-39 จะวินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วยแสดง (Symptoms) คือ

- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า
- 2) ความสนใจความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
- 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก
- 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป
- 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือ เชื่องช้าลง
- 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง
- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า
- 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด
- 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย กล่าวคือ

ถ้ามีอาการแสดง 4 อาการจะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) อาการแสดง 5-6 อาการ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ถ้ามีอาการ 7 อาการหรือมากกว่า มีอาการทางจิตหรือไม่มี จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2003)

2) ระบบ DSM ได้กล่าวถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5th edition (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013) ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย อย่างน้อย 5 ข้อ ต่อไปนี้ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อยหนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

- 1) มีอาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน
- 2) ความสนใจ หรือความเพลินใจลดลง
- 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น
- 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- 5) กระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวช้าลง
- 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า
- 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ
- 9) มีความคิดอยากตาย คิดการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทยที่ 10 (ICD) อยู่ในหมวด F32 - F33 เนื่องจากสถานพยาบาลมักนิยมใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางกาย ยกเว้นสถานพยาบาลด้านจิตเวชเฉพาะทางบางแห่งเท่านั้นที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม สมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 ((DSM-V) American Psychiatric Association [APA], 2013)

1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ออร์พรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า มีดังนี้

1.3.1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

ก. ทางพันธุกรรม (genetic factor) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พันธุกรรมมี

บทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ยังมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

ข. การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และการทำงานของสมอง

ค. ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitter system ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความผิดปกติของสาร biogenic amines มีการลดลงของสาร norepinephrine serotonin และ dopamine โดยพบปริมาณ metabolite ที่ผิดปกติในเลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง

ง. ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน (Neuroendocrine dysregulation) มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ HPA axis ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสาร biogenic amines ด้วย ซึ่งพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มขึ้นในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรัง และในอาการซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอโมนต่างๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มของ steroid โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 50-60 มีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นมากเกินปกติ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ thyroid hormone axis และ growth hormones ด้วย

จ. รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology)

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

1.3.2.1 ปัจจัยภายในจิตใจ หรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก รวมถึงบุคลิกภาพที่ผิดปกติ

1.3.2.2 ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น Beck (1979) ได้อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตนเอง ประสบการณ์ และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้ง และคอยเอาใจเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และความล้มเหลว

1.3.2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยจะพบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ จะก่อให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (repeated failures and disappointments) และนอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อ

ให้อาการของโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น ดังเช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคลนั้นๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องไปอีกหรือเป็นมากขึ้น

1.3.2.4 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพ และปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักจะพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆ ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่

ก. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย(grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

ข. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่าง (interpersonal role disputes) บุคคล คือความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือ เพื่อนร่วมงาน

ค. การเปลี่ยนผ่านบทบาท(role transitions) คือ การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การมีบุตร วิกฤต วัยกลางคน การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

ง. ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) คือ การขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการแยกตัวทางสังคม

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ(2011) ได้ทำการสำรวจอาการซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 ปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ หรือการทำงาน ประวัติใช้สารเสพติด ปัญหาการเงินหรือความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือปัญหาทางสุขภาพจิต

2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ได้แก่ ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประวัติซึมเศร้าในอดีต อาการในวัยหมดประจำเดือน

3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factor) เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความคิดอัตโนมัติด้านลบ อาการรู้สึกผิด การจัดการสิ่งเร้าภายใน ความรู้สึกความเป็นเจ้าของ

4) ปัจจัยด้านสังคม (social factor) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การรับรู้ความเครียด ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม

1.4 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) โดยจะมีอารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับความรู้สึกหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ไม่สดชื่น หงุดหงิด อยากอยู่คนเดียวเจียบๆ

อาการด้าน neurovegetative คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน อ่อนเพลีย อาการด้าน psychomotor อาจมี psychomotor agitation เช่น กระสับกระส่าย บางคนอาจมี psychomotor retardation เช่น เชื่องช้า พูดน้อย คิดนาน ซึม

สมาธิลดลงจากเดิม มีเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชิงข้อข้างลง ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ มองโลกภายนอกและมองชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกไม่มีคุณค่า และมีความรู้สึกผิด กล่าวโทษตำหนิ ติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ ต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป แม้การกระทำนั้นผู้อื่นจะเห็นว่าเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดกระทำกับปัจจัยด้านจิตสังคม ในเรื่องของความหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการตำหนิ ติเตียน กล่าวโทษตนเอง มองโลกภายนอกและตนเองในด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากแยกตัว และรวมไปถึงสัมพันธ์ภาพและสังคมที่แย่งลงตามมา

1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า มีดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.5.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT)

การรักษาด้วยยา (Antidepressants) ได้แก่ ยาในกลุ่ม serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs), tricyclic antidepressants (TCAs), monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เป็นต้น การใช้ยารักษาโรค

ซึมเศร้าจะให้ผลในการรักษาประมาณ 3-4 สัปดาห์ ระยะเวลาของการให้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรให้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน เพราะการที่ให้ยารักษาโรคซึมเศร้าในระยะต่อเนื่องและในระยะยาวจะช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง จัดเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง มีอยู่ 2 วิธี คือวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (nonmodified ECT) และการใช้ยาสลบช่วย (modified ECT)

1.5.3 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นการรักษาทางจิตสังคม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อลดความหมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) ของผู้ป่วยลด อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และอาการที่คงอยู่แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วในผู้ป่วยรายเก่าก็ตาม(Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky, 2008; Watkins, 2008)

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆในระหว่างการรักษา

1.6.1 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือคิดเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง โดย Beck (1979)เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด เป้าหมายการรักษา คือ ลดอาการซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

1.6.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) อาการซึมเศร้าเกิดจากแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้

อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก)และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง

1.6.3 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น

1.6.4 การบำบัดเพื่อแก้ไข “ความหมกมุ่นครุ่นคิด” (ruminative thought) พบว่าแนวคิด “ความกรุณาตนเอง” (self-compassion) ของ Neff and Germer (2013) สามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขรูปแบบการตอบสนอง(the response styles theory) ซึ่งระบุว่า “ruminative thought” ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยความคิดในรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือ มีการคิดแบบยึดติด คิดหมกมุ่น หรือ คิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด ซึ่งเป็นความคิดด้านลบนี้ได้และส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง (Raes, 2011) ซึ่งเป็นแนวคิดทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การที่บุคคลเปิดและยอมรับเรื่องต่างๆ ของตนเอง การมีทัศนคติแบบเข้าใจและไม่ตัดสินเรื่องความล้มเหลวของตน และการยอมรับว่าประสบการณ์ของคนเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ทุกๆ ไปในชีวิตมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเมตตาต่อตนเอง (Self – kindness) เป็นการต่อสู้กับการตัดสินตนเอง โดยทำความเข้าใจตนเองด้วยความเมตตามากกว่าการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง 2) เข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน (perception of common humanity) เป็นการต่อสู้กับการแยกตัว ด้วยการมองประสบการณ์ของตนเองว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ปุถุชนทั่วไปก็ประสบได้ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่แปลกแตกต่างจากผู้อื่น และ 3) การเจริญสติ (Mindfulness) เป็นการต่อสู้กับการตีความมากเกินไปจนความเป็นจริงที่เรียกว่า “over-identification” ซึ่งเป็นปฏิกิริยาหนึ่งของอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการยอมรับความคิดและความรู้สึกเจ็บปวดอย่างมีสติมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือการตีความมากเกินไปจนความเป็นจริง

เนื่องจากการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาตนเองให้เกิดความกรุณาตนเอง ดังนั้น ในระยะต่อมา Neff and Germer (2013) จึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีการนำการเจริญสติมาเป็นขั้นตอนหลักในการบำบัดที่ชัดเจนขึ้น และเรียกชื่อโปรแกรมการบำบัดในรูปแบบนี้ว่า “The mindful Self-Compassion Program” ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกการเจริญสติ (mindfulness) ไม่ว่าจะด้วยการกำหนดลมหายใจ หรือการรับรู้อิริยาบถ จะทำให้บุคคลสามารถดึงตัวเองมาสู่การอยู่กับปัจจุบัน เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งอารมณ์ ความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดขึ้น อีกทั้งช่วยปรับทัศนคติให้มีการตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเองลดลง และเกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น และเมื่อบุคคลได้มีการฝึกฝนการเจริญสติบ่อยๆ จะทำให้ตระหนักในตนเอง และสามารถ

มองเห็นตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความคิดซ้ำๆ ด้านลบ (ruminative thought) ก็จะเกิดการตระหนักรู้ โดยไม่ตัดสิน แต่มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ มีความสมเหตุสมผล และให้อภัยตนเอง ซึ่ง Neff and Germer (2013) สนับสนุนว่าการเจริญสติ (mindfulness) นอกจากจะเป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญของทุกๆ กิจกรรมที่ทำให้เกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) แล้ว ในขณะเดียวกันยังเป็นองค์ประกอบหลักของ Self-compassion ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นด้วย

สรุปได้ว่าการศึกษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ใช้การรักษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ โดยพิจารณาจากแพทย์และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะเดียวกันการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาด้วยยา และหากผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งสองอย่างรวมกันจะสามารถช่วยลดอาการกำเริบของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ มาลดความหมกมุ่นครุ่นคิด ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ในทางลบ เปลี่ยนเป็นความเข้าใจ ยอมรับ เมตตาต่อตนเอง พร้อมทั้งมองปัญหาหรือความทุกข์ ทรมานต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตให้กลายเป็นความเข้าใจยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ที่ทุกคนต้องเผชิญ ไม่ใช่สิ่งที่แปลกไปจากคนอื่นๆ และมีสติระลึกรู้ตนเองอยู่เสมอ ด้วยบนพื้นฐานของการมีสติตลอดเวลาที่ระลึกได้ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ตนเองและยอมรับตนเองมากขึ้นเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพยาบาลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) มีดังนี้

1.7.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดที่ดี โดยเริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์ หรือปัญหา โดยพยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด และร่วมกันอภิปรายเพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย

1.7.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยพยาบาลให้คำปรึกษาตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา เพื่อจัดการกับปัญหาที่พบ ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตเชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการปรับตัวต่อปัญหาและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

1.7.3 การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง เพื่อการคลายความตึงเครียดของผู้ป่วย โดยฝึกปฏิบัติและนำกลับไปใช้ที่บ้าน

1.7.4 ให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต โดยพยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการบำบัด ในเรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ อาการ การจัดการกับตนเอง รวมถึงการดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีความสุข จากแนวทางการให้ความรู้แบบสนับสนุน และประคับประคอง

1.7.5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยพยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1.7.5.1 การทบทวนความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงสาเหตุ และการบำบัดจนผู้ป่วยรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเอง

1.7.5.2 อธิบายเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ

1.7.5.3 ฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

1.7.5.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปฝึกวิเคราะห์ตนเอง และบันทึกไว้เพื่อมาปรึกษาพูดคุยกันในด้านปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในการมาบำบัดครั้งต่อไป

1.7.6 ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง และทบทวนผลที่เกิดขึ้น สรุปและประเมินผล เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมินและให้ผู้ป่วยเขียนสิ่งที่ได้จากการประเมิน

ในการนำแบบการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น พยาบาลสามารถนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งเป็นระดับอาการที่ไม่รุนแรง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ควรได้รับการบำบัดรักษาโรคจากจิตแพทย์ให้อาการดีขึ้น และให้การพยาบาลช่วยเหลือประคับประคองตามอาการและใช้สมรรถภาพตามบุคคลในระยะแรก ประมาณ 1-2 สัปดาห์ จะพบว่าอาการดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม จากนั้นพยาบาลจึงสามารถใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มทั้ง 6 ขั้นตอน ตามที่กล่าวมาข้างต้นได้

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ประวัติใช้สารเสพติด ปัญหา

การเงินหรือความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือปัญหาทางสุขภาพจิต เพศ beck (1967) พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (ประภาส อุครานันท์, 2560) เนื่องจากเกิดความแตกต่างกันทั้งด้านความอดทนที่น้อยกว่าผู้ชาย ค่านิยม และเรื่องระดับฮอร์โมนในร่างกาย และอายุ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ beck (1967) ส่วนใหญ่จะพบในวัยผู้ใหญ่ (adult period) เป็นระยะที่ก้าวเข้าสู่การทำงานร่วมกับผู้อื่น เริ่มมีชีวิตครอบครัวหลังการแต่งงาน เป็นระยะที่บุคคลเริ่มสนใจเกี่ยวกับโลกภายนอก มีสังคม หากบุคคลใดที่ไม่ประสบความสำเร็จในช่วงนี้ จะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และมีชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข

2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ได้แก่ ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประวัติซึมเศร้าในอดีต อาการในวัยหมดประจำเดือน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factor) เช่น การสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี อาการรู้สึกผิด การจัดการสิ่งเร้าภายใน ความรู้สึกความเป็นเจ้าของ และความคิดแบบ “หมกมุ่นครุ่นคิด” (ruminative thought) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดย Nolen-Hoeksema (1991, 2000) กล่าวถึงทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the response styles theory) ซึ่งระบุว่า “ruminative thought” ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยความคิดในรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือ มีการคิดแบบยึดติด คิดหมกมุ่น หรือ คิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไขปัญหแต่อย่างใด ความคิดในลักษณะนี้จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และอาการที่คงอยู่ในผู้ป่วยรายเก่า (Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky, 2008; Watkins, 2008) 4) ปัจจัยด้านสังคม (social factor) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การรับรู้ความเครียด ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยจึงสนใจในการลดความหมกมุ่นครุ่นคิดดังกล่าว และมีแนวคิดต่างๆ ที่อธิบายความหมายของความหมกมุ่นครุ่นคิด ดังนี้

Nolen-Hoeksema (1991) กล่าวว่า เป็นรูปแบบการตอบสนองต่อการหมกมุ่นครุ่นคิดในทางลบ สามารถแก้ไขได้โดยหันไปใส่ใจในเรื่องราวที่ดี (positive distraction) ซึ่งเป็นทางเลือกแทนที่การหมกมุ่นครุ่นคิด เพราะการใส่ใจในสิ่งเร้าที่เป็นเชิงบวกจะสามารถแทนที่ความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตนได้

Nolen- Hoeksema and Marrow (1993); Nolen, Parker and Larson (1994); Nolen (2000) กล่าวว่า การหมกมุ่นครุ่นคิดจะทำให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่ต่อไป และมีแนวโน้มที่อาการ

ซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นั้นหมายถึง การหมกมุ่นครุ่นคิดจะมีแนวโน้มให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคงอยู่ต่อไป และเพิ่มความรุนแรงขึ้น

Nolen-Hoeksema, Robert and Gotlib. (1998) ความหมกมุ่นครุ่นคิด คือ การหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความทุกข์ ปัญหาของตนเอง และตีความเกินความเป็นจริง แทนการลงมือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

Papageorgiou (2004) กล่าวว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิด เป็นการครุ่นคิดในทางลบเต็มๆ ซ้ำๆ ในอาการซึมเศร้าของตนเอง และมักตีความเกินความเป็นจริง

Nolen-Hoeksema, Wisco, Lyubomirsky (2008) ให้ความหมายว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิด คือการคิดแบบเดิมๆ ซ้ำๆ คิดวนเวียนในด้านลบซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอาจพบว่ามี ความผิดปกติในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

Watkins (2008) ความหมกมุ่นครุ่นคิดไม่ใช่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะด้านอารมณ์ แต่เป็นการตอบสนองต่อความล้มเหลว ความผิดหวัง ที่ประสบพบเจอในชีวิต

วิกิพีเดีย (2560) ให้ความหมายว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นการใส่ใจอย่างหมกมุ่นในอาการต่าง ๆ เกี่ยวกับความทุกข์หรือปัญหาของตน รวมถึงการใส่ใจเกี่ยวกับเหตุและผลต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้ของความทุกข์ แทนที่จะใส่ใจในวิธีแก้ปัญหา

Nolen-Hoeksema และ Marrow (1999) ได้พัฒนาแบบวัด Ruminative Response Scales (RRS) ซึ่งเป็นส่วนย่อยของ Response Style (RS) เพื่อใช้ประเมินผู้ที่มีความคิดวนเวียน (rumination) กับสถานการณ์เป็นแบบวัดที่มีข้อความ 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบแต่ละข้อความมีการประเมินที่มีมาตรวัด 4 ระดับ คะแนน 1-4 คะแนน ประกอบด้วย

- 1) ภาวะซึมเศร้า (depression related)
- 2) การครุ่นวิตก (Blooding)
- 3) การสะท้อนความคิด (reflect)

ทั้งนี้แบบวัดดังกล่าวได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยและวิจัยเครื่องมือวิจัยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย , รุ่งนภา ภาณีตรัตน์ และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่แก้สาเหตุความหมกมุ่นครุ่นคิด ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะของความคิดวนเวียนซ้ำๆ เกี่ยวกับความรู้สึกผิดของตนเองที่แม้จะได้รับการรักษาแล้วทั้งรายใหม่และรายเก่า

2.2 ระดับอาการซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

Beck (1967) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ ได้แก่ อาการซึมเศร้าน้อย อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยพิจารณาจากอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออก ซึ่งมีความผิดปกติ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ดังนี้

1) ด้านความคิด

อาการซึมเศร้าน้อย ไม่พึงพอใจในหน้าตาหรือรูปลักษณ์ของตนเอง ตัดสินใจข้ามมองโลกในแง่ลบ มักจมอยู่กับอดีตหรือรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริงที่ปรากฏ คิดว่าปัญหาหรือความยุ่งยากลำบากต่างๆ ที่ตนเองต้องพบเจอล้วนเป็นความผิดของตนเองที่ก่อขึ้น คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่นจึงมักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นเสมอ

อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดว่าตนเป็นคนล้มเหลว ไร้ประสิทธิภาพ มองปัญหาต่างๆที่พบเจอรุนแรงเกินความเป็นจริง สิ้นหวังในอนาคต สิ่งที่ตนเองลงมือทำไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะกล่าวโทษตนเอง แม้บางเรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนเอง หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการจัดการของตน ตัดสินใจลำบาก แม้แต่บางครั้งในเรื่องเล็กน้อย ตัวอย่างเช่น การเลือกเครื่องแต่งกาย เป็นต้น และจะครุ่นคิดว่าร่างกายมีอะไรบางอย่างที่ผิดปกติ ถึงแม้จะยังไม่อาการที่แสดงออกมาให้เห็น

อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม คิดว่ามีร่างกายของตนมีความผิดปกติ ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย เป็นภาระให้ผู้อื่นเสมอ คิดว่าตนเองไร้ค่า เป็นคนไม่มีประโยชน์ในสังคม และล้มเหลวกับทุกๆสิ่ง ทุกๆอย่าง

2) ด้านอารมณ์

อาการซึมเศร้าน้อย ไม่มีความสุข ไม่สดชื่น มีอารมณ์เศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ผิดหวังในตนเอง โดยอารมณ์เศร้านั้นจะเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั่ววัน แต่ก็ยังมีบางครั้งที่รู้สึกสดชื่น ไม่พอใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือสถานการณ์ต่างๆที่พบเจอ เช่น ครอบครัว เพื่อน การทำงานกิจกรรมต่างๆ ความตื่นตัวในการทำงานลดลง ความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ไร้ซึ่งอารมณ์ขัน ความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัวลดลง ไม่สนใจตนเอง มีอารมณ์ที่เบื่อหน่ายเกือบตลอดทั้งวัน ถูกตนเอง อารมณ์เศร้ายิ่งรุนแรงเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุด หลังตื่นนอนตอนช่วงเช้าของวัน

อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา หมดความรู้สึก เฉยชา หมดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆ เลย เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่ตนจะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป รังเกียจในตัวเอง ทุกข์ใจอย่างมากจนสิ้นหวัง มีอารมณ์ซึมเศร้ายิ่งรุนแรงตลอดทั้งวัน

3) ด้านแรงจูงใจ

อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่อยากจะทำตาย

อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังคงบังคับตนเองได้อยู่ หรือต้องมีความช่วยเหลือกระตุ้นให้ทำ รู้สึกว่าต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับตนเอง ต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี่ยงและแยกตัวออกมาจากสังคมเดิม ต้องการที่จะตายอยากรุนแรง และมีความถี่ขึ้น พยายามที่จะฆ่าตัวตาย

อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้จะมีผู้อื่นคอยกระตุ้นก็ตาม ต้องการให้ผู้อื่นดูแลตลอด ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่ประสบพบเจออยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

4) ด้านร่างกายและพฤติกรรม

อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย เหนื่อยกว่าปกติ อ่อนเพลีย ความต้องการที่อยากรับประทานอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง

อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง รู้สึกว่าตนเองไม่อยากที่จะทำกิจกรรมใดๆเลย เหนื่อยง่าย อ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า การหลับนอนผิดปกติไป นอนหลับได้ไม่สนิทเมื่อก่อน ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหาร

อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลดลง นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วนอนไม่หลับ ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้า จนไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมๆ ใดๆได้เลย

2.3 การประเมินอาการซึมเศร้า

การประเมินอาการซึมเศร้า การประเมินจากอาการและอาการแสดงมี 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่หนึ่ง การประเมินโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

1) Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปีค.ศ. 1950 มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ตัดข้อความที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออกในปีค.ศ.1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถามจำนวน 21 ข้อ วัดซึมเศร้า 17 ข้อและวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ข้อจำกัดของแบบ

ประเมินนี้คือผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีข้อจำกัดอีกข้อคือ มีคำถามที่มีอาการทางกายมากทำให้ความชุกของซึมเศร้ามากกว่าปกติจึงเหมาะกับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุมากกว่า

2) Montgomery -Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดยMontgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสคนธ์ และคณะ, 2547) หรือดูประสิทธิภาพของยามีย่อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกายแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงได้ผลที่สมบูรณ์

ประเภทที่สอง การประเมินโดยการประเมินตนเอง มีดังนี้

1) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1967 และได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยามความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของซึมเศร้า ซึ่ง รองศาสตราจารย์ มุกดา ศรียงค์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง(คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3

การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ตามคะแนนที่ได้ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (Normal range)

คะแนน 10 – 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal depression)

คะแนน 16 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

คะแนน 20 – 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate severe depression)

คะแนน 30 – 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งค่าความตรงของเครื่องมือต้นฉบับ (Content Validity) เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Reliability Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.92 ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 84.6% ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 86.4%

2) Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของซึมเศร้า ได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านพฤติกรรม และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอนมาก่อน หรือเป็นภาวะที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินซึมเศร้าของBeck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) เนื่องจากงานของผู้วิจัยมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของBeck และแบบประเมิน นี้มีความสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมุติฐานของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และได้ทำการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 10 – 15) ถึงระดับมาก (คะแนน 20 – 29)

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความกรุณาตนเอง และการเจริญสติ

3.1 ความหมาย แนวคิดของความกรุณาตนเอง

Neff, Kirkpatrick and Rude (2007) กล่าวว่าความกรุณาตนเองมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาพลักษณ์ด้านร่างกายในหลายแง่มุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของความตระหนักรู้ (mindfulness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความกรุณาตนเอง

Neff et al. (2007) ความกรุณาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เข้ามา โดยเฉพาะประสบการณ์ในด้านลบ โดยไม่หลีกเลี่ยงประสบการณ์นั้น ซึ่งการรับรู้ที่ก่อให้เกิดความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์นั้นด้วยความเมตตา และเข้าใจความทุกข์ ความไม่สมบูรณ์แบบ ความล้มเหลว ความผิดพลาด อย่างไม่ตัดสินตีความเกินจริง และมองว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ปุถุชน

Vandam, Sheppard, Forsyth และ Earleywine (2011) ได้ทำการศึกษาผลของความสัมพันธ์ระหว่างความกรุณากับสติ และพบว่าความกรุณาตนเองมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านอื่นๆด้วย และยังสามารถทำนายอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถทำนายได้ดีกว่าการมีสติอย่างเดียว

Makransky (2012) กล่าวถึงแนวคิดด้านพุทธศาสนา (Buddhism) โดยกล่าวว่า ในทางพระพุทธศาสนานั้น ความเมตตากรุณานับเป็นมโนทัศน์ที่มีมานานแล้ว พบว่าแนวคิดหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา คือ พรหมวิหาร 4 ที่เป็นหลักธรรมช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้เป็นอย่างดีและบริสุทธิ์ ซึ่งได้มีการกล่าวถึงความเมตตากรุณา (compassion) จะสะท้อนให้เห็นถึงปัญญาและการรู้จักที่เอื้ออำนวย ให้บุคคลเข้าใจถึงความเป็นพื้นฐานของเหตุการณ์ต่างๆ เป็นพลังเยียวยา รักษาและสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่บุคคล ซึ่งความเมตตากรุณาเป็นมากกว่าแนวคิดด้านพุทธศาสนา แต่ยังมีความเกี่ยวข้องกับจิตวิทยา และปรัชญาอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมองว่า การอยู่กับปัจจุบันขณะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเมตตากรุณา เป็นกุญแจสำคัญสำหรับการตื่น (awaken) อันจะช่วยให้มนุษย์หลุดพ้นจากความทุกข์ที่เป็นอยู่ ส่งผลให้มนุษย์เกิดความเข้าใจในสิ่งต่างๆ และสามารถจัดการกับความทุกข์ที่อยู่ภายในจิตใจได้

Neff (2003) แนวคิดด้านการกรุณาตนเองมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาความสามารถในการกำกับอารมณ์ โดยเฉพาะการรับมือและจัดการกับอารมณ์ โดยที่ความกรุณานั้นจำเป็นต้องมีสติ ซึ่งจะช่วยให้ลดการหลีกเลี่ยงต่อความทุกข์ หรือเพิกเฉยต่อประสบการณ์ที่เจอ แต่เอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ตามความเป็นจริงอย่างมีเหตุมีผล ตอบสนองด้วยความอ่อนโยน และเข้าใจว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นอารมณ์ทางลบจะถูกเปลี่ยนให้เป็นอารมณ์ทางบวกมากขึ้น เมื่อมีความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) ก็จะสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ทำให้กระบวนการคิดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 องค์ประกอบของความกรุณาตนเอง

Neff (2003) ได้นิยามของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเมตตาตนเอง (Self-kindness) คือความสามารถในการยอมรับและเข้าใจตนเองมากกว่าการตัดสินและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ประกอบด้วย การให้อภัย การยอมรับ

ผลที่เกิดจากความทุกข์ทรมานโดยปราศจากการตัดสินหรือลงโทษตนเอง 2)ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common humanity) การมองประสบการณ์ว่าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตมนุษย์มากกว่าการปิดกั้นหรือแยกตัว ซึ่งความกรุณาตนเองช่วยให้บุคคลระลึกว่าต้องมีการอยู่ร่วมกัน พึ่งพาอาศัยกัน 3) การเจริญสติ (Mindfulness) หรือการมีสติรู้อยู่กับปัจจุบัน การเผชิญความทุกข์ทรมานจากความคิดหรือความรู้สึกที่เจ็บปวดอย่างมีสติมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือการตีความเกินกว่าความเป็นจริง

Neff (2003) ซึ่งเป็นผู้นำในการศึกษาความกรุณาตนเอง กล่าวว่า ความกรุณาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเปิดใจยอมรับเรื่องราวต่างๆ ของตนเอง ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกใส่ใจ และกรุณาต่อตนเอง มีทัศนคติแบบเข้าใจและไม่ตัดสินเรื่องความล้มเหลวของตนและยอมรับข้อจำกัด และยอมรับว่าเป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตมนุษย์ มีองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง 3 ด้าน คือ

1) การมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) เป็นการให้อภัยตนเองต่อความล้มเหลว ความบกพร่อง ให้ตอบสนองด้วยต่อตนเองในทางที่เหมาะสม ทั้งในด้านการปฏิบัติต่อตนเองด้วยความอ่อนโยนและเข้าใจ เข้าใจ ยอมรับกับข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเองตามความเป็นจริง เพื่อลดการตอบสนองต่อรูปแบบการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ชอบตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียนตนเอง (self-judgment)

2) การเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชน (common humanity) เป็นการรับรู้ความทุกข์ที่ตนเองต้องประสบ ว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นประสบการณ์ในชีวิตที่ผู้อื่นก็ประสบพบเจอได้เช่นกัน ทำให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ป้องกันความรู้สึกแยกตัว โดดเดี่ยว (isolation)

3) การมีสติ (mindfulness) คือการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งด้าน สภาวะจิตของบุคคล การรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้น และความรู้สึกที่เป็นปัจจุบัน ณ ขณะนั้น โดยไม่จมอยู่กับอารมณ์ ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น (over identification)

3.3 ความหมายของเจริญสติ

3.3.1 บทบาทสติ ความหมายและหลักการของการเจริญสติ (Mindfulness)

วิกิพีเดีย (2560) การบำบัดด้วยสติ หรือ การบำบัดความคิดด้วยสติ (Mindfulness-based cognitive therapy ตัวย่อ MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาออกแบบขึ้นมาเพื่อช่วยเรื่องซึมเศร้า โดยเฉพาะในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ซึ่งทำให้แตกต่างจากการบำบัดที่ใช้สติอื่น ๆ เช่น การลดความเครียดด้วยสติ (mindfulness-based stress reduction) ซึ่งใช้ได้กับความผิดปกติหลายอย่าง นอกจากนั้นการบำบัดด้วยการเจริญสติยังเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย (mindfulness-based relapse prevention) ใช้เทคนิคของการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิด

และพฤติกรรม (CBT) และเพิ่มกลยุทธ์ทางจิตวิทยาใหม่ ๆ เช่น สติ และการเจริญสติ (mindfulness meditation) และอาจจะรวมไปถึงการให้ความรู้แก่คนไข้เรื่องซึมเศร้า การเจริญสติจะมุ่งไปที่ความคิดและความรู้สึกทั้งหมด แล้วเกิดการยอมรับ โดยไม่เข้าไปยึดติดหรือมีปฏิกิริยาต่อพวกมันซึ่งเป็นกระบวนการ (Decentering แปลว่า ไม่ยึดว่าเป็นตน) ที่ช่วยหยุดการตีเตียนตนเอง การหมกมุ่นครุ่นคิด และอารมณ์ที่ไม่ดี ที่ล้วนอาจเกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาต่อรูปแบบความคิดที่ไม่ดี โดยเหมือนกับ CBT การบำบัดนี้อาศัยทฤษฎีที่ว่า เมื่อบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าเกิดความทุกข์ พวกเขาจะกลับไปใช้กระบวนการความคิดอัตโนมัติที่สามารถลดขนาดของภาวะซึมเศร้า (depressive episode) ขึ้นอีก จุดมุ่งหมายของ MBCT ก็เพื่อจะระงับกระบวนการอัตโนมัติเหล่านี้และฝึกให้คนไข้มีปฏิริยาน้อยลงต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา แล้วแทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินตีความไม่ว่าจะเป็นด้านดี หรือด้านไม่ดี การฝึกสติเช่นนี้ทำให้สามารถสังเกตกระบวนการอัตโนมัติที่กำลังเกิดขึ้นแล้ว เปลี่ยนปฏิกิริยาของตนให้เป็นความพินิจพิจารณา จะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

Jon Kabat – Zinn ได้ให้ความหมายของ “สติ” ซึ่งมีแนวคิดมาจากพระพุทธศาสนาว่าเป็นการเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมายอยู่ที่ ขณะปัจจุบัน โดยไม่มีการตัดสินใจ เป็นวิธีมองเข้าไปอย่างลึกในความเป็นตัวตนเรา ให้เข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ โดยสติจะเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเยียวยา สติช่วยเพิ่มพลังแห่งความเป็นอิสระในระบบการคิด เมื่อบุคคลเริ่มใส่ใจหรือตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มมากขึ้น สิ่งต่างๆรอบตัวเราจะเปลี่ยนไป กล่าวคือเห็นรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น ได้เห็นและรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน การรับรู้ ณ ปัจจุบันขณะว่าตนทำอะไร เป็นสิ่งที่จำเป็นของการฝึกสติ (วิยะดา ชาติขานี, 2554)

3.4 องค์ประกอบของการเจริญสติ มหาวิทยาลัย

กงจักร คำสอนลา และเพ็ญพัทตร์ อุทิศ (2557) จุดกำเนิดของคำว่า “สติ” (Mindfulness) นั้นได้มีการอธิบายและพูดถึงกันมานานแล้วในพุทธศาสนาซึ่งมีมากกว่า 2500 ปี โดยในทางพุทธศาสนา สติ หมายถึงความระลึกได้ การตื่นตัว การรับรู้สิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การตระหนักรู้ว่าควรทำอย่างไรต่อสิ่งนั้นๆ สติโดยทั่วไป คือ การไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยอารมณ์ให้ผ่านเรื่อยไป หรือไม่ปล่อยความนึกคิดฟุ้งซ่านไปในอารมณ์ต่างๆ องค์ประกอบของสติ กล่าวว่า สติประกอบด้วย 2 ประการ คือ การใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the Present) และทัศนคติของการยอมรับ (Acceptance)

Segal, Williams and Teasdale (2002) สติ (Mindfulness) สติ คือ ความระลึกได้ เพื่อช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ ปัจจุบัน และยอมรับความจริง เข้าถึงปัญหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นทักษะสำคัญ

ของการเจริญสติ และการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความกรุณาตนเองมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และบุคลิกภาพ การมองโลกในแง่ดี อารมณ์ด้านบวกและสัมพันธ์ด้านลบกับอาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ช่วยให้มีการดำรงชีวิตอย่างผาสุก Neff กล่าวว่าความสัมพันธ์ด้านบวกระหว่างอารมณ์ด้านบวก และความกรุณาตนเองช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับอารมณ์ด้านลบ การไม่ตัดสิน การตระหนักรู้ เพิ่มระดับอารมณ์ด้านดีได้ Neff (2003, 2007)

4. แนวคิดทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติ การหมกมุ่นครุ่นคิด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สุदारตัน วิจิตรเศรษฐกุล (2556) กล่าวว่า ความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยอาจช่วยยืดชีวิตของคน แต่ไม่รับประกันว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ นั่นจึงเป็นเหตุผลที่วงการแพทย์กำลังค้นหาศาสตร์ ที่จะเป็นคำตอบของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ การผลิตยาหรือสารเคมีต่างๆ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย แม้กระทั่งกระบวนการรักษาพยาบาล แต่ยังคงค้นหาไปข้างหน้าเรากลับพบว่าสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่เดิมต่างหากที่สามารถเป็นคำตอบได้มากกว่า เราจึงย้อนกลับไปมองที่จุดกำเนิดของสิ่งมีชีวิต โดยลงลึกถึงระดับยีน หรือโมเลกุลต่างๆ ที่เราให้เชื่อมั่นว่าธรรมชาติ แต่ก็ยังไม่เป็นคำตอบ

แม้กระทั่งการทำงานของสมอง (ระบบประสาท) ที่เรายังค้นหากันไม่เจอ ซึ่งมีอนุภาพต่อการดำรงชีวิต ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

แท้จริงแล้ว มันมีจุดกำเนิดที่ลึกกว่าคำว่าธรรมชาติ นั่นคือโครงสร้างของธรรมชาติ ซึ่งถูกเรียกว่า ปรมาตม์ คือสิ่งที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้เมื่อ 2,600 กว่าปีก่อน แต่มันถูกบดบังด้วยประวัติศาสตร์ที่บิดเบือน ดังนั้น เมื่อเราแกะรอยประวัติศาสตร์ และถอดรหัสปรมาตม์ได้แล้ว เราจะพบว่า สิ่งที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้เป็นการบริหารจัดการวิญญาณ และทำให้เราเข้าใจกายวิภาคของวิญญาณ (จิต + เจตสิก) ซึ่งวิญญาณคือสิ่งที่อยู่ในตัวเรา มีกระบวนการการทำงานที่เราจะสั่งให้มันควบคุมสิ่งต่างๆ ภายในร่างกายได้ จึงทำให้เราพบว่า สมองเป็นแค่กระบวนการเชื่อมโยงระหว่างวิญญาณกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเป็นคำตอบในการบริหารจัดการโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ และภาวะความเจ็บป่วยทั้งหมดด้วย และนี่คือคำตอบของสิ่งที่วงการแพทย์กำลังค้นหา ที่ว่าด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย โดยการแพทย์ การต่อสู้โรค การควบคุมโรค การบริหารจัดการโรค ด้วยวิญญาณตัวเอง การใช้ชีวิต การสื่อสาร การบริหารองค์กร

ฯลฯ อย่างมีคุณภาพ เพียงแค่เรารู้จักและเข้าใจกระบวนการทำงานของ “วิญญาน” ซึ่งมีอิทธิพลต่อสรรพสิ่งและสรรพชีวิตทั้งหมดที่มีอยู่ในโลกใบนี้

พระพุทธเจ้าตรัสรู้อะไร

พระพุทธเจ้าตรัสรู้โครงสร้างทั้งหมดของโลกที่เรียกว่า ปรมาตม์ ถูกรวบรวมไว้ในพระไตรปิฎกหมวดหนึ่ง ที่เรียกว่าพระอภิธรรม มีทั้งหมด 42,000 พระธรรมขันธ์ โดยมีปรมาตม์ที่สูงที่สุด คือปรมาตม์สัจจะ คือสิ่งที่เป็นจริงในความหมายสูงสุด ประกอบด้วย รูป จิต เจตสิก นิพพาน

โดยแบ่งออกเป็น 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ สิ่งที่จับต้องได้ คือ รูป และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ แต่พระพุทธเจ้าทรงอธิบาย จนจับต้องได้ คือ จิต เจตสิก และนิพพาน

รูป เปรียบเหมือน รถยนต์

จิต เปรียบเหมือน คนขับ

เจตสิก เปรียบเหมือน สมอคนขับ

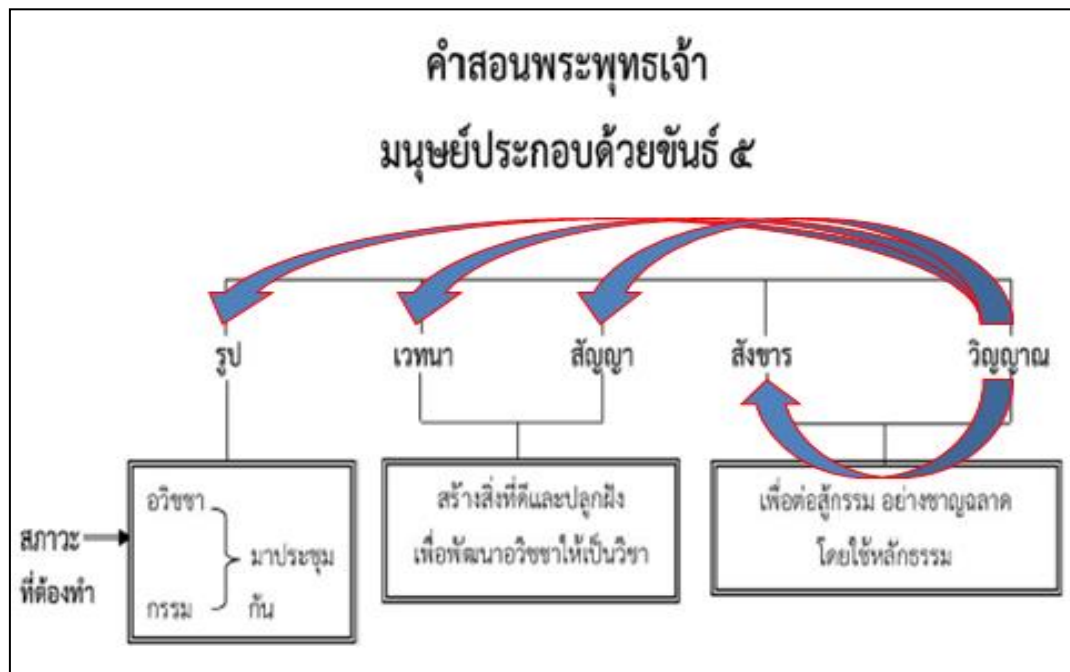
นิพพาน คือ สภาวะที่เป็นสุขสูงสุด ดับกิเลสและกองทุกข์ได้แล้ว

ซึ่งปรมาตม์สัจจะ จะทำให้เราเข้าใจและเชื่อมโยงปรมาตม์ทั้งหมดได้ (ในโครงการวิจัยนี้จะทำให้เราเข้าใจวิธีการขับรถอย่างมีคุณภาพและมีความสุข รวมทั้งการบริหารจัดการซ่อมรถได้ด้วยตนเอง)

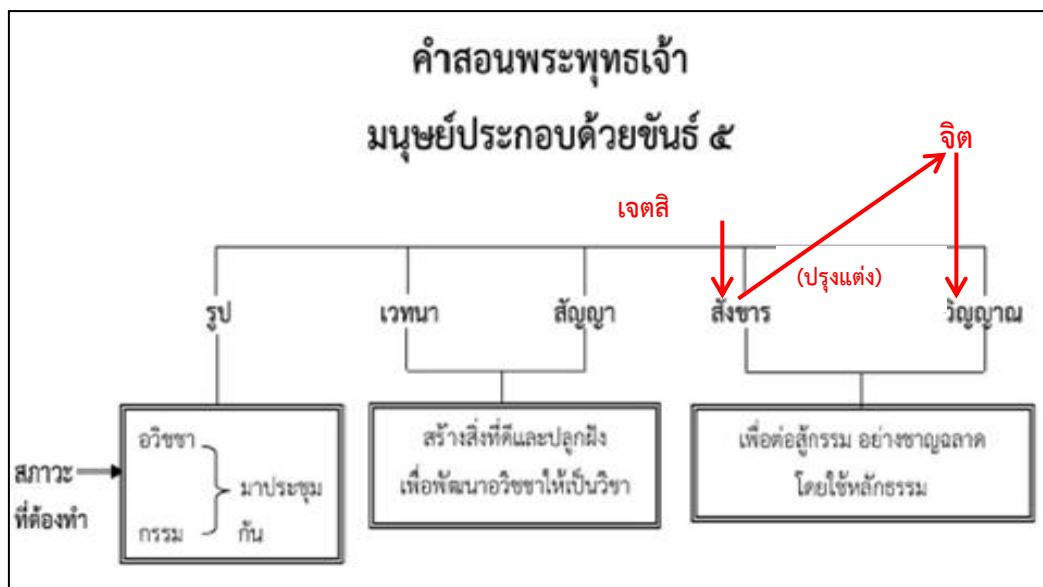


ภาพที่ 1 โครงสร้างหลักของพระไตรปิฎก และเหตุแห่งการล่มสลาย

วิญญาน เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างเจตสิก (ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 52) ทำงานร่วมกับจิต (ซึ่งมีขบวนการทำงาน 14 ขั้นตอน) โดยผ่านการทำงานของขบวนการใช้ขั้น 5 อย่างถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ จึงทำให้เจตสิกเกิดการปรุงแต่ง (สังขาร) โดยจิตจนจุดเป็นวิญญาน ซึ่งต้องมีรูปอาศัยมารองรับ คือ กัมมัฏฐานตา (คือวิญญาน ที่ใช้ปัญญาและมีพลังที่ทรงอำนาจจนสามารถควบคุมบริหารจัดการร่างกายให้มีสุขภาพดีรวมทั้งรักษาอาการเจ็บป่วยภายใต้การจัดการตนเอง)



ภาพที่ 2 การจับคู่การทำงานของขั้น 5



ภาพที่ 3 หลักการที่ทำให้เห็นการทำงานของวิญญาณ

ซึ่งในกระบวนการขับเคลื่อนนามรูป (กัมมัฏฐตา) มีรายละเอียด ดังนี้
รูปชั้น ถูกขับเคลื่อนโดยวิญญาณชั้นที่จิต ที่ปฏิสนธิจนจุติ เป็นเหตุและปัจจัย
วิญญาณชั้น ถูกขับเคลื่อนโดยสังขารชั้น ที่มีเจตลีเข้ามาปรุงแต่ง ทำให้จิตปฏิสนธิ เป็นเหตุและปัจจัย

ดังนั้น สังขารชั้น มูลเหตุคือ เจตลี

วิญญาณชั้น มูลเหตุคือ จิต

ทั้ง 2 อย่างนี้ เป็นเหตุและปัจจัย ในการขับเคลื่อนรูปชั้น ในการดำรงชีวิต และการดูแลจัดการกับปฐวีธาตุ 19 (ธาตุดิน ที่หมายถึงอวัยวะต่างๆ ที่จับต้องได้) อาโปธาตุ 12 (ธาตุน้ำ ที่หมายถึงของเหลวในร่างกายทั้งหมด) โดยใช้มัตถลุงค์ (ต่อมได้สมอง) เพื่อเป็นตัวควบคุมสมองและธาตุต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น (ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการวิจัยเรื่อง ศาสนาพุทธคือคำตอบทางการแพทย์)

ขับเคลื่อนเวทนาชั้น ในการเรียนรู้ (ซึ่งหมายถึง ทุกการเรียนรู้ต้องทำตัวให้เสมือนหนึ่งเป็นแก้วเปล่า พร้อมทั้งใส่น้ำทุกอย่างที่มีคนนำมาให้ และใช้ขบวนการของวิญญาณกัมมัฏฐตาพิจารณาก่อนบริโภค)

ขับเคลื่อนสัญญาชั้น คือการแสดงออก ซึ่งมทั้งภายใน (คือความคิด) และภายนอก(คือการทำและคำพูด)

และควบคุมสังขารชั้น ไม่ให้เกิดการปรุงแต่ง วิญญาณอุปายะ (คือวิญญาณที่ก่อให้เกิดโรคและซ้ำเติมความเจ็บป่วยทุกมิติ)

“ถ้าดีขั้น 5 แยก แยกขั้น 5 ได้ นิพพานก็เป็นที่มา”

ความรู้ความเข้าใจอิทธิธรรมที่ใช้ในการวิจัยนี้

ประยุทธ์ ปยุตโต (2518) อากาที่พระพุทธเจ้าทรงสั่งสอน 3 คือ ลักษณะการสอนของพระพุทธเจ้า ที่ทำให้คำสอนของพระองค์ ควรแก่การประพฤติปฏิบัติตาม และทำให้เหล่าสาวกเกิดความมั่นใจเคารพเลื่อมใสในพระองค์อย่างแท้จริง

1. อภิญญาธัมมเทศนา (ทรงแสดงธรรมด้วยความรู้ยิ่ง, ทรงรู้ยิ่งเห็นจริงเองแล้วจึงทรงสอนผู้อื่น เพื่อให้รู้ยิ่งเห็นจริงตาม ในธรรมที่ควรรู้ยิ่งเห็นจริง)
2. สนิทานธัมมเทศนา (ทรงแสดงธรรมมีเหตุผล, ทรงสั่งสอนชี้แจงให้เห็นเหตุผล ไม่เลื่อนลอย)
3. สัจปาฏิหาริย์ธัมมเทศนา (ทรงแสดงธรรมให้เห็นจริงได้ผลเป็นอัศจรรย์, ทรงสั่งสอนให้มองเห็นชัดเจนสมจริงจนต้องยอมรับ และนำไปปฏิบัติได้ผลจริงเป็นอัศจรรย์)

สติ (Mindfulness) หมายถึง ความระลึกได้ มีหมวดธรรมชื่อว่า มหาสติปัฏฐาน 4 แปลว่าการใช้สติมีฐานใหญ่อยู่ 4 ฐาน ประกอบด้วย 1) กาย 2) เวทนา 3) จิต 4) ธรรม

หมวดธรรมนี้ หมายถึง ให้วิญญูณที่ขจัดอวิชชาแล้วควบคุมวิญญูณที่เป็นอวิชชาโดยใช้สติไม่ให้เกิดขึ้นอีก โดยการใช้อิทธิธรรมหมวดที่ว่าด้วยอาหาร 4 ควบคุม กล่าวคือ การควบคุมการที่จับต้องได้ คือ 1) กาย ควบคุมโดย กวฬิงการาหาร (คำข้าว คำน้ำ คำอากาศ) และควบคุมกายไม่ให้ตกไปอยู่ในที่อโคจร (สถานที่ที่จะให้วิญญูณตัวอวิชชากลับมาได้อีก) และการควบคุมอีก 3 ตัวที่เหลือ คือ เวทนา จิต และธรรม เป็นการควบคุมไม่ให้วิญญูณที่เป็นอวิชชาเกิดขึ้นใหม่ โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนเกิดคุมเวทนา ขณะเกิดคุมจิต เกิดขึ้นสำเร็จแล้วแต่ทฤษฎีกรรมยังไม่เกิดคุมธรรม

2) เวทนา หมายถึง เสวยอารมณ์ เป็นการควบคุมก่อนที่วิญญูณจะเกิดโดยควบคุมการเลือกผัสสะอารมณ์ เหมือนหนึ่ง น้ำเป็นอารมณ์ทุกอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีหลายละเอียดมากกว่า 2 อารมณ์ขึ้นไป การจะดื่มน้ำได้ (เสวยอารมณ์) ให้รู้จักพิจารณาเลือกน้ำแก้วที่ใสบริสุทธิ์ที่สุด หมวดธรรมในการควบคุมเวทนา คือ อาหาร 4 นั้นหมายถึง การควบคุม ผัสสาหาร

3) จิต คือ การควบคุมขบวนการของวิถีจิต 14 ขั้นตอน เพื่อไม่ให้วิญญูณเกิด ซึ่งในขบวนการนี้มี 3 ขบวนการที่ว่าด้วยรับอารมณ์ (สัมปฏิจฉนะ) พิจารณาอารมณ์ (สันตிரณะ) และตัดสินอารมณ์ (โวกุฐัพพะนะ) เหมือนหนึ่งเมื่อเราเลือกผัสสะแก้วน้ำแล้ว (ผัสสาหาร) ก็จะทำให้การกินน้ำในแก้วหรือเรียกว่า เสวยอารมณ์ (เวทนา) ในขบวนการของการควบคุมจิตนี้ หมายถึง ห้ามเราอย่าไม่ให้กลืนลงไปโดยผ่านการ test ที่ลิ้นก่อน คือ 3 ขั้นตอนในขบวนการวิถีจิต 14 ขั้นตอน ดังกล่าวข้างต้น เพราะน้ำที่ใสบริสุทธิ์นี้ อาจจะมีรสเปรี้ยว(น้ำส้มสายชู) หรือรสเค็ม(น้ำเกลือ) นั่นหมายถึง อารมณ์ที่

อาจจะนำไปสู่วิญญานที่เป็นอวิชชา หมวดธรรมในอาหาร 4 ในการควบคุมจิตนี้เรียกว่า มโนสังขเจตนาหาร

4) ธรรม ธรรมในความหมายนี้ คือความผิดพลาดในการใช้เวทนาและใช้จิต จึงทำให้จิตทำหน้าที่ครบ 14 ขั้นตอน แล้วเกิดวิญญาน เมื่อวิญญานเกิด หมายถึง สภาวะธรรมเกิด วิญญานดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นจากความผิดพลาด ความไม่รู้ ที่เรียกว่าอวิชชา จึงมีความจำเป็นเพื่อปกป้องวิญญานไม่ให้ก่อเกิดทฤษฎีกรรม (คือการแสดงออกทางกาย เรียกว่า กายวิญญูติ และการแสดงออกทางวาจา เรียกว่า วจีวิญญูติ) ด้วยการหยุดอาหารของวิญญาน (ธรรม) อาหารดังกล่าวนี้เรียกว่า วิญญานอาหาร

การใช้วิธีนี้มีหมวดธรรมเรียกว่า สัมมปปธาน 4 หรือ ปธาน 4 ประกอบด้วย

1) สังวรปธาน คือ การเพียรสังวรบาปอกุศล (ความไม่ดี ความเลว ความชั่ว ที่เกิดจากความไม่ฉลาด) ที่ยังไม่เกิดไม่ให้เกิดขึ้น กล่าวคือ การใช้หมวดธรรมนี้เป็นการใช้เพื่อควบคุมการใช้เวทนา และจิต ในมหาสติปัฏฐาน 4

2) ปหานปธาน คือ การเพียรประหารบาปอกุศล (ความไม่ดี ความเลว ความชั่ว ที่เกิดจากความไม่ฉลาด) ที่ก่อเกิดขึ้นแล้วให้หมดไป กล่าวคือ การใช้หมวดธรรมนี้เป็นการใช้เพื่อควบคุมการใช้วิญญาน (ธรรม) ในมหาสติปัฏฐาน 4

3) ภาวนापธาน คือ การเพียรเจริญกุศล (ความฉลาด) ให้เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ

4) อนุรักษนาปธาน คือ การเพียรอนุรักษกุศล (ความฉลาด) ให้มีมากขึ้น

สำหรับข้อ 1 ข้อ 2 นี้ เป็นการควบคุมการใช้สติเพื่อบริหารเวทนาและสัญญาในชั้น 5 โดยการควบคุมสังขาร (การปรุงแต่งในชั้น 5) เพื่อไม่ให้ก่อเกิดวิญญานที่จะนำมาซึ่งความเจ็บป่วย (วิญญานอวิชชา)

สำหรับข้อ 3 ข้อ 4 นี้ เป็นการเพิ่มพูนและเปลี่ยนแปลงสัญญาที่มีอยู่ในชั้น 5 ให้เป็นความคิดเห็นที่ถูกต้อง (ทิฏฐิสุขัมม)

กระบวนการนี้เป็นการรักษา และแก้ไขอาการป่วยโดยใช้ปัญญา เป็นวิธีการของ วิปัสสนาภาวนา

สมาธิ หมายถึง การตั้งใจมั่น (concentrate) กล่าวคือ เป็นการพัฒนาวิญญานที่มีการเจ็บป่วยและธารงค์ไว้ซึ่งวิญญานที่รู้ศาสตร์ในการป้องกันและรักษาให้ดำรงอยู่ตลอดไป โดยการใช้สติ

นั่งสมาธิ (meditation) เป็นหนึ่งในหลายๆ รูปแบบของคำว่า สมาธิ(concentrate) เป็นการนำมาใช้เพื่อดับความทุกข์ (วิญญานที่เจ็บป่วย) โดยใช้อย่างใดอย่างหนึ่งในกรรมฐาน 40 เพื่อดับทุกข์แต่ละประเภท เป็นวิธีของ สมถภาวนา

พรหมวิหารธรรม 4 ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา เป็นหมวดธรรมเพื่อให้เราบริหารจัดการเจตสิก ในหมวดธรรมที่ว่า อัปมัญญาเจตสิก 2 ประกอบด้วย กรุณา มุทิตา อย่างมีประสิทธิภาพและอิงหลักธรรม กล่าวคือ การใช้การกรุณา มีความจำเป็นต้องมีเมตตาเป็นพื้นฐาน เพื่อให้การกรณานั้น เป็นการกรุณาที่บริสุทธิ์ เพราะถ้ากรุณาใดขาดเมตตาเป็นพื้นฐานการกรณานั้น จะเปลี่ยนเป็น การลงทุนกรุณา ทันทิ ซึ่งผลของการลงทุนจะมีผล 3 อย่างคือ ความสมหวัง ความล้มเหลว และความเสมอตัว

มุทิตาก็เช่นกัน จำเป็นต้องมีอุเบกขาเป็นตัวกำกับเพื่อให้การมูทิตานั้นบริสุทธิ์ และอิงหลักธรรม

ณาน 4 แปลว่า การเพ่งอารมณ์ มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิตก 2) วิจาร์ณ 3) ปิติ 4) สุข 5) เอกัคคตา หมวดธรรมนี้ จะทำให้เห็นจุดบกพร่องของอาการป่วยในการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งจะนำมาให้เกิดอาการซึมเศร้า กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการหยิบเรื่องใดเรื่องหนึ่งขึ้นมาคิด (วิตก) แล้วไม่สามารถหาคำตอบได้ (วิจาร์ณ) การรักษาและแก้ไขในการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งจะนำมาให้เกิดอาการซึมเศร้านี้ จึงจำเป็นต้องใช้ขบวนการของสติที่ใช้วิริยะ (สัมมปปธาน 4) ในการบริหารจัดการ โดยสรุป คือ วิตกใดถ้าวิจาร์ณไม่ได้ ก็ให้ประหารทิ้ง และชี้ให้เห็นโทษ ส่วนวิตกใดที่สามารถวิจาร์ณได้ จะทำให้เห็นคุณประโยชน์ของวิตกที่วิจาร์ณได้ และผลของมันจะทำให้ผู้ป่วยนำมาซึ่งปิติ, สุข และเอกัคคตา นั้นหมายถึง ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิญญานเป็นหมอ สามารถรักษาอาการป่วย และควบคุมอาการป่วยไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำซ้อนภายใต้การบริหารจัดการด้วยตัวเอง

พละ 5 อินทรีย์ 5 แปลว่า สิ่งที่เป็นใหญ่ในการทำกิจนั้น มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) สัทธา 2) วิริยะ 3) สติ 4) สมာธิ 5) ปัญญา เป็นหมวดธรรมสำคัญ ที่ทำให้เกิดผลของการแก้ปัญหาโดยใช้หลักธรรมอันประกอบด้วยปัญญาเป็นการนำมาซึ่งความเจริญในการหลุดพ้นที่วาดด้วย วิปัสสนาภาวนา โดยมีสาระหลักที่ทางคัมภีร์ธรรมมาตของคัมภีร์ธรรมดังกล่าว ซึ่งไม่ได้ตอบด้วยตัวเอง กล่าวคือ สัทธา มีองค์ธรรมที่เรียกว่า “โยนิโสมนสิการ” สัทธาใดที่ไม่มีองค์ธรรมเป็น “โยนิโสมนสิการ” สัทธานั้นจึงกลายเป็น ศรัทธา ที่ประกอบด้วยความมกมาย และเป็นต้นเหตุในอาการป่วยของจิตเวชทั้งหมด ส่วนวิริยะ สติ สมာธิ และปัญญา ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว

สรุป เราจะเห็นได้ว่า จากแนวคิดของ Neff & Germer (2013) เป็นการนำแนวคิดของพระพุทธศาสนามาเป็นหลักการในการลดภาวะซึมเศร้า และเมื่อผู้วิจัยค้นคว้าคำตอบในพระพุทธศาสนาเพิ่มเติม จึงมองเห็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบเป็นขั้นเป็นตอนและมีเหตุมีผล และค้นพบว่า หลักการในศาสนาพุทธสามารถตอบได้มากกว่าโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคจิตเวช นั้นหมายถึง สามารถตอบอาการป่วยทางจิตเวชได้หมด เพราะพระพุทธเจ้าพูดถึงการบริหารจัดการวิญญาน (จิต)

5. การประยุกต์โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theorists) ของ Beck (1967) เพื่ออธิบายกลไกและเป็นแนวทางบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าปัจจุบันมีการนำทฤษฎีใหม่ๆ เช่น ทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the response styles theory) ของ Nolen-Hoeksema (1991, 2000) มาใช้โดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือการหมกมุ่นครุ่นคิดด้านลบ (ruminative thought) เกี่ยวกับตนเอง สาเหตุของปัญหาและความรู้สึกเศร้าของตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และอาการที่คงอยู่ในผู้ป่วยรายเก่า (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Watkins, 2008) ทั้งนี้ พบว่าแนวคิด “ความกรุณาตนเอง” (Self-compassion) ของ Neff (2009, 2012) สามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขรูปแบบการตอบสนองซึ่งเป็นความคิดด้านลบ (ruminative thought) ดังกล่าว และส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง (Raes, 2011) โดยมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการตอบสนองในลักษณะความคิดด้านลบเป็นตัวแปรกลางที่สำคัญ (a significant mediator) ระหว่างความกรุณาตนเองและอาการซึมเศร้า อีกทั้งความกรุณาตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาตนเอง ความหมกมุ่นครุ่นคิด อาการซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ โดยประยุกต์จากโปรแกรม mindful Self-Compassion ของ Neff and Germer (2013) เป็นกระบวนการที่เพิ่มความกรุณาตนเอง ที่มุ่งเน้นให้เกิด 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเมตตาต่อตนเอง (Self - kindness) เป็นการต่อสู้กับการตัดสินตนเอง โดยทำความเข้าใจตนเองด้วยความเมตตา มากกว่าการวิพากษ์ วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง 2) เข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน (perception of common humanity) เป็นการต่อสู้กับการแยกตัว ด้วยการมองประสบการณ์ของตนเองว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ปุถุชนทั่วไปก็ประสบได้ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่แปลกแตกต่างจากผู้อื่น และ 3) การเจริญสติ (Mindfulness) เป็นการต่อสู้กับการตีความมากเกินไปจนความเป็นจริงที่เรียกว่า “over-identification” ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มความกรุณาตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้จะมีการดำเนินกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดำเนินติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมเป็น 4 สัปดาห์ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม เพื่อให้เกิดการพึ่งพาอาศัยและมีผลประโยชน์ร่วมกัน เข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และนำมาปรับใช้สภาพปัญหาของตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ได้อย่าง

เหมาะสม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่จะมีการปรับเพื่อให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามบริบทของประเทศไทย รายละเอียดของการพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรม mindful Self-Compassion ของ Neff and Germer (2013) ร่วมกับการนำแนวทางพุทธศาสนา มาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion	แนวทางของ พุทธศาสนา	การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม
<p>ขั้นตอนที่ 1 Discovering mindful self- compassion การค้นพบการใช้สติ ด้วยความกรุณาตนเอง เป็นการแนะนำให้รู้จัก กับโปรแกรม และทำ ความรู้จักกับผู้เข้าร่วม โปรแกรม ประสบการณ์ ในการฝึกเจริญสติ ให้ ฝึกสังเกตความแตกต่าง ระหว่างการปฏิบัติกับ คนที่ตนรัก กับการ ปฏิบัติต่อตนเองเมื่อมี ปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต สอนองค์ประกอบของ ความกรุณาซึ่งมีอยู่ 3 องค์ประกอบ สอนให้ หยุดการหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เกิดขึ้นโดยใช้ 3</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ในขั้นตอนนี้เป็นการปลุกวิญญาณ (อาการป่วย)หรือสร้างวิญญาณ(เข้า ใจความเป็นมนุษย์ที่เป็นมิตรกับตัวเอง เพื่อบริหารจัดการขั้น 5 ในระดับ ต่อไป</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพ การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการ ให้ความรู้ความสำคัญของ ความกรุณาตนเอง (Self- compassion) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์ ของการทำกิจกรรมกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับ การทำ ข้อตกลงเรื่องกติกาการเข้ากลุ่ม จากนั้นให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่อง โรคซึมเศร้า และการจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นสาเหตุ การเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (the response style theory) โดยอธิบายถึงโรคซึมเศร้าว่าเกิด จากการตอบสนองต่ออาการ ซึมเศร้าหรือกดดันด้วยรูปแบบ แบบเดิมซ้ำๆ และต่อด้วยการให้</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
<p>องค์ประกอบพูดกล่าว กับตนเอง คือ 1) ความ เมตตาตนเอง 2) ความ เข้าใจในการเป็นมนุษย์ ปุถุชน 3) การเจริญสติ เพื่อปลดปล่อยจาก ความคิดดังกล่าว ไม่ให้ รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความ สบายใจ และการฝึกให้ ตนเองสงบโดยหา ตำแหน่งบนร่างกายที่ ทำให้ตัวเองเกิดความ สบายใจ</p>		<p>ความรู้และทำความเข้าใจกับ ผู้ป่วยเกี่ยวกับความกรุณาต่อ ตนเองและองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ความเมตตาตนเอง 2) ความเข้าใจในการเป็นมนุษย์ ปุถุชน 3) การเจริญสติ</p>
<p>ขั้น ต อ น ที่ 2 Practicing mindfulness การฝึกการเจริญสติ การฝึกสติให้เกิดการ ตระหนักรู้ในปัจจุบัน เพื่อเกิดการยอมรับ โดย แนะนำการฝึกเจริญสติ ทั้ง ภ า ค ท ธ ช ฎี และ ภาคปฏิบัติ โดยมุ่งความ สนใจไปที่สิ่งๆหนึ่ง ณ ปัจจุบัน เช่น ลมหายใจ</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนนี้ เป็นการให้วิญญานที่ป่วยใช้ สติในระดับเบื้องต้นโดยการนั่งสมาธิ ก่อน เพื่อเป็นการดับอาการป่วยก่อน (ดับทุกข์) และฝึกการใช้สติด้วยการนั่ง สมาธิเป็นจุดเริ่มต้น และเริ่มฝึกการ กรุณาตนเองด้วยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน (สมถภาวนา) โดยใช้วิธี สมถภาวนา และเรียนรู้การเจ็บป่วยของการ หมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุอาการ ซึมเศร้า</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และ การเจริญสติด้วยสมาธิ การ ค้นหาและตรวจสอบการ หมกมุ่นครุ่นคิด ผู้วิจัยการให้ความรู้พื้นฐานของ การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ และฝึกปฏิบัติการเจริญสติด้วย การฝึกสมาธิโดยการกำหนดลม หายใจ เพื่อให้เกิดการตระรู้ และค้นหาตรวจสอบการหมกมุ่น ครุ่นคิดเพื่อประเมินตนเอง ร่วมกับการมอบหมายการบ้าน</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
		<p>ให้ฝึกสมาธิประจำวัน</p>
<p>ขั้น ตอน ที่ 3 Practicing loving-kindness meditation การฝึกสมาธิด้วยการแผ่เมตตา ให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ถึงการใชสมาธิในการแผ่เมตตา รวมถึงการพูดกับตนเองซ้ำๆ เช่น “ฉันปลอดภัย” “ฉันเมตตาต่อตนเอง” เพื่อเป็นการมุ่งความสนใจเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และค้นพบสิ่งที่อยู่ในใจที่ทำให้เกิดความทุกข์ ความกลัว และนำความเมตตาเข้าไปสู่ตัวเราเอง กระบวนการนี้เป็นการเปิดรับและใช้ความเมตตาตนเองเข้าไป</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาวิญญานและเรียนรู้ศาสตร์ที่จะเป็นแพทย์รักษาตนเอง เป็นการฝึกฝนในขั้นตอนที่ 2 ถุกต่อยอดให้มองเห็นโทษของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งจะนำมาซึ่งสาเหตุอาการซึมเศร้า และเกิดการชั่งน้ำหนักทางความคิดและมีสติในการคิดที่จะเมตตาตนเอง (การเริ่มใช้ปัญญาโดยใช้หลักการเริ่มต้นวิปัสสนาภาวนา)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ผู้วิจัยให้ฝึกการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เป็นการต่อยอดการฝึกเจริญสติด้วยการทำสมาธิจากขั้นตอนที่ 2 และให้วิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดโดยฝึกการเป็นผู้วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ผู้ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์และเป็นผู้สังเกตการณ์ที่มีความกรุณาตนเอง เพื่อเกิดการรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และไม่ตัดสินตนเองหรือตีความสิ่งที่เกิดขึ้นเกินความเป็นจริง มอบหมายการบ้านฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน เพื่อเกิดความต่อเนื่อง</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
<p>บำบัด</p>		
<p>ขั้นตอนที่ 4 Finding your compassionate voice การค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง เป็นการขยายความ เรื่องการแผ่เมตตาโดย เพิ่มเติมจากส่วนที่พูดให้ ความเมตตาเข้าใจกับ ตนเอง คือชี้ให้เห็นถึง ความต่างของคำว่า การ เมตตาตนเอง กับ การ วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนดังกล่าวนี้ เมื่อผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าได้รับองค์ความรู้ที่ 2 (การใช้ เวทนา) และเข้าไปเปลี่ยนแปลงองค์ ความรู้ที่ 1 (การใช้สัญญา) ด้วยวิธีการ ซึ่งนำหนักให้มองเห็นสิ่งที่ดีกว่า เข้าไป เปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) หรือเข้าไปแทนที่สิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) เพื่อให้ตระกร้าแห่งความคิด (สัญญา) เริ่มเป็นความคิดเห็นที่ถูกต้องเรื่อยๆ (ทิฏฐุชุกัมม) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่ จะทำให้พบความสุข (บุญกิริยาวัตถุ 10) นั่นหมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเริ่ม เปลี่ยนแปลงเรียนรู้และฝึกฝนที่จะเป็น</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การฝึกเจริญสติ เพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรง อยู่ การจัดการกับการหมกมุ่น ครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียง ความกรุณาของตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ ตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจ เป็นพื้นฐานและยังคงรู้ในกิจที่ ทำ จากนั้นให้ค้นหาเสียงความ กรุณาตนเอง ที่มีความเมตตาต่อ ตนเอง แทนการวิพากษ์วิจารณ์ ตนเองโดยคติวลีของตนเอง และ ใช้วลีนั้นบอกกับตนเองในยามที่ ประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่พอใจ เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความ</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
<p>เพื่อ ค้น พบ ภาษาที่ สนับสนุนให้เข้าสู่การ ตระหนักรู้ตนเอง ไม่ ตีความเกินความเป็น จริง</p>	<p>แพทย์รักษาตนเอง จะทำให้เกิดการใช้สติแบบต่อเนื่อง และเพิ่มความกรุณาตนเอง เริ่ม มองเห็นคุณและโทษของการหมกมุ่น ครุ่นคิดที่เป็นต้นเหตุของอาการ ซึมเศร้า ด้วยการกรณากับวิธีคิดเดิมๆ โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน ทำให้เห็น ความคิดที่มีการใช้สติอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการของวิตก และมี วิจารณ์ ผลที่ได้จะนำมาซึ่ง ปิติ และ ความสุข และมองเห็นโทษการหมกมุ่น ครุ่นคิดนั้นเป็นวิตก ที่ไม่มีข้อสรุป หรือไม่มีการวิจารณ์ นั่นเอง ความทุกข์จึง เกิด และเป็นต้นเหตุแห่งอาการ ซึมเศร้า</p>	<p>หมกมุ่นครุ่นคิดที่ตามมาอัน ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า</p>
<p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> Living deeply แก่นของการใช้ชีวิต เป็นการสำรวจว่า เป้าหมายในชีวิตของ ตนเองที่แท้จริงของ ตนเองคืออะไร เพื่อให้ การดำเนินชีวิตที่ต้อง ประสบปัญหาไม่เป็นไป ในสิ่งที่ตนเองชอบ แต่ก็</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> ขั้นตอนนี้เป็นการให้วิญญานบริหาร จัดการสังขารเพื่อฝึกฝนที่จะเป็นแพทย์ รักษาตัวเอง เป็นการต่อยอดที่กล่าวไว้ ในขั้นตอนที่ 4 ข้างต้น โดยเปลี่ยนการ ใช้สติตามรู้อีกรูปแบบหนึ่ง เป็นการฝึก ตามรู้รูป ซึ่งต่างจากขั้นตอนที่แล้ว ซึ่ง เป็นการตามรู้นาม จะทำให้เกิดการ เริ่มต้นกระบวนการใช้วิปัสณาภาวนา</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> การฝึกเจริญสติ ด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่ว ร่างกาย การรู้ทันความ หมกมุ่น ผู้วิจัยให้ฝึกการเจริญสติด้วยการ ฝึกสมาธิ ฝึกสติ และสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย(Body scan) เป็นการต่อยอดจากการ ฝึกเจริญสติครั้งก่อนๆและให้ ผู้ป้วยค้นหาแนวทางการจัดการ</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
<p>สามารถอยู่ร่วมกับสิ่ง นั้นได้อย่างมีความสุข โดยที่ไม่ต้องการความ เป็นคนสมบูรณ์แบบ ทั้งหมด</p>		<p>กับความหมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) อันเป็น สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และการคงอยู่ของอาการ ซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วย เกิดการ สร้างความกรุณาตนเองโดยให้ เขียนจดหมายถึงตนเอง และ มอบหมายการบ้านการฝึกจิต : สมาธิและสติทั่วร่างกาย เพื่อเกิด ความต่อเนื่องในการเจริญสติ</p>
<p>ขั้นตอนที่ 6 Managing difficult emotions การรับมือ กับอารมณ์ที่รุนแรง เรียนรู้ธรรมชาติของ อารมณ์ และ องค์ประกอบของ อารมณ์ คือ เป็น ปฏิกิริยาของร่างกายที่ ตอบสนองออกมา โดยมี ความสัมพันธ์กับทาง ร่างกาย อารมณ์ สอน วิธีการตีปายอารมณ์ (การตั้งชื่อความรู้สึกนั้น) เพื่อหาสิ่งที่แสดงออกมา ทางอารมณ์ความรู้สึก</p>	<p>ขั้นตอนที่ 6 ขั้นตอนนี้ จะเป็นการนำองค์ความรู้ (สัญญาที่ถูกต้องแล้ว) มาใช้ในการ บริหารจัดการสังขาร และรูป เพื่อให้ วิญญานเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญขึ้น จะ ทำให้ผู้ป่วยใช้สติได้ชำนาญขึ้น และเข้า ใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมทั้ง มองเห็นภัยของการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่ง เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า โดยใช้ ความกรุณาต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่ ผ่านมา โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน</p>	<p>ขั้นตอนที่ 6 การฝึกเจริญสติ ด้วยการเมตตาตนเองและให้ อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่น ครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบน อารมณ์ที่ยุ่งยาก ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยมีการเจริญสติ ด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่ว ร่างกาย (Body Scan) การ เมตตาตนเองและให้อภัย ฝึก วิธีการปล่อยวางจากอารมณ์ที่ ยุ่งยาก เพื่อเกิดความให้อภัยกับ สิ่งที่ไม่สบายใจ และปล่อย วาง ความหมกมุ่นครุ่นคิดที่ เกิดขึ้น ให้เกิดความสงบ โดยยึด หลักความกรุณาตนเอง 3</p>

<p>ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion</p>	<p>แนวทางของ พุทธศาสนา</p>	<p>การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม</p>
<p>ตนเองเบาลง เกิดความ ให้อภัยกับสิ่งที่ทำให้ไม่ สบายใจ เพื่อให้เกิด ความสงบด้วยความรัก ความเมตตาแก่ตัวเอง</p>		<p>องค์ประกอบ</p>
<p>ขั้นตอนที่ 7 Transforming relationships การปรับเปลี่ยน ความสัมพันธ์ การฝึกในช่วงนี้จะเน้น ถึงการปรับเปลี่ยนความ ทุกข์ที่เกิดขึ้นความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีจิตใจที่เมตตา ตนเองจะเป็นขั้นตอน นำไปสู่การปลดปล่อย ประสบการณ์ในอดีตที่ เลวร้าย และเป็นการ ปลุกฝังให้รู้จักให้อภัย ตนเอง โดยใช้คำพูดกับ ตนเองเมื่อเกิดความ ทุกข์และต้องฝืนอยู่กับ ความสัมพันธ์ที่ยุ่งยาก และใช้ลมหายใจในการ</p>	<p>ขั้นตอนที่ 7 ขั้นตอนนี้เป็นการดำรงไว้วิญญานซึ่ง เป็นแพทย์ และจัดวิญญานที่เกิดจา กอวิชา เพื่อฝึกให้เป็นอาจารย์แพทย์ที่ จะนำมาซึ่งการใช้สติก่อน นั้นหมายถึง เริ่มใช้กระบวนการของวิปัสสนาภาวนา ซึ่งเป็นการต่อยอดจากขั้นตอนที่ 6 ข้างต้น และพัฒนาความเป็นมนุษย์ โดยเน้นหลักการอยู่ร่วมกันในสังคม และจัดอาการความหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าได้เร็ว ขึ้นด้วยการกรุณาที่มีเมตตาเป็น พื้นฐาน ทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น</p>	<p>ขั้นตอนที่ 7 การฝึกเจริญสติ ด้วยการแผ่เมตตา การฝึก แก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด โดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (interpersonal relationship) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ ด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่ว ร่างกาย (Body Scan) และการ แผ่เมตตา และสอนการมี ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) โดยการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการ ให้อภัย และสื่อสารได้ตรงความ ต้องการ ลดปัญหาการแยกตัว การเข้าใจตนเองและผู้อื่น โดย ให้อภัยกับสิ่งที่เกิดขึ้น</p>

ขั้นตอนเดิม Neff กิจกรรมในโปรแกรม mindful Self- Compassion	แนวทางของ พุทธศาสนา	การประยุกต์ของผู้วิจัย ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม
ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน		
<p>ขั้น ตอน ที่ 8 Embracing your life การนำมาเป็นส่วนหนึ่ง ในชีวิตของคุณ</p> <p>ช่วงสุดท้ายนี้คือการนำ ความกรุณาเป็นส่วน หนึ่งในชีวิต เพื่อต่อสู้ ความหมกมุ่นครุ่นคิด ด้านลบที่เกิดขึ้น และ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่าง เป็นสุข อยู่กับปัจจุบัน รักและเข้าใจตนเอง มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่า มนุษย์ปุถุชนทั่วไปก็ สามารถเผชิญได้ และไม่ ตีความสิ่งที่เกิดขึ้นเกิน ความเป็นจริง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 8</p> <p>กระบวนการนี้จะทำให้การเป็นหมอที่ รักษาตัวเองสามารถบริหารจัดการการ ป่วยและควบคุมอาการซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถ พึ่งพาตัวเองได้ จะทำให้เกิดการ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดและ มองเห็นประโยชน์ ของการใช้ขั้น 5 ให้เป็น และใช้จิตกวีวิจารณ์ให้เป็น ทำ ให้เข้าใจกระบวนการฝึกความ กรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่อ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคม ร่วมกับคนปกติได้อย่างมีความสุข</p>	<p>ขั้นตอนที่ 8 การฝึกเจริญสติ และประสบการณ์ที่เรียนรู้และ ทบทวนทักษะทั้งหมด ใน การจัดการกับความหมกมุ่น ครุ่นคิด สรุปลักษณะ และยุติ การทำกลุ่ม</p> <p>ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ความกรุณาตนเอง การเจริญสติ ด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่ว ร่างกาย (Body Scan) และการ แผ่เมตตา การจัดการกับความ หมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) ที่เกิดขึ้นโดยให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วม กล่าวสรุปภาพรวม การทำกิจกรรม และ ยุติ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gilbert & Procter(2006) ได้พัฒนากลุ่มบำบัดที่เรียกว่า Compassionate Mind Training (CMT) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาทักษะความกรุณาต่อตนเอง ศึกษานำร่องในหน่วยของโรงพยาบาลจัดกระทำกับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง/ สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าก่อนและหลังทดลองสามารถลด

อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล การวิพากษ์วิจารณ์ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 (\bar{x} = 4.3, 6.83 และ 18.80; SD = 2.73, 2.93 และ 18.0)

Neff et al. (2007) ศึกษาการเพิ่มความกรุณาต่อตนเองบำบัดเป็นระยะเวลา 1 เดือนด้วยเทคนิค Gestalt two-chair ที่ออกแบบช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีความคิดวิพากษ์วิจารณ์ต่อตนเองสูง ให้เป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองผลการทดลองพบว่าเพิ่มระดับความกรุณาต่อตนเองและลดอาการซึมเศร้า การคิดวนเวียน ความคิดแบบกดดันและความวิตกกังวล

Shapiro et al. (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness based stress reduction : MBSR) ประกอบด้วยการฝึกสมาธิอย่างเข้มข้นทั้งหมดทดลองในกลุ่มนักบำบัดฝึกงาน หลังจบโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเครียด ความวิตกกังวล และการคิดวนเวียนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นของอารมณ์ด้านบวก สติและความกรุณาตนเอง

Raes (2010) ศึกษาเกี่ยวกับการคิดวนเวียน (Rumination) ความกังวล(worry) พบว่าเป็นตัวแปรกลางระหว่างความกรุณาตนเองและอาการซึมเศร้า การศึกษานี้เสนอว่าความกรุณาตนเองช่วยลดและทำให้เกิดความสมดุลของอาการซึมเศร้าและความกังวลซึ่งเป็นผลที่ไม่พึงประสงค์จากการคิดวนเวียนซ้ำไปซ้ำมา

Raes (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของความกรุณาตนเองต่ออาการซึมเศร้าในกลุ่มคนปกติผลการศึกษาพบว่า ความกรุณาตนเองสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นปัจจัยปกป้องปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

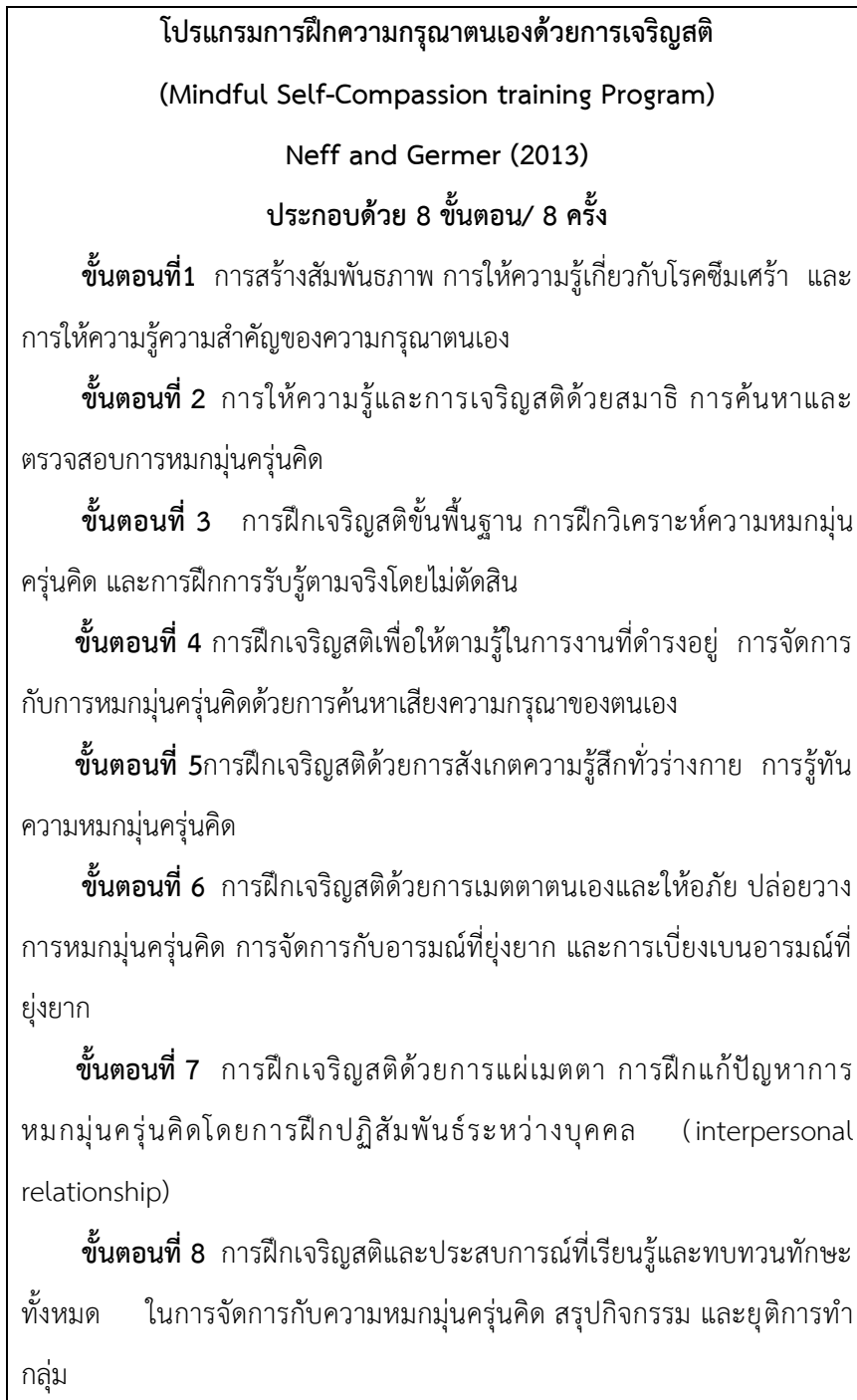
Brooks et al. (2012) ได้ศึกษาความกรุณาตนเองในผู้ป่วยที่ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียดและการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงจะมีความกรุณาตนเองต่ำกว่าประชากรทั่วไป ติดตามหลังจากนั้น 15 สัปดาห์พบว่าการเพิ่มขึ้นของความกรุณาตนเอง สติ การเป็นมนุษย์ปุถุชน และความเมตตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง การแยกตัว และการตีความมากกว่าเป็นจริง จากการศึกษาชี้ให้เห็นข้อมูลสำคัญของความกรุณาตนเองในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์

Lori, M. Hilt & Seth D. Pollak (2012) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกิจกรรมอย่างย่อ 3 กิจกรรมที่จัดกระทำกับกลุ่มทดลองที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ประกอบด้วย การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การแก้ปัญหา (Problem solving) และการเจริญสติ (Mindfulness) กับการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative) ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทั้งสามอย่างสามารถลดความหมกมุ่นครุ่นคิดได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรอิสระ



อาการซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า
(Beck, 1967)

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ตัวแปรตามคือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

O₂ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

O₃ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และเข้ารับการรักษาที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power 3.1.9.2 ของมหาวิทยาลัย Heinrich-Heine-Universität (2016) โดยนำค่า Effect size = .86 จากการศึกษาของ Neff and Germer (2013) เรื่อง A pilot study and randomized controlled trial of the mindful Self-Compassion Program มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Actual power คือ 0.81 ได้เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F32 และ F33
2. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) มีคะแนนตั้งแต่ระดับน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน)
4. ไม่เคยเป็นผู้ฝึกการเจริญสติเป็นกิจวัตร
5. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ทั้งการอ่าน พูด และเขียน และไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน และการมองเห็น
6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
2. มีประวัติของโรคทางสมอง กล่าวคือการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ

3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 หลังจากที่ได้ร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทองและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลบางบัวทอง โดยประเมินคุณสมบัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเข้าในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวช

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกงานสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจำนวน 3 คน โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือ ระหว่างวันที่ 16 – 18 พฤษภาคม 2560

3. ผู้วิจัยเข้าร่วมปฏิบัติงานที่แผนกงานสุขภาพจิตและจิตเวช และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้า ซึ่งมีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเข้าในบางข้อ โดยศึกษาประวัติจากโปรแกรม HOSXP และ เวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่แพทย์นัดมาตรวจในแต่ละวันแล้วติดเครื่องหมายที่แฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อให้จุดนัดแจ้งผู้ป่วยให้มาพบผู้วิจัย หลังพบแพทย์

4. เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์คัดเข้าในข้อ 1, 2, 4 และ 5 ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน BDI และเมื่อพบผู้ป่วยที่มีคะแนนเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าในข้อที่ 3 คือ มีคะแนนอาการซึมเศร้า ในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน) ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากการช่วงเดือน พฤษภาคม 2560

5. ในเบื้องต้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทุกข้อได้ทั้งหมด 62 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 95 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched- Pairs) ในเรื่อง 1) เพศ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจาก พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (ประภาส อุครานันท์, 2560) และเพศหญิงจะมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (กรมสุขภาพจิต, 2557)

และ 2) ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า โดยจับคู่ให้มีคะแนนใกล้เคียงกัน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนในระดับน้อย (10-15 คะแนน) กลุ่มที่มีคะแนนในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) และกลุ่มที่มีคะแนนในระดับมาก (20-29 คะแนน) เนื่องจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้าส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Beck, 1967) ซึ่งผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะทั้งสองประการข้างต้นทีละคู่ จนครบ 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่ก่อนการทดลอง แบ่งตามเพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และระดับอาการซึมเศร้า

คู่ที่	เพศ	กลุ่มทดลอง		เพศ	กลุ่มควบคุม	
		อาการซึมเศร้า			อาการซึมเศร้า	
		คะแนน	ระดับอาการ		คะแนน	ระดับอาการ
1	ชาย	29	มาก	ชาย	29	มาก
2	หญิง	29	มาก	หญิง	29	มาก
3	หญิง	29	มาก	หญิง	29	มาก
4	หญิง	13	น้อย	หญิง	15	น้อย
5	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
6	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
7	หญิง	19	ปานกลาง	หญิง	19	ปานกลาง
8	หญิง	19	ปานกลาง	หญิง	19	ปานกลาง
9	หญิง	16	ปานกลาง	หญิง	16	ปานกลาง
10	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
11	หญิง	19	ปานกลาง	หญิง	19	ปานกลาง
12	หญิง	28	มาก	หญิง	28	มาก
13	หญิง	24	มาก	หญิง	24	มาก
14	หญิง	28	มาก	หญิง	28	มาก
15	หญิง	29	มาก	หญิง	28	มาก
16	หญิง	22	มาก	หญิง	22	มาก
17	หญิง	22	มาก	หญิง	22	มาก

คู่ที่	เพศ	กลุ่มทดลอง		เพศ	กลุ่มควบคุม	
		อาการซึมเศร้า			อาการซึมเศร้า	
		คะแนน	ระดับอาการ		คะแนน	ระดับอาการ
18	หญิง	26	มาก	หญิง	24	มาก
19	หญิง	29	มาก	หญิง	28	มาก
20	หญิง	29	มาก	หญิง	29	มาก

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ คะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 1 คู่ (คู่ที่ 1) และเพศหญิง จำนวน 19 คู่ (คู่ที่ 2-20) คะแนนซึมเศร้า ระดับน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 1 คู่ (คู่ที่ 4) ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 7 คู่ (คู่ที่ 5-11) และระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 12 คู่ (คู่ที่ 1-3 และ คู่ที่ 12-20)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย โดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งมีการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาล และการรักษาที่จะได้รับ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ต้องรักษาความลับเช่นกัน ในระหว่างการดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาเช่นกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าวและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดในการศึกษาของ Neff and Germer (2013)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale) ของ Nolen Hoeksema (1991) แปลเป็นภาษาไทยและเรียบเรียงโดยวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมี ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์จาก โปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ตามแนวคิดของ Neff and Germer (2013) เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดองค์ประกอบ 3 ด้านของความกรุณาตนเอง ดังนี้ 1) ความเมตตาต่อตนเอง 2) ความเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน และ 3) การเจริญสติ ทำให้สามารถแยกแยะและควบคุมรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความคิดยึดติดด้านลบ การคิดวนเวียนเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (ruminative thought) ได้ดีขึ้น (Raes, 2010, 2011) ทำให้มีความคิดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าเหล่านี้ลดลง (Gilbert, 2009) ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงตามมา (Neff, 2003, 2006, 2012, 2013; Sears, Kruaus, 2008) ในโปรแกรมจะถูกออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) 2) การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด 3) การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน 4) การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง 5) การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด 6) การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก 7) การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด

โดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) และ 8) การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปลงกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1) ศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษาจากทางเว็บไซต์ และ MP3 ได้แก่ แนวคิดความกรุณาตนเอง การหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นตัวแปรกลางระหว่างความกรุณาตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติของ Neff and Germer (2013)

2) พัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการประยุกต์จากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และวางโครงสร้างของโปรแกรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3) จัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย การดำเนินการ 8 ขั้นตอน จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง มีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายในกลุ่ม ด้วยการทักทายและแนะนำตัว เป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการและแนวทางการบำบัด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผน และปฏิบัติตามแผนการบำบัด นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกถูกแยกอยู่คนเดียว และเกิดความไว้วางใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคนและการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคซึมเศร้าและมีแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสังเกตเห็นความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) มอบหมายการบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การให้ความรู้พื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ (Mindfulness) และการฝึกทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ ซึ่งการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความกรุณาตนเอง (Mindfulness) โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน เนื่องจากสมาธิเป็นสภาวะจิตพัก โดยรู้ตัวตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง นอกจากนี้สมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิดต่างๆ ที่สะสมไว้ในจิตใต้สำนึก หลังจากการฝึกสมาธิแล้ว สมาธิเป็นตัวนำหน้าหรือเป็นตัวชักนำให้ผู้ป่วยมีสติในการดำเนินชีวิต ค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยการประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า มอบหมายการบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ฝึกการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความเป็นจริง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และเกิดการตระหนักได้ว่าต้องจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดนี้ต่อไปอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฝึกการรับรู้ตามความเป็นจริง โดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง โดยผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรงทางบวกเข้าไป ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ให้ความสนใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริงได้

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาความเสี่ยงความกรุณาของตนเอง ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำ ขณะที่เราทำกิจใดๆ อยู่ก็ตาม บางครั้งจะมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ความรู้สึกที่รุนแรง เราสามารถฝึกควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและอารมณ์ให้สงบลง โดยหันกลับมาที่ลมหายใจให้มากขึ้น และสนใจเหตุการณ์และสิ่งเร้านั้นๆ เท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยฝึกรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน การค้นความเสี่ยงความกรุณาตนเองเพราะวลีที่ทำให้ตนเองรู้สึกห่วงในและเมตตาเป็นรากฐานของความปรารถนาดีให้กับตัวเอง และเป็นการฝึกการเจริญสติ เพื่อจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองที่เข้ามา

ขั้นตอนที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้ป่วยได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดกับความจริงรับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงกับสิ่งที่เป็นความคิดได้

ความคิดลักษณะนี้จะเป็นตัวแปรกลางที่ส่งผ่านระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้า การคิดแบบวนเวียนส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการครุ่นคิด (ruminative thought) อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า และค้นหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดการครุ่นคิด โดยให้ผู้ป่วยสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้เกิดความครุ่นคิด (Rumination) สังเกตว่าความคิดเกิดขึ้นเมื่อใดวันเวลา ระยะเวลาการเกิดและผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมใดเมื่อเกิดการครุ่นคิด วิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา (consequences) เมื่อเกิดการครุ่นคิด พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการครุ่นคิดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และให้เขียนจดหมายถึงความกรุณาตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาตนเองและให้อภัย ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปลอ่ยวาง โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วยแล้วผู้บำบัดบอกให้ค่อยๆปลอ่ยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอ่ยวางความคิด และให้อภัยปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของแต่ละคน การฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูกด้วยการเจริญสติ การเมตตาตนเองและให้อภัย จากจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาตนเองและผู้อื่น ช่วยขจัดความขุ่นเคืองในใจและทำให้จิตใจเปิดกว้าง เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการแผ่เมตตา การฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มองค์ประกอบความกรุณาตนเองด้านมนุษยบุุณ (common humanity) ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่บุคคลมีความรู้สึกสับสน ความเศร้าใจ คิดว่าตนไม่สมบูรณ์แบบหรือมีความอ่อนแอ การคิดว่าตนเป็นมนุษยบุุณนั้นจะรวมไปถึงการให้อภัยตนเอง ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของความเป็นมนุษยบุุณอย่างสมบูรณ์อีกด้วย (Neff, 2003) อย่างไรก็ตามเมื่อ

เกิดความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกสับสนว่าไม่พอใจ บุคคลมักจะแยกตัวออกจากผู้อื่น โดยมีมุมมองว่าตนเป็นคนล้มเหลว น่าละอายจึงทำให้มีการถอยหนีจากสังคม ซึ่งการแยกตัวหรือหลบซ่อนยิ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าต้องดิ้นรนต่อสู้เพียงลำพังอย่างโดดเดี่ยว จึงทำให้เกิดความทุกข์หรือความรู้สึกว่าตนล้มเหลวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการติดต่อหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อหยุดการแยกตัว (Stop-isolate) และเป็นองค์ประกอบสำคัญในความกรุณาต่อตนเองอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรูปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ การเมตตาภาวนา (loving- Kindness meditation) และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วนำเทคนิคและความรู้ที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมด โดยการทบทวนนั้นให้ผู้ป่วนำโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการทบทวนทักษะทั้งหมด และกระตุ้นให้ผู้ปวยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำมาใช้ จัดการกับอาการซึมเศร้าในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต หากผู้ปวยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ของผู้ปวยโรคซึมเศร้าอาการดีขึ้นได้ พร้อมทั้งประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิดตอนสถานการณ์ (Ruminative Response Scale) ทันทที และตามด้วยการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน BDI (Beck, 1967) เพื่อให้ผู้ปวยเห็นถึงความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นยุติสัมพันธภาพในการบำบัด และปิดกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ลำดับของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ปวยโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเจริญสติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องชัดเจนและเหมาะสม รูปแบบของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้อง

กัน ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง และคำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 1.0 โดยมีประเด็นการปรับแก้ดังนี้

1) รูปแบบกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ “จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทำโดยผู้บำบัด คนเดียว” ช่วงเวลาควรแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้จัดการบำบัดแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

กลุ่มที่ 1 ดำเนินการ เวลา 10.00 น. - 11.30 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินการเวลา 13.00 น. - 14.30 น.

ข้อเสนอแนะ “เนื้อหาความรู้เรื่องโรค อาจโยงถึงอาชีพการงาน / การหารายได้ เนื่องจากยัง อยู่ในวัยทำงาน การสอนเรื่องกรุณาตนเอง ควรเป็นการฝึกให้มีใจกรุณา สิ่งอื่น ๆ ก่อนแล้วจึงค่อยกรุณา ตนเอง เพราะค่อนข้างยากที่คนเราจะกรุณาตนเอง ถ้าไม่มีเหตุการณ์สมมุติ หรือเรื่องราวบางอย่าง เกิดขึ้น” ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยเชื่อมโยงให้เห็นถึงความกรุณาตามแนวจิตศาสนาพุทธ ในใบความรู้เรื่อง ความกรุณาตนเองเพื่อเข้าใจในเรื่องความกรุณาตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ “การมอบหมายการบ้านควรให้ case ได้ฝึกสมาธิ 10 นาที เป็นอย่างน้อย เพื่อหยุดความคิดฟุ้งพลุกพล่านความเครียด และฝึกสติตลอดโปรแกรมเพื่อให้เกิดทักษะ” ผู้วิจัยได้แก้ไข โดยปรับใบมอบหมายการบ้าน จากการฝึกสมาธิ 5 นาที เป็นการฝึกสมาธิ 10 นาที ตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2) จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ “ปรับระยะเวลาจาก 8 สัปดาห์ ให้สั้นลงเนื่องจากเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วย นอก ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ค่อนข้างยาวนานเกินไป ประชากรกลุ่มตัวอย่างอาจสูญหายได้” ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับระยะเวลาการบำบัดเหลือ 4 สัปดาห์ แต่มีจำนวนครั้งของการดำเนินกิจกรรมครบ 8 ครั้งเท่าเดิม โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3) เนื้อหากิจกรรม

ข้อเสนอแนะ “ระยะเวลาในแต่ละ session ค่อนข้างใช้เวลามาก (90 นาที) อาจมีผล ต่อ สมาธิและการเรียนรู้ จึงควรมีช่วงพักระหว่างการทำแต่ละกิจกรรม” ผู้วิจัยแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยมีการเจริญสติก่อนการทำกิจกรรมแต่ละครั้งเพื่อเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน และมีสมาธิในการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ “กิจกรรมค่อนข้างเยอะไป ให้ปรับบางกิจกรรมออก” ผู้วิจัยได้ปรับโดยรวม บางกิจกรรมเข้าด้วยกัน ในกิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดและต่อ ด้วยให้เขียนจดหมายในการสร้างความกรุณาตนเอง และตัดกิจกรรมการเขียนจดหมายในใบ มอบหมายการบ้านครั้งที่ 4 ออก เนื่องจากซ้ำกับ ใบกิจกรรมครั้งที่ 5

-ข้อเสนอแนะ ให้แก้ไขข้อความจาก “สมาธิทั่วร่างกาย” ผู้วิจัยได้ปรับเป็นการฝึกสติดูความรู้สึกทั่วร่างกาย

-ข้อเสนอแนะ ควรฝึกสติให้สอดคล้องกับการจัดการการหมกมุ่นครุ่นคิดมากกว่าบอกรีตีเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ปรับเป็นการฝึกสติเพื่อจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดแทน

ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 3 คน ที่แผนกงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 16 - 18 พฤษภาคม 2560 โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 8 ครั้ง ตามเนื้อหาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองไปใช้ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

จากการทดลองใช้โปรแกรมหลังการดำเนินกิจกรรมครบ 8 ขั้นตอน พบว่าผู้ป่วยเข้าใจในตัวกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางครั้งต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น และมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนเพื่อให้มีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เช่น จากคำพูดที่ว่า “การหมกมุ่นครุ่นคิด” ปรับเป็นว่า “การที่เรามีการคิดซ้ำๆ ในทางด้านลบ อาจจะต่อตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม” เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ติดขัดในเรื่องของการทำใบงานที่ต้องมีการอ่าน การเขียน การวิเคราะห์ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายอ่านและเขียนไม่สะดวก จึงปรับการดำเนินกิจกรรมจากที่ให้ผู้ป่วยแต่ละคนอ่านเอง เป็นผู้วิจัยอ่านให้ฟัง และอธิบายไปพร้อมๆ กัน และอธิบายแนวทางในการเขียนใบงานต่างๆ เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย แต่ในภาพรวมพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งได้ตามที่เวลากำหนด คือ ประมาณ 90 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบ จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/ เดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ โดยเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะ “คำถามในส่วนของรายได้/ เดือนแค่เพียง เพียงพอหรือไม่เพียงพอ อาจไม่ชัดเจน ให้เพิ่มรายได้เฉลี่ยเป็นตัวเลข/ เดือน เข้าไปเพิ่มจากแค่เพียงคำถามดังกล่าว” ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมคำถามนี้ในข้อที่ 7 โดยกำหนดช่วงรายได้แบ่งเป็น 4 ช่วง

ข้อเสนอแนะ “เพิ่มส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ศาสนา ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรังหรือโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด(psychosocial stressors)” ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมคำถามเหล่านี้ทั้งหมดไปในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ “เพิ่ม นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ..... และเพิ่มสอบถามเรื่อง que ผู้ป่วยมีการเจริญสมาธิหรือไม่? (เพราะในกลุ่มตัวอย่างจะเน้นที่เป็นผู้ที่ไม่เคยฝึกเจริญสติมาก่อน)” ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมคำถามนี้ในข้อที่ 3 และข้อที่ 17

2.2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory ของ Beck (1967) โดยในแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และทางกาย 6 ข้อ ซึ่ง BDI เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรก จะเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ในส่วนของการคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น คะแนนสูง คือ มีอาการซึมเศร้าสูง แบ่งเป็นระดับคะแนนอาการซึมเศร้า ดังนี้

คะแนน	การแปลผลระดับอาการซึมเศร้า
0-9 คะแนน	อยู่ในช่วงคนปกติ (normal range)
10-15 คะแนน	ระดับเล็กน้อย (mild depression)
16-19 คะแนน	ระดับปานกลาง (mild moderate depression)

20-29 คะแนน	ระดับมาก (moderate severe depression)
30-63 คะแนน	ระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินซึมเศร้า Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเจริญสติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้

ไม่สอดคล้อง = 1 คะแนน

สอดคล้องน้อย = 2 คะแนน

ค่อนข้างสอดคล้อง = 3 คะแนน

สอดคล้องมาก = 4 คะแนน

และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- คำถามข้อที่ 3 ในข้อ 1 ผู้วิจัยได้เพิ่มคำว่า “มากกว่า” ในข้อคำถามดังนี้ *ข้าพเจ้ารู้สึกว่าจะทำอะไรล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ*
- คำถามข้อที่ 3 ในข้อ 2 ผู้วิจัยได้ตัดคำว่า “ทำ” เป็น “คิด” ในข้อคำถามดังนี้ *เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าคิดได้ คือ ทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อยๆ*
- คำถามข้อที่ 7 ในข้อ 3 ผู้วิจัยได้ปรับ “ข้าพเจ้า” ออก ในข้อคำถามดังนี้ *ข้าพเจ้าเกลียดตัวเอง*
- คำถามข้อที่ 19 ให้เพิ่มระยะเวลาใน 1 เดือน ในข้อคำถามดังนี้ *น้ำหนักของข้าพเจ้า*

ลดลงประมาณ 2 กิโลกรัมใน 1 เดือนน้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 4 กิโลกรัมใน 1 เดือนและน้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 6 กิโลกรัมใน 1 เดือน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้งเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าแบบประเมินซึมเศร้า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินซึมเศร้าโดยทดลองใช้แบบสอบถามนี้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลายในประเทศตะวันตก เนื่องจากเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากทฤษฎีที่เป็นพื้นฐาน เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบแต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัด 4 ระดับ มีคะแนน 1-4 คะแนน ดังนี้

เกือบจะไม่เคยเลย	ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
เกือบจะสม่ำเสมอ	ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

ภาวะซึมเศร้า (depression related) ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22

การครุ่นวิตก (Blooding) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 5, 10, 13, 15, 16

การสะท้อนความคิด (reflect) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 7, 11, 12, 20, 21

คิดคะแนนโดยรวมคะแนนของทุกข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-88 แปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีความครุ่นคิดในระดับสูง สำหรับคุณภาพของเครื่องมือนี้ พบว่าในการศึกษา

ของวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cornbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การทดลองไว้ว่า ภายหลังจากดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนน RRS \leq 48 คะแนน ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวนี้ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในผลการศึกษาของวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ที่แปลแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) เป็นภาษาไทย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity) เนื่องจากแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ยังไม่เคยมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบ และนำมาคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรเดียวกับข้างต้น พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการปรับตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำดังนี้

ข้อ 12 ให้เปลี่ยนคำถามจาก เขียนว่าคุณกำลังคิดอะไรอยู่และวิเคราะห์สิ่งที่คิดนั้น แก้ไขเป็น “คิดว่าคุณกำลังคิดอะไรอยู่และวิเคราะห์สิ่งที่คิดนั้น”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) โดยทดลองใช้แบบสอบถามนี้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .84 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในส่วนของความรู้ แนวคิดรูปแบบทฤษฎีเกี่ยวกับ ความกรุณาตนเอง การเจริญสติ และโรคซึมเศร้า โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สื่อโสตทัศน์ และเข้ารับการอบรมทฤษฎีและปฏิบัติเรื่องการฝึกการเจริญสติที่กรมสุขภาพจิตจัดขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติหน้าที่ ด้านการฟื้นฟู ที่มีความสนใจในการพัฒนาและบริการสุขภาพจิต และจิตเวช และยังไม่เคยผ่านการอบรมสติบำบัด เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ฝึกปฏิบัติการสำหรับการเป็นผู้นำบำบัดในเรื่องการเจริญสติ (Mindfulness) โดยเข้าอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และปฏิบัติในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการเป็นผู้บำบัดตามหลักสูตร Mindfulness-Based Therapy and Counseling โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างวันที่ 6-7 มิถุนายน 2559 มีการฝึกปฏิบัติเป็นผู้นำกลุ่มการบำบัดการเจริญสติ ภายใต้ Supervisor และมี การนำกลับไปฝึกปฏิบัติการเจริญสติด้วยการทำสมาธิต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พร้อมทั้งเข้าอบรม “ความรู้ความเข้าใจด้านจริยธรรมการวิจัยในคนหลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2559 ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2559 และศึกษาจากทางเว็บไซต์ วีดีโอ และ MP3 ของ Neff ที่เผยแพร่ให้ศึกษาได้จากระบบอิเล็กทรอนิกส์

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967) 4) แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991)

1.3 เตรียมสถานที่ใช้ในการทำวิจัย ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลบางบัวทอง โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยและการขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

1.4 ชี้แจงรายละเอียดกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีดำเนินการเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งประสานงานกับหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บวิจัย

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์เวรระเบียนประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม นัดหมายวันเวลา และสถานที่ที่ใช้ในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

1.6.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554)

1.6.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่ง ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ (Mindful Self-compassion) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่ง ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูล และดูแลให้กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่แผนกงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลบางบัวทอง ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยในด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้

สุขภาพจิตศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อม การบริการให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทั้งแบบเป็นรายบุคคล และแบบกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การประเมินครอบครัว การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อติดตามเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมาตามนัด

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน สัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) หลังการทดลอง พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้แก่กลุ่มควบคุม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) แบ่งเป็นระดับน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน)

2.2.2 ภายหลังจากการประเมิน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ (Mindful Self-compassion) โดยมีการดำเนินกิจกรรม 8 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ณ แผนกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง จ.นนทบุรีโดยผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองตามวัน และเวลาที่กำหนด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

ครั้งที่/ ขั้นตอน	กลุ่มที่ (จำนวนสมาชิก)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่1/ ขั้นตอน 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion)	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	ศุกร์ 19 พฤษภาคม 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ศุกร์ 19 พฤษภาคม 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 2/ ขั้นตอน 2 การให้ความรู้การเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	จันทร์ 22 พฤษภาคม 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	จันทร์ 22 พฤษภาคม 2560	13.00 –14.30 น.

ครั้งที่/ ขั้นตอน	กลุ่มที่ (จำนวนสมาชิก)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 3/ ขั้นตอน 3 การฝึก เจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึก วิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ ตัดสิน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	ศุกร์ 26 พฤษภาคม 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ศุกร์ 26 พฤษภาคม 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 4/ ขั้นตอน 4 การฝึกเจริญ สติเพื่อให้ตามรู้ในภาระงานที่ดำรง อยู่ การจัดการกับการหมกมุ่น ครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความ กรุณาของตนเอง	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	จันทร์ 29 พฤษภาคม 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	จันทร์ 29 พฤษภาคม 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 5/ ขั้นตอน 5 การฝึก เจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึก ทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่น ครุ่นคิด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	ศุกร์ 2 มิถุนายน 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ศุกร์ 2 มิถุนายน 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 6/ ขั้นตอน 6 การฝึก เจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและ ให้ผู้อื่น ปล่อยวางการหมกมุ่น ครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ ยุ่งยาก	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	จันทร์ 5 มิถุนายน 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	จันทร์ 5 มิถุนายน 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 7/ ขั้นตอน 7 การฝึกเจริญ สติด้วยการแผ่เมตตา การฝึก แก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดย การฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship)	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	ศุกร์ 9 มิถุนายน 2560	10.00 –11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ศุกร์ 9 มิถุนายน 2560	13.00 –14.30 น.
ครั้งที่ 8/ ขั้นตอน 8 การฝึก	กลุ่มที่ 1	จันทร์	10.00 –11.30 น.

ครั้งที่/ ขั้นตอน	กลุ่มที่ (จำนวนสมาชิก)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
เจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้ และทบทวนทักษะทั้งหมดในการ จัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม	(10 คน)	12 มิถุนายน 2560	
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	จันทร์ 12 มิถุนายน 2560	13.00 –14.30 น.

โดยมีรายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลทุกกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกความกรุณา
ตนเองด้วยการเจริญสติ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการให้ความรู้ความสำคัญของ
ความกรุณาตนเอง(Self-compassion)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เกิดความไว้วางใจ
ยอมรับและให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแล
ตนเอง ผลกระทบของโรคซึมเศร้า และเห็นความสำคัญของความกรุณาตนเอง(Self-compassion)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้
อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้าในหัวข้อ ความหมาย สาเหตุ
อาการ การรักษา ผลกระทบของโรคได้
3. ผู้ป่วยแสดงความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาอาการซึมเศร้าของตนเองได้ และความสำคัญ
ของความกรุณาตนเอง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ภายในกลุ่ม ด้วยการทักทายและแนะนำตัว เป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนิน
กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล
วิธีการและแนวทางการบำบัด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมีส่วนที่เอากลับไปทำเป็น
การบ้าน พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตาม
แผนการบำบัด นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็น
การแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนด

ระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว และเกิดความไว้วางใจ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคนและการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเล็งเห็นความสำคัญของความกรุณาตนเอง(Self-compassion)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสมาชิกกลุ่ม
2. ปากกาเคมี
3. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง โรคซึมเศร้า
4. ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง ความกรุณาตนเอง
5. ใบกิจกรรมที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)
6. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 แบบบันทึกอาการ และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความต้องการภายในกลุ่ม

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับและอธิบาย ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง

ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 3 “ก็เข้าใจว่า โรคซึมเศร้า คือ เวลาที่เศร้า จะเบื่อ ไม่อยากไปไหน ไม่อยากทำอะไร อยากนอนหลับทั้งวัน ค่ะ”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 1 “อ้อ ผมเพิ่งเข้าใจว่าโรคซึมเศร้าคือ มีอาการท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง และอาจมีสาเหตุมาจากการคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าได้ ปกติผมเข้าใจว่าคือต้องบ้า”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 10 “โรคซึมเศร้า จะมีอาการที่เราหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง คิดแต่ในทางลบ และมักตีความต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเกิดความเป็นจริง แต่ความกรุณาตนเอง ทำให้เรารักตัวเอง เมตตาตัวเราเอง มองปัญหาอยู่บนความเป็นจริงไม่คิดเกิน และไม่ใช้มีแค่เราคนเดียวที่เจอกับปัญหานี้ ใครๆก็เจอกับปัญหาแบบนี้ได้ ไม่ใช่แค่เราคนเดียวบนโลกใบนี้ ”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จ ก็แจ้งคะแนนอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้ทำไว้ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อให้ทราบระดับคะแนนซึมเศร้าของตนเอง ก่อให้เกิดความตระหนักถึงอาการซึมเศร้าของตนเอง สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 20 “เพิ่งจะทราบว่าอาการซึมเศร้ามีระดับคะแนนด้วย คิดว่าป่วยก็ป่วยด้วย โรคซึมเศร้าเฉยๆ ดีจังค่ะ จะได้ว่าตัวเราเองอยู่ที่ระดับมากคือ 29 มันก็ดีนะค่ะ พอตระหนักแล้วเรารู้สึกว่าอยากจะรีบรักษาให้หายไวๆ ถ้าไม่เข้ากลุ่มวันนี้คงไม่รู้ระดับคะแนนตนเอง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 5 “นี่ฉันคะแนนที่ระดับ 18 อยู่ที่ปานกลาง ตอนแรกมองว่าแย่อแล้วป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่ก็เพิ่งรู้ว่ามันระดับคะแนนด้วยค่ะ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 4 “คะแนนของตัวเองได้ 13 ค่ะ เล็กน้อย แต่ก็รู้สึกอยากจะให้ตัวเองอยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่นะค่ะ”

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้การเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาอาการซึมเศร้าของตนเอง

ตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการซึมเศร้าได้
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการทำสมาธิได้
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

สาระสำคัญ

การให้ความรู้พื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ(Mindfulness) และการฝึกทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ ซึ่งการเจริญสติ(Mindfulness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความกรุณาต่อตนเอง(self-compassion) พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความกรุณาตนเอง(Mindfulness) โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน เนื่องจากสมาธิเป็นสภาวะจิตพัก โดยรู้ตัวตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง นอกจากนี้สมาธิยังช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิดต่างๆ ที่สะสมไว้ในจิตใต้สำนึก หลังจากการฝึกสมาธิแล้ว สมาธิเป็นตัวนำหน้าหรือเป็นตัวชักนำให้ผู้ป่วยมีสติในการดำเนินชีวิต ค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยการประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่องการเจริญสติ ด้วยการทำสมาธิ
2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 ประสพการณ์การฝึกสมาธิ

3. โบรมอบหมายการบ้านครั้งที่2 การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล ดังนี้

1. ผู้ป่วยบอกถึงหลักการและขั้นตอนการเจริญสติ ด้วยการทำสมาธิได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 7 “เข้าใจว่าการทำสมาธิ จะมีส่วนทำให้จิตใจของเราสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่านในหัว ดึงสติกลับมาได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่9 “การรู้ลมหายใจ จะทำให้ให้เราดึงสติกลับมา ไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องราวในอดีต แต่กลับมารู้ลมหายใจที่ปัจจุบันแทน”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 6 “รู้แน่คะว่าทำสมาธิจิตก็จะสงบ แต่ก็อดที่จะง่วงนอนไม่ได้ หรือคิดเรื่องอื่นที่เข้ามาไม่ได้ แต่พอรู้การหยุดความคิด ขจัดความคิด ขจัดความง่วง ก็ทำให้ดีขึ้นคะ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 15 “การเจริญสติด้วยการทำสมาธิ นั้น โดยฝึกหยุดความคิด ฝึกจัดการกับความ คิด ฝึกจัดการกับความง่วง เมื่อทำเช่นนี้ จิตก็จะสงบ กายและจิตก็จะเกิดการผ่อนคลาย แต่ต้องทำต่อเนื่องทุกวัน คงเห็นผลมากขึ้นคะ”

2. ผลการบันทึกประสบการณ์การฝึกสมาธิของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ได้บ้างขึ้นไปในข้อ 1 และ 2

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 7 “รู้ลมหายใจที่ปลายจมูกตนเองคะ แต่ก็มีเรื่องงานเข้ามา แต่ก็หยาใจยาว 1-2 ครั้ง และกลับมารู้ลมหายใจตัวเองอีกครั้ง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่9 “ง่วงคะ ทำสมาธิแปบเดียวก็จะหลับ เลยยืดตัวตรง และหายใจเข้าออกยาวๆ ก็จะกลับมารู้ที่ลมหายใจที่ปลายจมูกได้อีกรอบ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 6 “รู้ลมหายใจที่ปลายจมูกข้างซ้าย ชัดเจนกว่าคะ รู้ว่าต้องทำอย่างไรตามที่เราเรียน แต่บางครั้งก็ยังไม่สามารถจดจ่อได้ แต่ก็พยายามฝึกบ่อยๆ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 15 “เวลาฝึกปฏิบัติสมาธิ เมื่อมีเรื่องกังวลเข้ามา ก็กลับไปจับที่ลมหายใจได้บ้างเป็นบางครั้งคะ”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิด และให้ประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ผู้ป่วยโรคมึนเศร้าได้ตระหนักรู้ถึงการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และการสำรวจตนเอง จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 17 “ได้เรียนรู้เรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่วนคะแนนตัวเองได้คะแนนที่ 60 จากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งตอนแรกก็ตกใจแต่เมื่อรู้ว่าคะแนนซึมเศร้าตนเองก็อยู่ระดับมาก คือ 22 ก็คิดว่าคงต้องลดคะแนนตัวเองแล้วหละคะ เพราะเห็นเลยว่าตนเองมีการตัดสินใจและวิพากษ์วิจารณ์ตัวเองมากมาย และไม่มีความสุขเลยที่เป็นแบบนี้ ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่18 “เห็นภาพเลยหละคะ ว่าความครุ่นคิดและอาการซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กัน คือได้ 69 สูงพอกับ คะแนนซึมเศร้ามี่เลยคะ อยากจะให้ลดลงคะ ถ้าไม่ทำคะแนนก็คงไม่รู้ว่

ตัวเองอยู่ในขั้นสูงแล้ว และเมื่อสำรวจตนเองก็รู้เลยคะว่ามีแต่จะส่งผลให้เราหมดกำลังใจจากการตัดสินใจตัวเองไปแล้ว”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 11 “ตัวเองได้ 58 คะแนนคะ ก็คงจะจริง ช่วยนี้มีเรื่องเข้ามาทวนใจ และคิดถึงแต่เรื่องแย่งๆตลอดเลย อยากที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองแล้วคะ ไม่อยากเป็นแบบนี้เลย”

4. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 2 การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะการฝึกสมาธิ และเกิดความสงบจากการฝึกสมาธิได้บ้างในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความสงบ/รู้ตัว ที่ระดับ 3-4 ระบุข้อคิดเห็นว่า รู้ลมหายใจได้ สักพัก ก็จะมีความคิดอื่นเข้ามาที่เราเจอในแต่ละวัน โดยถ้าช่วงเช้าจะทำให้ดีมากกว่าช่วงก่อนนอน เพราะบางครั้งเหนื่อยจากการทำงาน แต่เมื่อทำต่อเนื่องความสงบ/รู้ตัวจะอยู่ที่ระดับ 7-8 ผู้ป่วยบอกว่า “มีสมาธิ รับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก เมื่อมีความคิดเข้ามาก็กลับมารู้ลมหายใจได้กว่าตอนแรก”

ครั้งที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดกับความเป็นจริง และฝึกทักษะการรับรู้ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอธิบายถึงประสบการณ์การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวันได้
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานได้
3. ผู้ป่วยวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ฝึกการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความเป็นจริง เพราะสติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำอยู่กับปัจจุบัน ทำให้เราไม่วอกแวก หรือถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และเกิดการตระหนักได้ว่าต้องจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดนี้ต่อไปอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฝึกการรับรู้ตามความเป็นจริง โดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์การฝึกเป็นผู้วิจารณ์ ผู้ถูกวิจารณ์ และผู้สังเกตการณ์ที่มีความกรุณา โดยผู้บำบัดใช้หลักการความกรุณาตนเอง ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมให้ความสนใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความเป็นจริงได้ และการถอดตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกลับมั่นคงปลอดภัย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน และ ใบความรู้ที่ 3.2 การทำสมาธิด้วยความรัก ความเมตตา และความกรุณาตนเอง
2. ใบกิจกรรมที่ 3.1 การฝึกเป็นผู้วิจารณ์ ผู้ถูกวิจารณ์ และผู้สังเกตการณ์ที่มีความกรุณาตนเอง
3. ใบการบ้านครั้งที่ 3 การฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 3 การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 12 “ก็จากที่ทำกลุ่ม และได้เรียนรู้ในวันนี้ ก็คือ นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง หายใจเข้าออกอย่างเป็นธรรมชาติหายใจเข้าออกยาวลึก 5-6 ครั้ง รับรู้ลมหายใจเข้าออกที่บริเวณปลายจมูกข้างที่ชัดกว่าตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด จากนั้นให้ทำสมาธิแบบสไมตา อีก 1 นาที ไม่ต้องสนใจในสิ่งที่เห็นสังเกตลมหายใจเข้าออกโดยไม่ต้องหลับตา ถ้าลมหายใจไม่ชัดก็หายใจเข้าออกยาว 1-2 ครั้ง ดูไปให้ต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “สติ คือการรับรู้อยู่กับปัจจุบัน รู้ในสิ่งที่ทำ โดยฝึกสติได้จากการรับรู้ลมหายใจทั้งหลับตาและลืมตา”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 14 “การที่เราอยู่กับปัจจุบัน รู้ลมหายใจ ทำให้เรามีสติอยู่กับตัวเองมากขึ้น”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 1 “รู้แล้วครับว่าสติมันทำให้เราอยู่กับปัจจุบันได้จริง แต่ต้องทำบ่อยๆให้เป็นกิจวัตรครับ”

2. หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.1 การฝึกเป็นผู้วิจารณ์ ผู้ถูกวิจารณ์ และผู้สังเกตการณ์ที่มีความกรุณาตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน จากตัวอย่างคำพูดผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 2 “จากสถานการณ์ที่ยกตัวอย่างมาทำให้ได้สังเกตและทบทวนตนเองว่ามีความตัดสินตัวเองไปแล้ว โดยถ้ามองเป็นผู้สังเกตการณ์จะรู้ว่าสิ่งที่เราทำอยู่ไม่มีความสุขเลย และการที่เรามอบความรักความห่วงใยลงไป น่าจะดีกว่าการหมกมุ่นครุ่นคิด และตัดสินตัวเองแบบนี้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 5 “ถ้าเราไม่มองเกินจริงจนตำหนิตนเอง แต่มองที่ปัจจุบันว่าสถานการณ์เป็นแบบนี้ ก็ยอมรับให้กำลังใจตัวเองน่าจะดีกว่า”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 7 “การที่เราเกลียดตัวเอง มันมีแต่จะทำให้เรายังหมกมุ่น และไม่มีความสุข แต่ถ้าเรารักตัวเราเอง มอบความปรารถนาดี น่าจะเป็นสิ่งที่ดีกว่า”

ครั้งที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ปวญารู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกตามการใช้งาน
2. เพื่อให้ผู้ปวญามีทักษะรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และเรียนรู้ในการค้นหาเสียงความกรุณาตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ปวญอภิปรายถึงประสบการณ์การฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวันได้
2. ผู้ปวญบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานได้
3. ผู้ปวญโรคนิมิตต์รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และมีสติอยู่กับปัจจุบันได้ พร้อมทั้งจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำเป็นสิ่งที่สามารถฝึกให้เป็นไปอย่างเป็นพลวัตรที่แตกต่างกัน ใน 2 ลักษณะ กิจภายนอกขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องให้ความสนใจกับงานที่ทำมากหรือน้อย ขณะที่คนตั้งใจทำงานคนสามารถจดจ่อกับงานที่ทำได้โดยมีฐานสติอยู่กับลมหายใจเพียงเล็กน้อยเพื่อเป็นเครื่องผูกสติไม่วอกแวกไป ส่วนกิจภายใน ขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องควบคุมความคิดและอารมณ์มากน้อยต่างกัน ขณะที่คนทำกิจใดๆอยู่ก็ตาม บางครั้งจะมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ความรู้สึกที่รุนแรง คนสามารถฝึกควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและอารมณ์ให้สงบลง โดยหันกลับมาที่ลมหายใจให้มากขึ้น และสนใจเหตุการณ์และสิ่งเร้านั้นๆ เท่าที่จำเป็น ผู้ปวญฝึกรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน การฝึกทักษะการเพิ่มความกรุณาต่อตนเอง เพื่อเพิ่มความกรุณาตนเอง กิจกรรมนี้จะสอนให้ผู้ปวญสังเกตภาษาของตนที่คิดหรือพูดวิพากษ์วิจารณ์ต่อตนเองเมื่อประสบความล้มเหลว ความทุกข์ทรมานหรือความไม่พึงพอใจต่างๆ และให้ผู้ปวญคิดวลีที่จะพูดกับตนเองเพื่อแสดงถึงความกรุณาตนเอง และให้เกิดความสุขสบายจากการวางท่าทางของร่างกายที่สบาย การใช้วลีที่เพิ่มความกรุณาตนเอง เมื่อยามที่ประสบความหวาดกลัว ความทุกข์ทรมาน วิตกกังวลหรือเศร้าหมอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4 การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 การรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด
3. ใบกิจกรรมที่ 4.2 การค้นหาเสียงความกรุณาตนเอง
4. ใบมอบหมายการบ้านที่ 4 สติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 4 การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานได้ สังเกตได้จาก ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่15 “การฝึกสติตามการใช้งาน คือการรับรู้ลมหายใจไม่ว่าจะทำกิจใดในชีวิตประจำวัน”

ผู้ป่วยหญิง คนที่16 “ถ้าเจริญสติได้บ่อยๆ ก็จะทำให้เราเกิดความตระหนักรู้ และไม่คิดอะไรเกินความเป็นจริง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่17 “ฝึกสติบ่อยๆ ก็เกิดความสบายใจมากขึ้น”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 4.1 รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถถึงวิถีความกรุณาตนเองมาให้ตนเองอยู่กับปัจจุบันได้ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่11 “เมื่อโดนตำหนิจากผู้ใหญ่จากการทำงานผิด และต่อว่าว่าไม่ได้เรื่อง ฉันใช้สติ ให้รู้ลมหายใจที่ปลายจมูก และใช้คำกรุณาตนเองว่า ฉันให้อภัยตนเอง เพื่อที่จะได้เริ่มใหม่อีกครั้ง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่19 “ฉันทักเพื่อน แต่เขากลับไม่สนใจ ฉันเลยรู้สึกแยะ และโทษตัวเองว่าฉันคงน่าเกลียด เพื่อนถึงไม่อยากคุยด้วย แต่เมื่อได้สติ รู้ลมหายใจ ก็ใส่คำกรุณาตนเองว่า ให้อภัยรับสิ่งที่เกิดขึ้น ฉันทำดีที่สุดแล้ว เพื่อนอาจไม่เห็นก็ได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่20 “ฉันคิดถึงเรื่องเวลาที่เห็นสุนัข แล้วจะคิดถึงที่มันตาย จะคิดว่าเป็นเพราะฉันเลี้ยงไม่ดี ก็จะบอกกับตัวเองโดยใช้ความกรุณาว่า ขอให้ฉันแข็งแรง เพื่อที่จะได้ไม่ร้องไห้”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านที่ 4 สติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะการฝึกสติตามการใช้งาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ในกิจที่ทำ ระดับ 2-5 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อยู่ในระดับ 7-9 คะแนน และสิ่งที่เกิดกับตนเอง คือ มีสติ รู้สึกมีความสุข ลดความคิดฟุ้งซ่านลด และทุกครั้งที่นั่งได้ก็จะบอกกับตัวเองถึงวิถีความกรุณาของตนเอง

4. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบการบ้านที่ 4.3 เมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะรู้ถึงการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่4 “เมื่อเกิดเหตุการณ์เพื่อนไม่คุยด้วย ก็ารู้สึกเสียใจ ไม่พอใจ และตัดสินตนเองไปว่า ฉันไม่ดี”

ผู้ป่วยหญิงคนที่6 “เมื่อเพื่อนไม่ซื้อของฝากให้หลังจากกลับจากไปเที่ยว ก็ารู้สึกไม่พอใจ และตัดสินว่า คงมีฉันคนเดียวที่ไม่ได้ของฝาก”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 9 “เดินไปแล้วสะดุดต่อที่ปลายรถเมล์ ก็ารู้สึกไม่พอใจ และมองว่าคนเป็นฉันคนเดียวในโลกนี้แน่ๆ ที่ซุ่มซ่าม น่าอายจริงๆ”

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสำรวจปัญหาและแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถอภิปรายถึงการเกิดการหมกมุ่นครุ่นคิดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของฝึกการเจริญสติด้วยการดูความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ได้
3. ผู้ป่วยบอกแนวทางการแก้ไขและจัดการความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองได้ สอดคล้องกับตามความจริง

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้ป่วยได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการใช้ความกรุณาตนเองเข้ามาแทนที่ ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดกับความจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงกับสิ่งที่เป็นความคิดได้ ความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) โดยความคิดลักษณะนี้จะเป็นตัวแปรกลางที่ส่งผ่านระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้า ความหมกมุ่นครุ่นคิดส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการครุ่นคิด (ruminative thought) อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า และค้นหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดการครุ่นคิด โดยให้ผู้ป่วยสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้เกิดความครุ่นคิด (Rumination) สังเกตว่าความคิดเกิดขึ้นเมื่อใดวันเวลา ระยะเวลาการเกิดและผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมใดเมื่อเกิดการครุ่นคิด วิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา (consequences) เมื่อเกิดการครุ่นคิด พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการครุ่นคิดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และเขียนจดหมายเพื่อเพิ่มความกรุณาตนเอง เพื่อลดความหมกมุ่นครุ่นคิด

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่องการเจริญสติด้วยการดูความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan)

2. ใบกิจกรรมที่ 5.1 การเขียนจดหมายถึงตนเองเพื่อสร้างความกรุณา
3. ใบกิจกรรมที่ 5.2 ประสบการณ์การมีสติกับความคิด
3. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 5 การฝึกจิตการมีสมาธิและสติทั่วร่างกาย

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 5 การเจริญสติด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 8 “การตามรู้สังเกตตามส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน และรู้สึกถึงความสงบ มากขึ้น”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 9 “การตามรู้ส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้เราไม่ฟุ้งซ่าน ไม่กังวลลดลง สงบ ได้พิจารณาตนเอง และเห็นคุณค่าที่เรามีอยู่ เกิดความรู้สึกเมตตาในตัวเอง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 10 “การตามรู้ทำให้เราสงบ และปล่อยวางมากขึ้น”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามการเขียนจดหมายถึงตนเองเพื่อสร้างความกรุณา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถมีวิธีที่จะบอกกับตัวเองได้ และบอกประสบการณ์การมีสติกับความคิดได้จากตัวอย่างที่ผู้ป่วยอ่านให้ฟังดังนี้

ผู้ป่วยคนที่ 12 “ไม่เคยเขียนจดหมายถึงตนเอง แต่พอได้เขียนก็ทำให้รู้สึกมองเห็นตนเอง เข้าใจ และยอมรับ ไม่คิดเกินจริง และเห็นใจตนเองมากขึ้น”

ผู้ป่วยคนที่ 13 “เป็นสิ่งที่แปลกค่ะ เมื่อเราได้เขียนถึงตนเอง เราก็จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเราเองมากขึ้น ไม่อยากว่าตัวเองเลย น่าจะเมตตาและเห็นใจมากกว่าตัด ต่อว่าตนเอง เพราะใครที่ต้องเจอปัญหาแบบนี้ก็คงไม่ต่างจากเรา”

ผู้ป่วยคนที่ 12 “หลังจากทำสมาธิ และคิดถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกเศร้า ก็รับรู้ความคิดที่เกิดขึ้นได้ และแยกตามความจริง เริ่มปล่อยวาง”

ผู้ป่วยคนที่ 13 “เมื่อมีสติทำให้อยู่กับปัจจุบัน มากเกินกว่าจะคิดเกินอนาคต”

หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านที่ 5 การฝึกจิตและการมีสติทั่วร่างกายในชีวิตประจำวัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะการฝึกการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย เกิดระดับความสงบและรู้ตัวเพิ่มขึ้น ตั้งแต่คะแนน 2-4 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 9 คะแนน สิ่งที่เกิดกับผู้ป่วยคือความสงบ อยู่กับปัจจุบัน มีสติ เมื่อมีสติ กับตัดสินตนเองในทางที่ไม่ดีก็ลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาตนเองและให้อภัย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และการยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกคนสามารถ

1. ผู้ป่วยอธิบายถึงการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวันได้
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาตนเองและให้อภัยเพื่อปล่อยวางอารมณ์ที่อยู่ยากได้

การดำเนินกิจกรรม

การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาตนเองและให้อภัย ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้บำบัดบอกให้ค่อยๆ ปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด และให้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของแต่ละคน การฝึกให้ผู้ป่วยฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูกด้วยการเจริญสติ การเมตตาตนเองและให้อภัย จากจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาตนเองและผู้อื่น ช่วยขจัดความขุ่นเคืองในใจและทำให้จิตใจเปิดกว้าง เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอารมณ์เศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดเข้าไปซ้ำมาในเรื่องเดิมๆ การที่ผู้ป่วยจะหยุดคิดหรือหลุดออกจากอารมณ์เศร้าด้วยสติอย่างเดียวทำได้ค่อนข้างยาก การเบี่ยงเบนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอารมณ์เศร้าได้ชั่วคราว โดยกิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์และการเบี่ยงเบนอารมณ์

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 6 การฝึกเจริญสติเพื่อจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด
2. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6 การฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวันและเมตตาตนเอง

การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ดังนี้

1. ผู้ป่วยอธิบายถึงการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวันได้ถูกต้องตามขั้นตอน

ผู้ป่วยหญิงคนที่16 “เมื่อนึกขึ้นได้ก็จะมีสติก็จะรู้ลมหายใจ จากอารมณ์ที่โกรธ เกลียด ก็ทำให้เราไม่หมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่เราคิด ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่17 “ในการฝึกปฏิบัติจะต้องมีเริ่มจากการฝึกสมาธิก่อนเพื่อให้เกิดความสงบ และก็จะมีการเจริญสติตามมา โดยการฝึกสมาธิช่วงเช้า และก่อนเข้านอน รู้ลมหายใจ เมื่อทำกิจกรู้ในกิจที่ทำ เมื่อเกิดอารมณ์ที่ขุ่นมัวเข้ามา ก็รู้ลมหายใจ ทำให้เกิดความสงบ เมตตาตนเองมากขึ้น มีอารมณ์อะไรที่มากกระทบ ก็จะปล่อยวางได้”

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการแผ่เมตตา
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(interpersonal relationship)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการแผ่เมตตาได้
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และการแผ่เมตตา การฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(interpersonal relationship) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มองค์ประกอบความกรุณาตนเองด้านมนุษยบุุณชน(common humanity) ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่บุคคลมีความรู้สึกสับสน ความเศร้าใจ คิดว่าตนเองไม่สมบูรณ์แบบหรือมีความอ่อนแอ การคิดว่าตนเองเป็นมนุษยบุุณชนนั้นจะรวมไปถึงการให้อภัยตนเอง ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์อีกด้วย(Neff, 2003) อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกสับสนว่าุ่นใจ บุคคลมักจะแยกตัวออกจากผู้อื่น โดยมีมุมมองว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวน่าละอายจึงทำให้มีการถอยหนีจากสังคม ซึ่งการแยกตัวหรือหลบซ่อนยิ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าต้องดิ้นรนต่อสู้เพียงลำพังอย่างโดดเดี่ยว จึงทำให้เกิดความทุกข์หรือความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการติดต่อหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อหยุดการแยกตัว(Stop-isolate) และเป็นองค์ประกอบสำคัญในความกรุณาต่อตนเองอีกด้วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1, 3, 5, 6 เรื่อง การเจริญสติ
2. ใบความรู้ที่ 7 สัมพันธภาพกับการสื่อสารอย่างมีสติ
3. ใบกิจกรรมที่ 7 สสำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด
4. ใบการบ้านครั้งที่ 7 การหาแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการนำความกรุณาตนเองมาใช้

การประเมินผล

หลังการดำเนินกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) และแผ่เมตตาได้ สังเกตได้จากการฝึกได้ครบทุกขั้นตอน ไม่ลืมตีก่อนกำหนดเวลา และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 4 “ตัวเองเริ่มปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน มีบางครั้งที่รับรู้ได้ที่ปลายจมูก มึ่งวงบ้าง และผลอหลับไปค่ะ การแผ่เมตตาก็จะทำให้ใจสงบไปด้วยค่ะ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 10 “เมื่อปฏิบัติไปพร้อมกัน ก็ทำให้มีสมาธิมากขึ้น แต่ก็มีบางครั้งที่มึนบ้าง ก็เอาเท้าถูๆบ้าง แต่ก็ยังคงแผ่เมตตาต่อค่ะ”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 7 สสำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด สัมพันธภาพกับการสื่อสารอย่างมีสติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็สามารถปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดได้ด้วยตนเอง และเข้าใจสัมพันธภาพของตนเองมากขึ้น สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยชายคนที่ 1 “เพิ่มรู้ว่าตัวเองใช้ภาษาแกล จะเปลี่ยนมาใช้ภาษาเราบ้าง เพื่อเป็นการสื่อสาร และไม่เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดี อันนี้มีผลต่อความหมกมุ่นครุ่นคิดของเรา”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 7 “การสื่อสาร สัมพันธภาพที่ไม่ดี ก็จะส่งผลให้สัมพันธภาพแย่ แต่ถ้าเรารู้จักให้อภัยตัวเอง และคนรอบข้าง สัมพันธภาพก็น่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ”

หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 7 การแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยนำแนวความกรุณาตนเองในแก้ปัญหาความคิดนั้น ซึ่งจากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาทักษะการใช้วิธีการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการนำแนวความกรุณาตนเองมาแก้ปัญหา สังเกตได้จากที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 15 “งานที่ทำออกมาไม่ดีเท่าเพื่อน ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่โทษตัวเอง แต่มองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นว่าจากสาเหตุอะไร และบอกกับตนเองว่า ฉันจะเริ่มใหม่”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 16 “แฟนไปมีคนใหม่ คิดว่าใครๆก็สามารถเจอปัญหาแบบนี้ ฉันแข็งแกร่ง และจะสู้ อยู่กับมันต่อไป ทำวันนี้ให้ดีที่สุด”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 18 “ที่บ้านมีหนี้สิน ใครๆก็มีปัญหาตรงนี้ ไม่ใช่เราคนเดียว เมตตา และเห็นใจเข้าใจตนเอง เพื่อให้สู้กับมันต่อไป ”

กิจกรรมครั้งที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมดในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปลักษณะ และยุติการทำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้าพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาการให้อภัยตนเอง แผ่เมตตา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้ทบทวนวิธีการในการลดความครุ่นคิดและพัฒนาทักษะความกรุณาตนเองที่จำเป็นในการลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึง การหาแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดในเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันจากประสบการณ์ที่เรียนรู้มาได้
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การเมตตาการให้อภัยตนเอง แผ่เมตตา
3. ผู้ป่วยบอกวิธีการที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหาได้

การดำเนินกิจกรรม

ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความกรุณาตนเอง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ การเมตตาภาวนา (loving- Kindness meditation) และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิคและความรู้ที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมด โดยการทบทวนนั้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามมีส่วนร่วมในการทบทวนทักษะทั้งหมด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำมาใช้ จัดการกับอาการซึมเศร้าในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต หากผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการดีขึ้นได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบประเมินซึมเศร้า
2. แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกต

ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้ สังเกตได้จากการฝึกได้ครบทุกขั้นตอน และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่11 “จากที่ฝึกมาทั้งหมดจนวันนี้รู้ตัวว่า สงบ มีสติ และเมตตา เข้าใจ ยอมรับ กระทบตนเอง ไม่ตัดลีนตนเองไปทางด้านลบ รู้สึกดีขึ้น กลับไปจะไปบอกให้หลานที่บ้านทำบ้าง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่12 “จากไม่เคยรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก ก็มาทำให้มีสติขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในอิริยาบถใด หรือทำกิจใด จัดการกับความคิดลปๆที่เข้ามาบ่อยได้ดีขึ้น โดยการใช้ความกรุณาตนเอง ด้วยบอกกับตัวเองด้วยความเมตตา ”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมทบทวนวิธีการในการลดอาการซึมเศร้าและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เข้ามา ผู้ป่วยรู้วิธีการและทักษะที่จำเป็นในการลดอาการซึมเศร้าได้ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยชายคนที่1 “ดีมากครับ ขอขอบคุณมากที่มีโอกาสได้มาทำกลุ่มครั้งนี้ จะนำสิ่งที่ได้รับกลับไปทำต่อ และบอกแม่ให้ทำด้วย”

ผู้ป่วยหญิงคนที่2 “ได้รู้จักการเมตตาตัวเองว่าทำยังไง ได้ฝึกสติเพื่อนำกลับไปใช้ได้ รู้สึกว่าโทษตัวเองน้อยลง ให้อภัยตัวเองมากขึ้น ความฟุ้งซ่านที่เกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดลดน้อยลง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่3 “ได้ฝึกสมาธิอยู่กับปัจจุบัน”

ผู้ป่วยหญิงคนที่4 “รู้สึกดีใจ รู้สึกผ่อนคลาย รับฟังปัญหาทางจิตใจ การแก้ไขความเครียด เรียนรู้การปล่อยปโยนตัวเอง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่5 “วันนี้ดีฉันดีใจที่เพื่อนๆใหม่ ให้ความเข้าใจและให้กำลังใจดิฉัน ซึ่งฉันจะไม่ลืมวันนี้ค่ะ ขอขอบคุณค่ะ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่6 “มาวันนี้รู้สึกมีความรู้ ดีมาก ที่ได้พูดคุยกัน เป็นสิ่งที่ดี เข้าใจกัน”

ผู้ป่วยหญิงคนที่7 “ได้ฝึกการเจริญสติ รู้สึกดีสงบดี ถ้าไปฝึกตลอดคิดว่าจะช่วยให้จิตใจดีขึ้น และมีความสุขในชีวิตมากขึ้น”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 8 “รู้สึกดีใจที่ให้กำลังใจทุกคน รู้ได้ถึงแนวทางการแก้ปัญหา หรือปล่อยปโยนตนเอง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 9 “รู้สึกดีขึ้น สบายใจ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 10 “ได้ฝึกการมีสติอยู่กับตัวเอง การรู้ตัวเองกับปัจจุบัน”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 11 “ได้รู้จักการให้อภัยตนเอง และให้กำลังใจกับบุคคลอื่น”

ผู้ป่วยหญิงคนที่12 “เข้ากิจกรรมวันนี้ รู้สึกดีมาก”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 13 “ได้ความรู้สึกดี สงบ สบายใจ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 14 “ปกติไม่เคยทำ แต่มาทำแล้วรู้สึกดีกว่าดี”

ผู้ป่วยหญิงคนที่15 “ได้ฝึกให้อารมณ์เย็นขึ้น สามารถดึงสติกลับมาบ้างได้”

ผู้ป่วยหญิงคนที่17 “รู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ผ่อนคลาย มองโลกในแง่บวกขึ้น”

ผู้ป่วยหญิงคนที่19 “ได้รับความรู้เรื่องการให้อภัยตนเอง และการมองปัจจุบัน”

ผู้ป่วยหญิงคนที่20 “ความรู้สึกมีความสุข มีความรู้หลายอย่าง แลกเปลี่ยนจากการร่วมกลุ่ม มีแรงผลักดันให้เข้มแข็ง มีสติขึ้น”

ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีเพื่อประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยใช้แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องมีคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 คะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และผลต่างของคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์

คนที่	คะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์		ผลต่างของคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์	การแปลผลคะแนนหลังการทดลอง
	ก่อนทดลอง (ในกิจกรรมครั้งที่ 2)	หลังทดลอง		
1	48	31	17	ผ่านเกณฑ์
2	62	48	14	ผ่านเกณฑ์
3	50	30	20	ผ่านเกณฑ์
4	44	28	16	ผ่านเกณฑ์
5	57	45	12	ผ่านเกณฑ์
6	49	22	27	ผ่านเกณฑ์
7	51	40	11	ผ่านเกณฑ์
8	48	37	11	ผ่านเกณฑ์
9	50	38	12	ผ่านเกณฑ์
10	55	48	7	ผ่านเกณฑ์
11	58	47	11	ผ่านเกณฑ์
12	73	48	25	ผ่านเกณฑ์
13	60	25	35	ผ่านเกณฑ์
14	70	46	24	ผ่านเกณฑ์
15	55	32	23	ผ่านเกณฑ์
16	49	28	21	ผ่านเกณฑ์
17	60	43	17	ผ่านเกณฑ์
18	69	42	27	ผ่านเกณฑ์
19	70	48	22	ผ่านเกณฑ์
20	66	45	21	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ลดลง โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน (คนที่ 6) และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน (คนที่ 2, 10, 12, 19) ซึ่งถือว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองแล้วกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ครั้ง คือ ครั้งแรก ดำเนินการก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันแรกที่พบและคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และ ครั้งที่สอง ในวันที่ดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น (post-test) โดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) ชุดเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีผลการประเมิน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนและระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

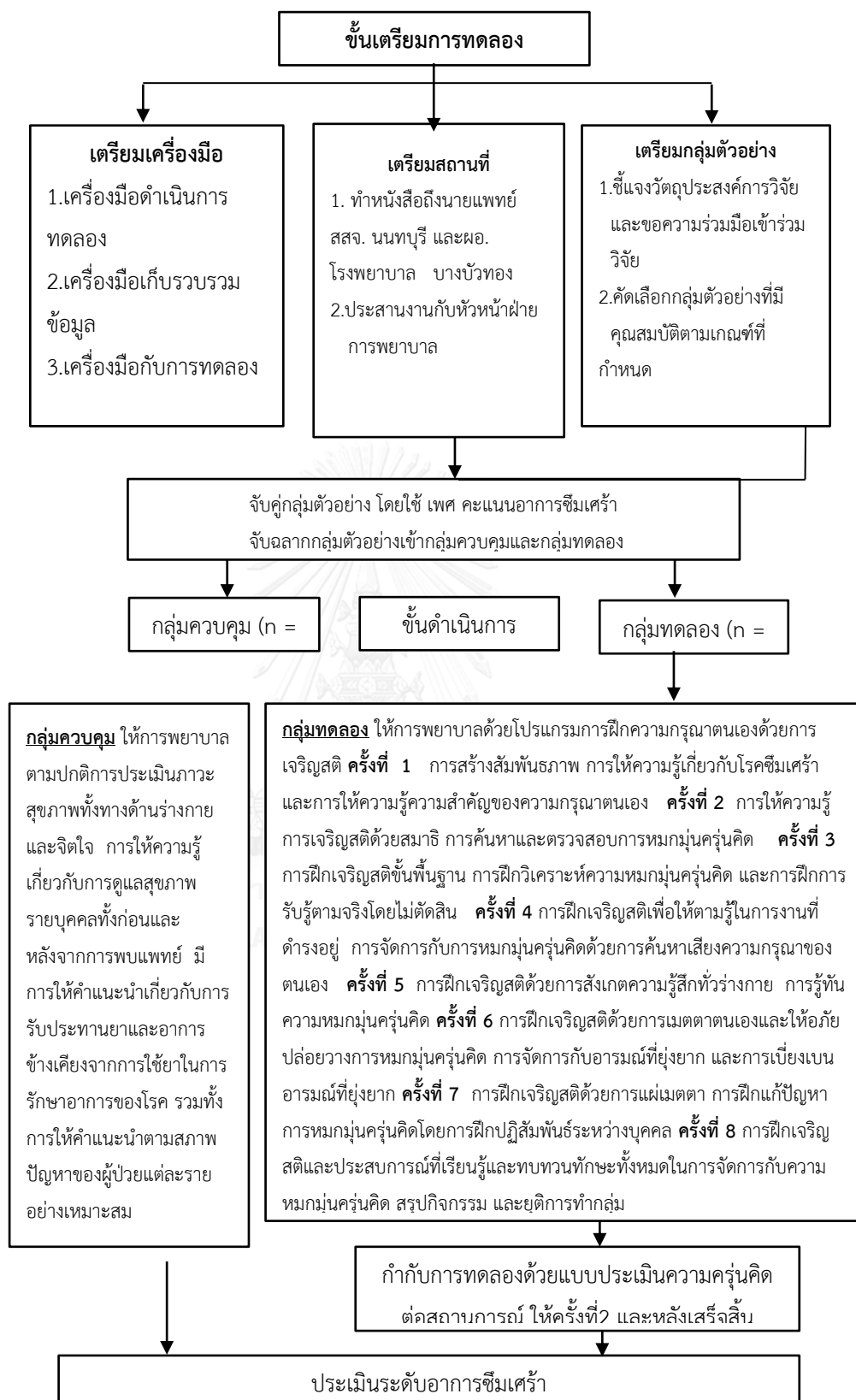
คนที่	ระดับอาการซึมเศร้า			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	29	มาก	23	มาก
2	29	มาก	26	มาก
3	29	มาก	27	มาก
4	13	น้อย	11	น้อย
5	18	ปานกลาง	15	น้อย
6	18	ปานกลาง	14	น้อย
7	19	ปานกลาง	14	น้อย
8	19	ปานกลาง	12	น้อย
9	16	ปานกลาง	13	น้อย
10	18	ปานกลาง	12	น้อย
11	19	ปานกลาง	10	น้อย
12	28	มาก	15	น้อย
13	24	มาก	12	น้อย
14	28	มาก	14	น้อย
15	29	มาก	19	ปานกลาง
16	22	มาก	15	น้อย
17	22	มาก	21	มาก
18	26	มาก	23	มาก
19	29	มาก	25	มาก
20	29	มาก	28	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย (10-15 คะแนน) 1 คน คือคนที่ 4 ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) 7 คน คือคนที่ 5-11 ระดับมาก (20-29 คะแนน) 12 คน คือ คนที่ 1-3 และ 12-20 ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่ม

ทดลองมีค่าคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (10-15 คะแนน) 12 คน คือคนที่ 4-14 และคนที่ 16 ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) 1 คน คือคนที่ 15 และ ระดับมาก (20-29 คะแนน) 7 คน คือคนที่ 1-3 และ 17-20 และเมื่อพิจารณาคะแนนในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

โดยมีภาพรวมขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังแผนภาพที่ 5





ภาพที่ 5 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ ทดสอบ t (Independent t-test)
4. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง ทั้งชายและหญิง อายุ 20-59 ปี ซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นมีการจับคู่ (Matched-pairs) ตามเพศและคะแนนอาการซึมเศร้า เพื่อควบคุมความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นจากตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า จนครบ 20 คู่ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	5.0	1	5.0
หญิง	19	95.0	19	95.0
อายุ				
20-29 ปี	1	5.0	2	10.0
30-39 ปี	8	40.0	2	10.0
40-49 ปี	6	30.0	6	30.0
50-59 ปี	5	25.0	10	50.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	8	40.0	11	55.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.0	3	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	3	15.0	5	5.0
อนุปริญญา / ปวส.	2	10.0	10	10.0
ปริญญาตรี	1	5.0	2	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0
อื่นๆ(ไม่ได้เรียน)	2	10.0	0	0.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 เท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และเมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 และร้อยละ 55.0 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	2	10.0	3	15.0
คู่	9	45.0	11	55.0
หม้าย	4	20.0	1	5.0
หย่า/ แยก	5	25.0	5	25.0
อาชีพ				
งานบ้าน	4	20.0	1	5.0
รับจ้าง	12	60.0	8	40.0
ค้าขาย	2	10.0	5	25.0
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0	0.0	1	5.0
อื่นๆ(ว่างงาน)	2	10.0	5	25.0
ศาสนา				
พุทธ	17	85.0	20	100.0
อิสลาม	3	15.0	0	0.0

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 55.0 ตามลำดับ รองลงมาคือ หย่า/ แยก คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ อาชีพงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คืออาชีพค้าขายกับว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน และส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 85.0 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม รายได้เฉลี่ย/ เดือน ความเพียงพอของ รายได้เฉลี่ย/ เดือน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย/ เดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	5	25.0	8	40.0
5,001 – 10,000 บาท	5	25.0	6	30.0
10,001 – 20,000 บาท	9	45.0	4	20.0
20,000 บาทขึ้นไป	1	5.0	2	10.0
ความเพียงพอของรายได้เฉลี่ย/ เดือน				
เพียงพอ	5	25.0	6	30.0
ไม่เพียงพอ	15	75.0	14	70.0
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ				
ได้รับ	6	30.0	7	35.0
ไม่ได้รับ	14	70.0	13	65.0

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย/ เดือน อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.0 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย/ เดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้เฉลี่ย/เดือน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.0 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 70.0 ในกลุ่มทดลอง สำหรับข้อมูลเรื่องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ นั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65.0 ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว	6	30.0	9	45.0
สมาชิกครอบครัว	14	70.0	11	55.0
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด				
เงิน	4	20.0	4	20.0
ครอบครัว	12	60.0	9	45.0
เพื่อน งาน สิ่งแวดล้อม	3	15.0	5	25.0
ตนเอง	1	5.0	2	10.0
ภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย				
มี	7	35.0	15	75.0
ไม่มี	13	65.0	5	25.0

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 55.0 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดคือ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60.0 ในกลุ่มควบคุม และ 45.0 ในกลุ่มทดลอง ส่วนภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 65.0 ในกลุ่มควบคุม แต่พบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 75.0 ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การรักษาที่ได้รับ และประวัติการใช้สารเสพติด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย				
ต่ำกว่า 1 ปี	3	25.0	3	15.0
1-2 ปี	3	25.0	2	10.0
มากกว่า 2 ปี	14	45.0	15	75.0
การรักษาที่ได้รับ				
ยาต้านเศร้า	20	100.0	20	100.0
ประวัติการใช้สารเสพติด				
ใช้	6	30.0	4	20.0
ไม่ใช้	14	70.0	16	80.0

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 75.0 ตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และจากข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่า ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 80.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ประวัติเคยฝึกการเจริญสติ และการฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติเคยฝึกการเจริญสติ				
เคย	7	35.0	8	40.0
ไม่เคย	13	65.0	12	60.0
การฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน				
ทำ	0	0.0	0	0.0
ไม่ได้ทำ	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เคยฝึกการเจริญสติ คิดเป็นร้อยละ 65.0 และ 60.0 ตามลำดับ และยังพบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่ได้ปฏิบัติกรฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องเป็นกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 12 คะแนนและระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	29	มาก	23	มาก	29	มาก	29	มาก
2	29	มาก	26	มาก	29	มาก	34	รุนแรง
3	29	มาก	27	มาก	29	มาก	34	รุนแรง
4	13	น้อย	11	น้อย	15	น้อย	15	น้อย
5	18	ปานกลาง	15	น้อย	18	ปานกลาง	19	ปานกลาง
6	18	ปานกลาง	14	น้อย	18	ปานกลาง	19	ปานกลาง
7	19	ปานกลาง	14	น้อย	19	ปานกลาง	19	ปานกลาง
8	19	ปานกลาง	12	น้อย	19	ปานกลาง	15	น้อย
9	16	ปานกลาง	13	น้อย	16	ปานกลาง	16	ปานกลาง
10	18	ปานกลาง	12	น้อย	18	ปานกลาง	15	น้อย
11	19	ปานกลาง	10	น้อย	19	ปานกลาง	15	น้อย
12	28	มาก	15	น้อย	28	มาก	32	รุนแรง
13	24	มาก	12	น้อย	24	มาก	15	น้อย
14	28	มาก	14	น้อย	28	มาก	19	ปานกลาง
15	29	มาก	19	ปานกลาง	28	มาก	28	มาก
16	22	มาก	15	น้อย	22	มาก	19	ปานกลาง
17	22	มาก	21	มาก	22	มาก	20	มาก
18	26	มาก	23	มาก	24	มาก	24	มาก
19	29	มาก	25	มาก	28	มาก	28	มาก
20	29	มาก	28	มาก	29	มาก	33	รุนแรง
ค่าเฉลี่ย	23.20	มาก	17.45	ปานกลาง	23.10	มาก	22.40	มาก

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นถึงการจับคู่ (Matched-pairs) กลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้ากลุ่มทั้งหมด 20 คู่ พบว่าก่อนการทดลองมีระดับอาการซึมเศร้า อยู่ที่ระดับมากจำนวน 12 คู่ (คู่ที่ 1-3 และคู่ที่ 13-20) ระดับปานกลางจำนวน 7 คู่ (คู่ที่ 5 - คู่ที่ 11) ระดับน้อยจำนวน 1 คู่ (คู่ที่ 4) สำหรับภายหลังการทดลองนั้น พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนนซึมเศร้าลดลงจากเดิม แต่เมื่อพิจารณาจำแนกคะแนนตามระดับอาการซึมเศร้าแล้ว พบว่ามีบางรายที่มีคะแนนอยู่ระดับเดิม ดังนี้ ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับมากเท่าเดิม จำนวน 7 คน (ได้แก่ คนที่ 1, 2, 3, 17, 18, 19 และ 20) ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 คน (คนที่ 4) อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่ คือ จำนวน 12 คน มีระดับอาการซึมเศร้าลดลง ดังนี้ ลดลงจากระดับมาก เป็นระดับปานกลาง จำนวน 1 คน (คนที่ 15) ลดลงจากระดับมาก เป็นระดับน้อย จำนวน 4 คน (คนที่ 12, 13, 14 และ คนที่ 16) และลดลงจากระดับปานกลาง เป็นระดับน้อย จำนวน 7 คน (คนที่ 5 - คนที่ 11) ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ทุกรายมีคะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลง

สำหรับในกลุ่มควบคุมพบว่าภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอาการซึมเศร้าไม่ลดลง โดยเมื่อพิจารณาตามระดับอาการซึมเศร้าแล้ว พบว่ามีบางรายที่มีระดับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ดังนี้ เพิ่มจากระดับมาก เป็นระดับรุนแรง จำนวน 4 คน (คนที่ 2, 3, 12 และคนที่ 20) และมีบางรายที่คะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ระดับอาการซึมเศร้าเท่าเดิม คือ ก่อนและหลังการทดลองระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (คนที่ 5 และคนที่ 6) มีกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนและระดับอาการซึมเศร้าเท่าเดิม ดังนี้ คะแนนในระดับมาก จำนวน 4 คน (คนที่ 1, 15, 18 และคนที่ 19) ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (คนที่ 7 และ คนที่ 9) และระดับน้อย จำนวน 1 คน (คนที่ 4) นอกจากนี้มีกลุ่มควบคุมซึ่งมีทั้งคะแนนและระดับอาการซึมเศร้าลดลง ดังนี้ ลดลงจากระดับมาก เป็นระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (คนที่ 14 และคนที่ 16) ลดลงจากระดับมาก เป็นระดับน้อย จำนวน 1 คน (คนที่ 13) ลดลงจากระดับปานกลาง เป็นระดับน้อย จำนวน 3 คน (คนที่ 8, 10, 11) ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย ที่เหลือ (คนที่ 17) เป็นผู้ที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับเท่าเดิม คือ ในระดับมาก

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 20$) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ($n = 20$)

อาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	\bar{x}	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	23.10	5.05	มาก	0.80	19	0.87
หลังการทดลอง	22.40	7.11	มาก			
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	23.20	5.38	มาก	6.45	19	< .01
หลังการทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 (SD = 5.05) และ 22.40 (SD = 7.11) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าคนที่ 2, 3, 12 และ 20 มีระดับคะแนนที่เปลี่ยนเป็นสูงขึ้นคือระดับรุนแรง เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก อาจมีในเรื่องของปัจจัยอื่นเข้ามาที่ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนที่เปลี่ยนไป เช่น การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.45$, $p < .01$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงมาอยู่ที่ระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (SD = 5.93) เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับมากเท่ากับ 23.20 (SD = 5.38) ซึ่งหมายความว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนและระดับอาการซึมเศร้าลดลง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =20)

อาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	\bar{x}	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	23.10	5.05	มาก	0.61	38	0.952
กลุ่มทดลอง	23.20	5.38	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	22.40	7.11	มาก	-2.39	38	0.022
กลุ่มทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 14 พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 และ 23.20 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (ระดับปานกลาง) และ 22.40 (ระดับมาก)

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ย และผลต่างคะแนนเฉลี่ย ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า				ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		อาการซึมเศร้า (ก่อน-หลัง)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	29	23	29	29	6	0
2	29	26	29	34	3	-5
3	29	27	29	34	2	-5
4	13	11	15	15	2	0
5	18	15	18	19	3	-1
6	18	14	18	19	4	-1
7	19	14	19	19	5	0
8	19	12	19	15	7	4
9	16	13	16	16	3	0
10	18	12	18	15	6	3
11	19	10	19	15	9	4
12	28	15	28	32	13	-4
13	24	12	24	15	12	9
14	28	14	28	19	14	9
15	29	19	28	28	10	0
16	22	15	22	19	7	3
17	22	21	22	20	1	2
18	26	23	24	24	3	0
19	29	25	28	28	4	0
20	29	28	29	33	1	-4
ค่าเฉลี่ย	23.20	17.45	23.10	22.40	5.75	0.70

(\bar{d})

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 5.75 (SD = 3.99) และ 0.70 (SD = 3.91) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างมากกว่าที่พบในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง (n = 40)

คะแนนอาการซึมเศร้า	\bar{d}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	5.75	3.99	4.05	38	< .01
กลุ่มควบคุม	0.70	3.91			

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบผลต่างผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ < 0.01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest control group design) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โรงพยาบาลบางบัวทอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power 3.1.9.2 ของมหาวิทยาลัย Heinrich-Heine-Universität (2016) โดยนำค่า Effect size = .86 จากการศึกษาของ Neff and Germer (2013) เรื่อง A pilot study and randomized controlled trial of the mindful Self-Compassion Program มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Actual power คือ 0.81 ได้เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินซึมเศร้า Beck Depression Inventory ของ Beck (1967)

ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรีรงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) โดยหลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนน RRS \leq 48 คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัย แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ และทางสื่อออนไลน์ รวมถึง MP3 ที่เผยแพร่ self-compassion ของ Neff และการฝึกความกรุณาตนเอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการนี้เตรียมความพร้อมตนเองโดยการเข้าฝึกปฏิบัติการฝึกสติ ณ ศูนย์ราชการ เพื่อการเป็นผู้บำบัดตามหลักสูตร Mindfulness-Based Therapy and Counseling โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่มีนายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เป็นวิทยากร ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการและคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มพูนทักษะและความน่าเชื่อถือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรม และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ด้วยการเจริญสติ

1.2 หลังจากเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย พร้อมเสนอโครงการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched - Pair) ให้มีคุณลักษณะในเรื่องเพศ และคะแนนซีมีแสร์รา และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้กลุ่มทดลองได้รับการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซีมีแสร์ร่าก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 1-4

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำแบบประเมินอาการซีมีแสร์ร่าภายหลังการทดลอง (Post-test)

2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซีมีแสร์ร่าก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการบำบัด ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ขั้นตอน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

2.2.3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen Hoeksema (1991) ฉบับที่แปล

เป็นภาษาไทยโดย วาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ทั้งนี้ เนื่องจากเนื้อหาการฝึกในการวิจัยครั้งนี้ครบถ้วนตามองค์ประกอบของความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติแล้ว และตรวจสอบระดับความหมกมุ่นครุ่นคิดในกลุ่มทดลองทุกคน พบว่ามีระดับคะแนนสูงสุดที่ 48 คะแนนและคะแนนต่ำสุดที่ 22 คะแนน หมายถึงระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์กำหนดคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนทุกคน ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติในครั้งที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง (Post-Test) ด้วยแบบประเมินซึมเศร้า Beck Depression Inventory ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย (มุกดา ศรียงค์, 2552 อ้างถึงใน พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

3.2 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (\bar{x} = 23.30, 17.45 SD = 5.38, 5.93 ตามลำดับ; $t = 6.45$, $p = < 0.01$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค

ซิมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. ภายหลังจากทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซิมเศร่าในผู้ป่วยโรคซิมเศร่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซิมเศร่าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (ระดับปานกลาง) และ 22.40 (ระดับมาก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซิมเศร่าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซิมเศร่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ มีความแตกต่างจากผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซิมเศร่าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซิมเศร่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 5.75, 0.70 \text{ SD} = 3.99$ และ 3.91 ตามลำดับ; $t = 4.046, p = <0.01$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือภายหลังจากทดลองอาการซิมเศร่าของผู้ป่วยโรคซิมเศร่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีผลทำให้อาการซิมเศร่าของผู้ป่วยโรคซิมเศร่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยจะขอแบ่งการอภิปรายออกเป็น 2 ส่วน คือ การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และการอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคซิมเศร่าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางบัวทอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 95.0 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 5 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 จากข้อมูลเรื่องเพศ และเรื่องอายุ จะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและช่วงวัยดังกล่าวนี้มีปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคซิมเศร่าตามการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ (2011) ที่พบว่าโรคซิมเศร่ามีปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ในช่วงหญิงวัยใกล้หมด

ประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส อุครานันท์ (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า และมีอายุในช่วง 25 -59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0 อีกทั้งส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท คิดเป็น 32.5 เท่ากัน และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้เฉลี่ย/เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.5 สำหรับข้อมูลเรื่องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ นั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุน และ รับประทานเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 52.5 สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ที่พบว่า โรคซึมเศร้านั้นมักจะพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ คือ ระดับของการศึกษาที่ต่ำ หรือผู้ที่มีรายได้น้อย อันส่งผลให้เกิดความเครียด และเบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิตจากภาวะที่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพในครอบครัวได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 55.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 72.5 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 75.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ (2011) ที่ได้ทำการสำรวจอาการซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพหรือการทำงาน ประวัติใช้สารเสพติด ปัญหาการเงินหรือความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือปัญหาทางสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคม (social factor) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การรับรู้ความเครียด ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม เพราะเนื่องจากบุคคลแต่ละคนต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน ปัญหาด้านการเงินที่เกี่ยวข้องกับการกินอยู่ในแต่ละวัน รวมไปถึงสิ่งที่มุ่งหวังไว้ไม่เป็นไปตามคาดหมาย ซึ่งทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความผิดหวัง สูญเสีย เครียด จนส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า และเมื่ออารมณ์เศร้านั้นเรื้อรังยาวนาน จนไม่ได้รับการรับการรักษา ก็จะส่งให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด และอาจเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายตามมาได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบัวทองนั้น ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิศพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ว่าด้วยเรื่องการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า นั้นคือการรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา ซึ่งยาจะเป็นส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ แพทย์จึงพิจารณาเรื่องยามาเป็นสำคัญในการรักษาผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า สำหรับข้อมูลการฝึกเจริญสติ นั้น พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกการเจริญสติ คิดเป็นร้อยละ 62.5 และถึงแม้เคยฝึกการเจริญสติแต่ก็ไม่ได้ฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าบุคคลที่ขาดการนำสมาธิมาดำเนินในชีวิตประจำวัน ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการหมกมุ่นและครุ่นคิดเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือจมอยู่กับอดีตและคาดการณ์ในอนาคตไปทางด้านลบ (ruminative thought) อันส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Nolen-Hoeksema, 1991) ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับทางพระพุทธศาสนา สติ (Mindfulness) หมายถึง ความระลึกได้ มีหมวดธรรมชื่อว่า มหาสติปัฏฐาน 4 แปลว่า การใช้สติมีฐานใหญ่อยู่ 4 ฐาน ประกอบด้วย 1) กาย 2) เวทนา 3) จิต 4) ธรรม

ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($\bar{x} = 23.30$, 17.45 SD = 5.38, 5.93 ตามลำดับ; $t = 6.45$, $p < 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสอดคล้องกับการศึกษาของ Neff and Germer (2013) ที่พบว่าผู้ที่เข้าร่วมมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง 8 ครั้ง ($\bar{x} = 1.74$ และ 1.33 ; SD = 0.34 และ 0.29 ตามลำดับ) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาที่พบต่างข้างต้นได้ดังนี้

การที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ นั้นเนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ เกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ เมื่อต้องประสบพบเจอกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ดังนั้น การจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด รวมทั้งการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความทุกข์ทรมาน จากอาการซึมเศร้าลดลงได้ Neff and Germer (2013) โดยการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า อีกทั้งยังมีส่วนช่วยลดในเรื่องการหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา เนื่องจากเมื่อบุคคลมีสติ ก็จะเกิดการอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับไม่ประจบการณที่เกิดขึ้นหรือที่เข้ามาจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้จะเกิดการตำหนิ ตีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง นั่นคือความ

ครุ่นคิดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวที่นำไปให้สู่อาการซึมเศร้า จากการที่บุคคลปรับตัวไม่เหมาะสม ด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และสร้างองค์ประกอบของความกรุณาตนเอง Neff (2003) หมายถึง การที่บุคคลเปิดใจยอมรับเรื่องราวต่างๆ ของตนเอง ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกใส่ใจ และกรุณาต่อตนเอง มีทัศนคติแบบเข้าใจและไม่ตัดสินเรื่องความล้มเหลวของตนและยอมรับข้อจำกัด และยอมรับว่าเป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตมนุษย์ มีองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง 3 ด้าน คือ

1. การมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) เป็นการให้อภัยตนเองต่อความล้มเหลว ความบกพร่อง ให้ตอบสนองด้วยต่อตนเองในทางที่เหมาะสม ทั้งในด้านการปฏิบัติต่อตนเองด้วยความอ่อนโยนและเข้าใจ เข้าใจ ยอมรับกับข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเองตามความเป็นจริง เพื่อลดการตอบสนองต่อรูปแบบการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ชอบตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียนตนเอง (self-judgment)

2. การเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชน (common humanity) เป็นการรับรู้ความทุกข์ที่ตนเองต้องประสบ ว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นประสบการณ์ในชีวิตที่ผู้อื่นก็ประสบพบเจอได้เช่นกัน ทำให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ป้องกันความรู้สึกแยกตัว โดดเดี่ยว (isolation)

3. การมีสติ (mindfulness) คือการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งด้าน สภาวะจิตของบุคคล การรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้น และความรู้สึกที่เป็นปัจจุบัน ณ ขณะนั้น โดยไม่จมอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น (over identification)

จากองค์ประกอบดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดลด และส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้อีกด้วย ซึ่งในโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสตินี้ จะพบว่าแต่ละขั้นตอนต่อครั้งจะสามารถช่วยลดความหมกมุ่นครุ่นคิดลดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงในกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง(Self-compassion) การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจ ยินยอมเปิดเผยข้อมูล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้าเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า การดูแลรักษา ผลกระทบ และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง(Self-compassion) ให้ทราบที่มาของพื้นฐานความกรุณาที่มาจากแนวคิดพระพุทธศาสนา องค์ประกอบของความกรุณา และความหมายของการเจริญสติ พร้อมทั้งแจ้งคะแนนระดับอาการซึมเศร้าของแต่ละรายบุคคล เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ใน

ตัวโรคซึมเศร้า และอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าลงจากเดิม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความร่วมมือ และตั้งใจเป็นอย่างดี **ในทางพระพุทธศาสนา** ในกระบวนการนี้เป็นการปลุกวิญญาณ(อาการป่วย)หรือสร้างวิญญาณ(เข้าใจความเป็นมนุษย์)ที่เป็นมิตรกับตัวเองเพื่อบริหารจัดการขั้น 5 ในระดับต่อไป

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่น

ครุ่นคิด กิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการฝึกสมาธิ กระบวนการสมาธิ หลักการขั้นตอนการฝึกสมาธิ วิธีการฝึกสมาธิ ได้แก่ การฝึกหยุดความคิด ฝึกจัดการกับความคิด ฝึกจัดการกับความง่วง และประโยชน์ของสมาธิ พร้อมทั้งฝึกนั่งสมาธิและฝึกกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการนั่งสมาธิ พร้อมทั้งเกิดทักษะในการฝึกอยู่กับปัจจุบันโดยการรู้ลมหายใจ เพื่อเป็นการดึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความหมกมุ่นครุ่นคิดมาอยู่กับปัจจุบันก่อน และเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วย ซึ่งกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน เพราะการมีสติจะทำให้จัดการความหมกมุ่นครุ่นคิดได้ และเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดความกรุณาด้วย และการค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิดจากแบบสำรวจตนเองพร้อมทั้งทำแบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale) เพื่อให้เชื่อมโยงกับระดับคะแนนอาการซึมเศร้าของตนเอง **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการนี้ เป็นการให้วิญญาณที่ป่วยใช้สติในระดับเบื้องต้นโดยการนั่งสมาธิก่อน เพื่อเป็นการดับอาการป่วยก่อน(ดับทุกข์) และฝึกการใช้สติด้วยการนั่งสมาธิเป็นจุดเริ่มต้น และเริ่มฝึกการกรุณาตนเองด้วยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน (สมถภาวนา) โดยใช้วิธีสมถภาวนา และเรียนรู้การเจ็บป่วยของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้หลักวิธีการฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เพื่อให้เกิดทักษะการรับรู้ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน โดยการให้สังเกตเวลาที่ตนเป็นผู้วิจารณ์ตนเอง กับเป็นผู้ถูกวิจารณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้โทษของการกล่าวโทษตนเอง และให้เปลี่ยนมาใช้ความเมตตา เข้าใจในตนเองมากกว่า เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะหลีกเลี่ยงปัญหาแทนการเผชิญกับปัญหา ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมบำบัดพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างจากการฝึกสมาธิจะเกิดการตระรู้ ถึงความรู้สึก ที่เปลี่ยนแปลงกับร่างกายของตนเองมากขึ้นว่าจะส่งผลดีว่าการตัดสินตนเองในทางที่ผิด **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาวิญญาณและเรียนรู้ศาสตร์ที่จะเป็นแพทย์รักษาตนเอง เป็นการฝึกฝนในกระบวนการที่ 2 ถูกต่อยอดให้มองเห็นโทษของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งจะนำมาซึ่งสาเหตุอาการซึมเศร้า และเกิดการซังน้ำหนักทางความคิดและมีสติในการคิดที่จะเมตตาตนเอง (การเริ่มใช้ปัญญาโดยใช้หลักการเริ่มต้นวิปัสณาภาวนา)

ครั้งที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการทำงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการ และฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกตามการใช้งาน และจัดการความหมกมุ่นครุ่นคิด และเรียนรู้ในการค้นหาเสียงโดยการคิดกลุ่มคำความกรุณาตนเองเพื่อจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และสำรวจความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหาวิธีจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นโดยใช้การปล่อยตนเองแทน และฝึกการสติซึ่งเป็นการต่อยอดจากครั้งที่ 3 เพื่อจะช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจในความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง ทำให้มีสติและรับรู้อยู่สิ่งที่เข้ามาตามความเป็นจริง ณ ขณะนั้น **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการดังกล่าวนี้ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับองค์ความรู้ที่ 2 (การใช้เวทนา) และเข้าไปเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ที่ 1 (การใช้สัญญา) ด้วยวิธีการซึ่งนำหนักให้มองเห็นสิ่งที่ติกว่า เข้าไปเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) หรือเข้าไปแทนที่สิ่งที่มีอยู่เดิม (สัญญา) เพื่อให้ตระกร้าแห่งความคิด (สัญญา) เริ่มเป็นความคิดเห็นที่ถูกต้องเรื่อยๆ (ทิฏฐุชุกัมม) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่จะทำให้พบความสุข (บุญกิริยาวัตถุ 10) นั้นหมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเริ่มเปลี่ยนแปลงเรียนรู้และฝึกฝนที่จะเป็นแพทย์รักษาตนเอง

จะทำให้เกิดการใช้สติแบบต่อเนื่อง และเพิ่มความกรุณาตนเอง เริ่มมองเห็นคุณและโทษของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เป็นต้นเหตุของอาการซึมเศร้า ด้วยการกรณากับวิธีคิดเดิมๆ โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน ทำให้เห็นความคิดที่มีการใช้สติอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการของวิตก และมีวิจารณ์ ผลที่ได้จะนำมาซึ่ง ปิติ และความสุข และมองเห็นโทษการหมกมุ่นครุ่นคิดนั้นเป็นวิตก ที่ไม่มีข้อสรุปหรือไม่มีวิจารณ์ นั่นเอง ความทุกข์จึงเกิด และเป็นต้นเหตุแห่งอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยการเขียนจดหมายถึงความกรุณาตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และทักษะสำรวจปัญหาและแนวทางในการจัดการเพื่อรู้ทันกับความหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง เพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดความหมกมุ่นครุ่นคิดขึ้นโดยการเขียนจดหมายถึงตนเองเพื่อสร้างความกรุณาตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึก อารมณ์หรือความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดกับร่างกายของตนเอง และฝึกสร้างการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดจนฝึกให้เกิดการเมตตาตนเอง และใช้ความเข้าใจโดยการให้เขียนถึงความกรุณาตนเองเพื่อสร้างสิ่งที่ดีแทนการใส่ด้านลบเข้าไปให้กับตนเอง ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยทำกิจกรรมแบบนี้กับตนเอง แต่เมื่อได้ทำก็เป็นสิ่งที่แปลก ทำให้เห็นภาพและเข้าใจได้มากขึ้น เกิดการยอมรับ และไม่พยายามที่จะกล่าวโทษตนเอง และยอมรับความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความหมกมุ่นครุ่นคิดดังกล่าวก็จะลดลง และส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงตามมา **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการนี้เป็นการให้วิญญาณบริหารจัดการสังขาร

เพื่อฝึกฝนที่จะเป็นแพทย์รักษาตัวเอง เป็นการต่อยอดที่กล่าวไว้ในกระบวนการที่ 4 ข้างต้น โดยเปลี่ยนการใช้สติตามรู้อีกรูปแบบหนึ่ง เป็นการฝึกตามรู้รูป ซึ่งต่างจากกระบวนการที่แล้ว ซึ่งเป็นการตามรู้นาม จะทำให้เกิดการเริ่มต้นกระบวนการใช้วิปัสณาภาวนา

ครั้งที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติต่อยอดในการเมตตาตนเองและให้อภัย และรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะการปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และการยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมบำบัดพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความเข้าใจระหว่างความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ สามารถสำรวจความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ดี เพราะเมื่อบุคคลเกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ สติจะเป็นตัวช่วยให้เห็นถึงความรู้สึกนั้น และปลอ่ยวาง เพราะการที่เมตตาตนเองโดยบอกกล่าวประโยคเดิมๆซ้ำๆกับตน จะเป็นการสร้างความมั่นคงและยอมรับในตนเองมากขึ้น **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการนี้ จะเป็นการนำองค์ความรู้ (สัญญาที่ถูกต้องแล้ว) มาใช้ในการบริหารจัดการสังขาร และรูป เพื่อให้วิญญานเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยใช้สติได้ชำนาญขึ้น และเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมทั้งมองเห็นภัยของการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า โดยใช้ความกรุณาต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่ผ่านมา โดยมีเมตตาเป็นพื้นฐาน

ครั้งที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติ และการแผ่เมตตา และจัดการกับปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด เพราะถ้าเรามีสติมากขึ้น สติก็จะทำให้เรารู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และความรู้สึก ช่วยให้ลดหรือไม่ตอบโต้อย่างรุนแรง และยังช่วยให้การสื่อสารดีขึ้น โดยเฉพาะการแสดงออกทางภาษาท่าทาง ไม่ว่าจะสีหน้า แววตา น้ำเสียง รวมถึงท่าทางการแสดงออก และจะทำให้บุคคลเกิดการแยกตัว จากสังคม ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากคนที่ใกล้ชิดตัวก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข **ในทางพระพุทธศาสนา** กระบวนการนี้เป็นการดำรงไว้วิญญานซึ่งเป็นแพทย์ และขจัดวิญญานที่เกิดจากอวิชา เพื่อฝึกให้เป็นอาจารย์แพทย์ที่จะนำมาซึ่งการใช้สติก่อน นั่นหมายถึงเริ่มใช้กระบวนการของวิปัสณาภาวนา ซึ่งเป็นการต่อยอดจากกระบวนการที่ 6 ข้างต้น และพัฒนาความเป็นมนุษย์โดยเน้นหลักการอยู่ร่วมกันในสังคม และขจัดอาการความหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าได้เร็วขึ้นด้วยการกรุณาที่มีเมตตาเป็นพื้นฐาน ทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

ครั้งที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปลักษณะ และยุติการทำกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกระบวนการเรียนรู้ทั้งหมด และมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อจัดการกับความ

หมกมุ่นครุ่นคิดที่เข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมทุกรายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเจริญสติ การแก้ไขความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นโดยใช้ความเมตตา เข้าใจ ยอมรับในตนเอง และมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงสิ่งหนึ่งในชีวิตที่ทุกคนเจอได้ จากกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในกลุ่ม ทั้งหมดนี้คือองค์ประกอบของความกรุณาตนเอง ส่งผลให้สามารถจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เข้ามาและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ในทางพระพุทธศาสนา กระบวนการนี้จะทำให้การเป็นหมอที่รักษาตัวเองสามารถบริหารจัดการการป่วยและควบคุมอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพึ่งพาตัวเองได้ จะทำให้เกิดการมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดและมองเห็นประโยชน์ ของการใช้ขั้น 5 ให้เป็น และใช้ชีวิตวิจารณ์ให้เป็น ทำให้เข้าใจกระบวนการการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษาภายหลังเสร็จสิ้นครั้งที่ 8 แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ทุกรายมีคะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไป (Nolen Hoeksema, 1991) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสตินี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาตนเองให้เกิดความกรุณาตนเองเพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้คะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มตัวอย่างลดลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัดหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เมื่อพิจารณา ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 5.75, 0.70$ SD = 3.99 และ 3.91 ตามลำดับ; $t = 4.046, p = <0.001$) ซึ่งสรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือ ภายหลังการทดลองอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Neff & Germer (2013) ที่พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีระดับอาการซึมเศร่าลดลงต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($x = 1.33$ และ 1.56 ; SD = 0.29 และ 0.46 ตามลำดับ)

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยที่พบข้างต้น ดังนี้

การที่พบว่าหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้น เมื่อพิจารณาก็จะเห็นได้ว่าหลังการทดลองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญมึระดับลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสังเกต ในกระบวนการกลุ่มระหว่างการบำบัด ว่าสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญ โดยจากการนัดหมายที่มีการร่วมกันตกลง และมาตามเวลานัดหมาย ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทุกครั้ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจกันในกลุ่ม มีความตั้งใจในการมาเข้าร่วมกิจกรรม และในการฝึกเจริญสติแต่ละครั้ง และการฝึกความกรุณาตนเอง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถฝึกสติ และฝึกความกรุณาอย่างได้ผลเป็นอย่างดี มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยกแตกต่างจากคนอื่น ดังจะเห็นได้จากหลังฝึกกิจกรรมครั้งที่ 8 จะพบว่าทุกคนมีคะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดลดลงทั้งหมด และผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้าน และพบว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจเป็นอย่างดี และแสดงความคิดเห็นระหว่างการสนทนากลุ่ม นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีการสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ดังนี้

ผู้ป่วยชายคนที่ 1 “ดีมากครับ ขอขอบคุณมากที่มีโอกาสได้มาทำกลุ่มครั้งนี้ จะนำสิ่งที่ได้รับกลับไปทำต่อ และบอกแม่ให้ทำด้วย”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 2 “ได้รู้จักการเมตตาตัวเองว่าทำยังไง ได้ฝึกสติเพื่อนำกลับไปใช้ได้ รู้สึกว่าโทษตัวเองน้อยลง ให้อภัยตัวเองมากขึ้น ความฟุ้งซ่านที่เกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดลดน้อยลง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 4 “รู้สึกดีใจ รู้สึกผ่อนคลาย ระวังปัญหาทางจิตใจ การแก้ไขความเครียด เรียนรู้การปล่อยปโยนตัวเอง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 5 “วันนี้ดีฉันดีใจที่เพื่อนๆ ใหม่ ให้ความเข้าใจและให้กำลังใจดิฉัน ซึ่งฉันจะไม่ลืมวันนี้ค่ะ ขอขอบคุณค่ะ”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 6 “มาวันนี้รู้สึกมีความรู้ ดีมาก ที่ได้พูดกัน เป็นสิ่งที่ดี เข้าใจกัน”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 8 “รู้สึกดีใจที่ให้กำลังใจทุกคน รู้ได้ถึงแนวทางการแก้ปัญหา หรือปล่อยปโยนตนเอง”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 11 “ได้รู้จักการให้อภัยตนเอง และให้กำลังใจกับบุคคลอื่น”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 14 “ปกติไม่เคยทำ แต่มาทำแล้วรู้สึกที่ดี”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 15 “ได้ฝึกให้อารมณ์เย็นขึ้น สามารถดึงสติกลับมาบ้างได้”

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 17 “รู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ผ่อนคลาย มองโลกในแง่บวกขึ้น”

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประเมินและสังเกตของผู้วิจัยระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความหมกมุ่นครุ่นคิด เกิดการรับรู้ ยอมรับ เข้าใจ ใส่ใจในกระบวนการคิดของตนเองมากขึ้น เป็นผลมาจากการพัฒนาให้เกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งเป็นกลไกของกระบวนการของการฝึก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง ดังที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้การพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการคำนึงถึงโรคสามารถปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามความเหมาะสม และหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อาจมีการเพิ่มระยะเวลาตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

1.2 การใช้โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติเป็นการส่งเสริมให้เกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งหากมีการติดตามในระยะยาว จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการฝึกทักษะต่อเนื่อง เพื่อเป็นการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 จากผลการวิจัยของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า จึงควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมในการฝึกบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแล ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการบำบัดในเรื่องของการเจริญสติ เน้นถึงความสำคัญของความกรุณาตนเอง โดยยึดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การบำบัดกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาด้านการหมกมุ่นครุ่นคิด ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหมกมุ่นครุ่นคิด หรือไม่ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละโรค

3.3 ควรมีการศึกษาการบำบัดการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติโรคทางจิตเวช แต่ละกลุ่ม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยในแต่ละโรคให้เกิดประสิทธิภาพ สูงสุด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กงจักร สอนลา และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2557). ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกลอยาก แอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 28(3), 75-89.

กระทรวงสาธารณสุข HDC. (2559). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : HDC*. [ออนไลน์] [1 พฤศจิกายน 2559]. แหล่งที่มา: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. (อัดสำเนา)*

กิตติคุณ ชีมหาสัจคุณ. 1 กรกฎาคม 2560. อาจารย์วิทยากรสอนพระอภิธรรม. *สัมภาษณ์*.

กิตติคุณ ชีมหาสัจคุณ. (2560). *ก้าวแรกสู่นิพพาน. (อัดสำเนา)*

งานสารสนเทศโรงพยาบาลบางบัวทอง. (2559). *สถิติผู้ป่วยซึมเศร้าปี พ.ศ. 2557-2558*. โรงพยาบาลบางบัวทอง.

จันทิมา องค์กรโฆสิต. (2545). *จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ชรณินทร์ กองสุข, 2550, อ้างถึงใน ณีภูษลลิน คุ่มรอด. (2558). *ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชรณินทร์ กองสุข. (2559). *Depressive disorders in ASEAN ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในอาเซียน*. [ออนไลน์] [9 มิถุนายน 2559]. แหล่งที่มา: http://aimhc.net/new/_admin/download/-93-1465526109.pdf

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประภาส อุครานันท์. (2560). *เอกสารทบทวนความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้า กับการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. ปทุมธานี: ติดตามผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.

ประยุทธ์ ปยุตโต. (2518). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

- พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2559) *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ.2556*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง..
- มุกดา ศรียงค์, อ่างถึงโน พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2552). *ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาคตะวันออก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 24(2): 138-154.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). *การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 18(3): 2553.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(4): 235-246.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเตอร์ไพรส์.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2559). *คู่มือสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Manual*. (อัดสำเนา)
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิกิพีเดีย. (2560). *การบำบัดด้วยสติ*. [ออนไลน์] [30 มิถุนายน 2560]. แหล่งที่มา: <https://th.wikipedia.org/wiki/การบำบัดด้วยการรู้สติ>
- วิกิพีเดีย. (2560). *Rumination*. [ออนไลน์] [30 มิถุนายน 2560]. แหล่งที่มา: <https://th.wikipedia.org/wiki/>
- วิยะดา ซาดิขานี และ จินตนา ลีละไกรวรรณ. (2554). *การเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว*. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วาริรัตน์ ถาน้อย รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2554). แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ: *วารสารพยาบาล* ; 29(2): 29-38.
- สุดาร์ตน์ วิจิตรเศรษฐกุล. (2556). *ศาสนาพุทธคือคำตอบทางการแพทย์*. รายงานการวิจัย. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ, (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 17(3): 412-426.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคภา โคตนาธา และขจรศักดิ์ วรรณทอง. (2557). ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4): 381-393.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10(ฉบับปรับปรุง DSM-V). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *ปีสุขภาวะที่สูญเสีย Disability-Adjusted Life Year* รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ.2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัทธนาเพลสจำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชศาสตร์สำหรับบุคคลที่ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2): 112-126.

ภาษาต่างประเทศ

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Boellinghaus, I., Jones, W, F. and Hutton, J. (2012). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation Cultivating Self- Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness* 2014 (5): 129-138.

- Brooks. M., Kay-Lambkin. F., Bowman. J. and Childs. S. (2012). *Self-Compassion Amongst Clients with Problematic Alcohol Use*. Springer Science+Business Media, LLC.
- Doona. (1979). Empowered consumers and telephone hotlines. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 19(1): 21-23.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. and Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 39: 175-191.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. and Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 41: 1149-1160.
- Fredrickson, B. L, Chon, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. and Finkel, S. M. (2008). Open hearts build Lives: Positive emotion, induced through lovingkindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology* 95(5): 1045-1062.
- Gamefski, N., Legerstee, J., Kraaij V., Van den Kommer, T. and Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6): 603-611.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotion*. NY: Guilford.
- Gilbert, P. and Iron, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In p. Gilbert(Ed.), *Compassion: conceptualizations, research, and use in psychotherapy* (pp.263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P. and Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 13(6): 353–379
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advance in psychiatric Treatment*, 15: 199–208
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. New York; Taylor & Francis Group.

- Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series. *Mental Health Religion & Culture* 17(2): 219–221.
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., and Baião, R. (2014). Fears of Compassion in a Depressed Population Implication for Psychotherapy. *Journal Depress Anxiety*, 13: 1
- Heinrich-Heine-Universität. (2016). *G*Power: Statistical Power Analyses for Windows and Mac*. [online] [cited 2017 January 4]; <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>
- Kenny, M.A., Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Elsevier Sponsored from Behaviour Research and Therapy* 45(3): 617–625.
- Lori, M. Hilt & Seth D. Pollak. (2012). Getting Out of Rumination: Comparison of Three Brief Interventions in a Sample of Youth. *Journal of Abnormal Child Psychology* 40(7): 1157–1165.
- MacBeth, A. and Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6): 545–552.
- Makransky, J. (2012). *Compassion in Buddhist Psychology*. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 61–74).
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, (2): 85-102.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2: 223-250.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, L. K., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in personality*; 41: 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., and Kirkpatrick, K. L. (2007a). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.

- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K. and Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United states Thailand and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3):267-285
- Neff, K. D. and McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity* 9: 225-240.
- Neff, K. D. (2011). *Self compassion stop beating yourself up and leave insecurity behind*. Croydon: CPI Group.
- Neff, K. D. (2012). *The science of self-compassion. Compassion and wisdom in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. and Beretvas, S. N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self and Identity*, 12: 78–98.
- Neff, K. D. and Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology* 69(1): 28-44.
- Neff, K. D. and Germer, C. K. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology* 69(8): 1-12.
- Nolen-Hoeksema S, and Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 19891 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(1): 115-121
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 100(4): 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. and Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion* 7 (6): 561–570.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. and Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology* 67 (1): 92–104.
- Nolen-Hoeksema, Roberts, and Gotlib. (1998). Neuroticism and Ruminative Response Style as Predictors of Change in Depressive Symptomatology. *Cognitive therapy and Research* 22(5): 445-455.
- Nolen-Hoeksema S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed

- Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109(3): 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. and Lyubomirsky, S. (2008) . Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3(5): 400-424.
- Papageorgiou, C. and Wells, A. (2004). *Depressive Rumination : Nature Theory and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences* 48(6): 757–761.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness* 2(1). 33-36.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2016). *Comprehensive textbook of psychiatric (11th ed.)*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sapiro, S. L., Brown, K. W. and Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregiver: effect of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapist in training. *Training and Education in Professional Psychology* 1: 105-115.
- Sears, S. and Kraus, S. (2009). I think therefore i om: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6): 561–573.
- Segal, Z.V., William, J.M.G. and Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-basedcognitive therapy for depression: New approach to preventrelapse*. New York: The Guilford Press.
- Skoda, M, A. (2011). *The relation between self-compassion, depression, and forgiveness of others*. Thesis, The college of Arts and Sciences of the University of dayton.
- Van Dam, N.T., , Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. and Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and

quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders* 25(1): 123–130.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought.

Psychological Bulletin 134(2): 163-206.

White, J.R., and Freeman, A. S. (2000). *Cognitive – Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations*. Washington, DC: American Psychological Association.

World bank group and World Health Organization. (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority*. [online] [cited 2017 June 30];
<http://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority>

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001*. Mental Health. New Understanding. New Hope. Geneva WHO.

WHO Global Burden of Disease (2008): *2004 update Geneva:World Health Organization*. [online] [cited 2017 June 30];
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

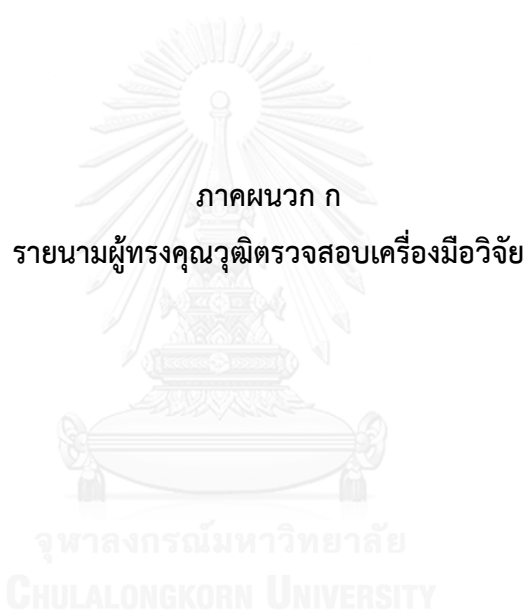
World Health Organization. (2017). *"Depression: let's talk" says WHO as depression tops list of causes of ill health*. [online] [cited 2017 June 30];
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. [online] [cited 2017 June 30];
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ ฐิติวัฒน์ แสนสมบัติ	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. อาจารย์ วีระชัย เตชะนริตติสัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช (APN) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
4. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช (APN) โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
5. นางรวินันท์ ทองขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

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

2. ดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง

$$CVI = \frac{8}{8} = 1.0$$

2. ดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967)

$$CVI = \frac{78}{84} = 0.93$$

3. ดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์
(Ruminative Response Scale: RRS)

$$CVI = \frac{19}{22} = 0.86$$

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967)

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.867	21



Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

การตรวจสอบความเที่ยง
แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)

เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.838	22

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ
4. สถานภาพ
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า / แยก
5. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช
 4. อนุปริญญา/ป.ว.ส. 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี 7. อื่นๆ
6. อาชีพ
 1. แม่บ้าน/ พ่อบ้าน 2. รับจ้าง 3. ค้าขาย
 4. เกษตรกรรม 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ย / เดือน (บาท)
 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. 5,001 – 10,000 บาท
 3. 10,001 – 20,000 บาท 4. 20,000 บาทขึ้นไป
8. รายได้เฉลี่ย / เดือนเพียงพอหรือไม่
 1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอ
9. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ 1. ได้รับ 2. ไม่ได้รับ
10. ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว.....
11. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด.....
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ 1. มี ระบุ..... 2. ไม่มี
13. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าปี.....เดือน
14. การรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน (ระบุ)
15. ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่ 1. ใช่ 2. ไม่ได้ใช้
16. ท่านเคยฝึกการเจริญสติหรือไม่ 1. เคย 2. ไม่เคย

ถ้าเคย ท่านทำเป็นกิจวัตรประจำวันหรือไม่ 1. ทำเป็นประจำ 2. ไม่ได้ทำ

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการซึมเศร้า

คำชี้แจง

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย○ (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง (0, 1, 2, 3) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์

- | | | |
|-------|---|---|
| 1. | 0 | ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า |
| | 1 | ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า |
| | 2 | ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้ |
| | 3 | ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว |
| <hr/> | | |
| 2. | 0 | ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต |
| | 1 | ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต |
| | 2 | ข้าพเจ้าไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป |
| | 3 | ข้าพเจ้าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้ดีขึ้นได้ |
| <hr/> | | |
| 3. | 0 | ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว |
| | 1 | ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ |
| | 2 | เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้ คือ ทำอะไรก็ล้มเหลว |
| | 3 | ข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด |

บ่อยๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·
·

20.	0	ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
	1	ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือ ท้องผูก
	2	ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
	3	ข้าพเจ้าวิตกกังวลร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
<hr/>		
21.	0	ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้าเป็นไปตามปกติ
	1	ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
	2	ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
	3	ข้าพเจ้าไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์

(Ruminative Response Scale: RRS)

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความคิดของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความคิด ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เลือกลง / ตรงช่อง ความคิดของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกือบจะไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านเกือบจะไม่มีความคิดดังกล่าวเลย
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดดังกล่าวบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดดังกล่าวบ่อย
เกือบจะสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านมีความคิดดังกล่าวเกือบจะเสมอ

คนเรามีความคิดและการกระทำที่หลากหลายแตกต่างกันได้เมื่อรู้สึกเศร้า ในแต่ละข้อข้างล่างนี้และระบุว่าบ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านเคยคิดหรือกระทำดังเช่นข้อความเหล่านั้นเมื่อท่านรู้สึกเสียใจ รู้สึกแค้นและรู้สึกเศร้า และหากท่านไม่เคยคิดหรือกระทำ โปรดระบุเฉพาะสิ่งที่ท่านคิดหรือกระทำจริงๆ มิใช่สิ่งที่ท่านคิดว่าน่าจะคิดหรือน่าจะทำ **ระลึกเสมอว่า ในแต่ละข้อความนั้นจะขึ้นต้นด้วย**

- **เมื่อคุณรู้สึกเศร้า, แค้น หรือเสียใจ.....**

ข้อ	คำถาม	เกือบจะไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบจะสม่ำเสมอ
1.	คิดซ้ำๆ ถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวของตัวเอง				
2.	คิดซ้ำๆว่า คุณไม่สามารถทำงานของตนเองได้ถ้าคุณไม่ปลดปล่อยความรู้สึกนี้				
3.	คิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความอ่อนล้าและความรู้สึกเจ็บปวดของคุณ				
.					
.					

ข้อ	คำถาม	เกือบจะ ไม่เคย เลย	บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบจะ สม่ำเสมอ
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20.	วิเคราะห์บุคลิกภาพของคุณเพื่อที่จะ พยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึง รู้สึกซึมเศร้า				
21.	ไปบางสถานที่ตามลำพังเพื่อที่จะคิดเกี่ยวกับ ความรู้สึกของตัวเอง				
22.	คิดซ้ำๆ ถึงความรู้สึกโกรธตัวเอง				

คู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง
เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(คู่มือสำหรับพยาบาล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โครงการการฝึกความกรุณาตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นคู่มือสำหรับพยาบาล จัดทำเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการทำวิจัยพัฒนาพร้อมทั้งประยุกต์โครงการการฝึกความกรุณาตนเองเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายใต้งานวิจัยนี้เพื่อพัฒนาการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะดำเนินการนำโครงการนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาในคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้มีแนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีสุขภาพจิตดีและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จินตมาศ ชิมहाสัจคุณ



โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดำเนินการครั้งละ 1 ขั้นตอน ติดต่อกัน 8 ครั้ง
มีวัตถุประสงค์ทั่วไป ดังต่อไปนี้
(ในครั้งที่ 2-8 จะมีการฝึกเจริญสติภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สงบ ก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละครั้ง)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าและการให้ ความรู้ความสำคัญของ ความกรุณาตนเอง(Self- compassion) ขั้นตอนนี้เป็นการเปิด โอกาสให้ผู้วิจัยกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าได้สร้าง สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยตั้งเป้าหมายของการ บำบัดร่วมกัน และการให้ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และความสำคัญของความ กรุณาตนเอง	การสร้างสัมพันธภาพ การให้ ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรค ซึมเศร้า และการให้ความรู้ ความสำคัญของความกรุณา ตนเอง(Self-compassion)	1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพเชิง บำบัดระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าให้เกิดความ ไว้วางใจ ยอมรับและ ให้ความร่วมมือใน การทำกลุ่มบำบัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแล ตนเอง ผลกระทบ ของโรคซึมเศร้า 3. เพื่อให้มีความสำคัญ ของความกรุณา ตนเอง(Self- compassion)	ครั้งที่ 1 (90 นาที)
ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และฝึก ทักษะการเจริญสติ การ ค้นหาและตรวจสอบการ หมกมุ่นครุ่นคิด	- การให้ความรู้ อธิบายถึง ความหมาย ประโยชน์ของการ เจริญสติด้วยการทำสมาธิ - การค้นหาและตรวจสอบการ หมกมุ่นครุ่นคิด	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การเจริญสติด้วยการ ฝึกสมาธิ	ครั้งที่ 2 (90 นาที)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
<p>การเรียนรู้เกี่ยวกับ การเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับ ปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออาการซึมเศร้าในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้สติ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่ สอดคล้องกับความเป็นจริง</p>		<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้หลักวิธีการ และฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตระหนักรู้ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งนำไปสู่ ปัญหาอาการซึมเศร้าของตนเอง</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน การเรียนรู้เกี่ยวกับ การเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับ ปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออาการซึมเศร้าในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้สติ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่ สอดคล้องกับความเป็นจริง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนการฝึกเจริญสติด้วยการทำสมาธิ แบบเมตตาภาวนา (Loving-Kindness meditation) - ติดตามปัญหาและอุปสรรคของการเจริญสติรวมทั้งวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน - การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน 	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้หลักวิธีการ และฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะในการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกทักษะการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน จากสถานการณ์ ตัวอย่าง</p>	<p>ครั้งที่ 3 (90 นาที)</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
จริง			
<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>การเจริญสติ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการค้นหาความเสี่ยงความกรุณาของตนเอง</p> <p>การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออาการซึมเศร้าในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการใช้สติ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง</p>	<p>- การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบันและค้นหาความเสี่ยงความกรุณาของตนเอง</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพัฒนาทักษะรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด เรียนรู้ในการอยู่กับปัจจุบันและค้นหาความเสี่ยงความกรุณาของตนเอง</p>	ครั้งที่ 4 (90 นาที)
<p>ขั้นตอนที่ 5</p> <p>การเจริญสติ การฝึกค้นหาและจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด</p> <p>การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออาการซึมเศร้าในอนาคต</p>	<p>- การเจริญสติ และสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้เกิดการครุ่นคิด(Rumination)</p> <p>- สอนการเปลี่ยนแปลงการหมกมุ่นครุ่นคิดนั้น</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะในการสำรวจปัญหาและแนวทางในการ</p>	ครั้งที่ 5 (90 นาที)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
<p>พัฒนาวิธีการจัดการ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้สติ ค้นหา แนวทางแก้ปัญหาที่ สอดคล้องกับความเป็น จริง</p>		<p>แก้ไขปัญหาการ หมกมุ่นครุ่นคิดจาก สถานการณ์ของ ตนเองกับสิ่งที่เป็ นความจริง</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 6 การเจริญสติ ปล่อยวาง การหมกมุ่นครุ่นคิด การ จัดการกับอารมณ์ที่ ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบน อารมณ์ที่ยุ่งยาก การเรียนรู้เกี่ยวกับ การเจริญสติ และส่งเสริม ให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับ ปัจจุบันมากกว่าการ ครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือ อาการซึมเศร้าในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้สติ ค้นหา แนวทางแก้ปัญหาที่ สอดคล้องกับความเป็น จริง</p>	<p>- การเจริญสติ การเบี่ยงเบน ความสนใจ ด้วยการฝึกหายใจ รู้ลมหายใจ เพื่อจัดการกับความ หมกมุ่นครุ่นคิด</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าพัฒนาทักษะ การเจริญสติด้วยการ ฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกต ความรู้สึกร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ารู้หลักวิธีการ และฝึกทักษะการ ปล่อยวางการ หมกมุ่นครุ่นคิดของ ตนเอง และการ ยอมรับเหตุการณ์ ตามที่เป็นจริง</p>	<p>ครั้งที่ 6 (90 นาที)</p>
<p>ขั้นตอนที่ 7 การเจริญสติ การฝึก</p>	<p>- การเจริญสติ - การสอนทักษะการสร้าง</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าพัฒนาทักษะ</p>	<p>ครั้งที่ 7 (90 นาที)</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
<p>ค้นหาแนวทางแก้ปัญหา การหมกมุ่นครุ่นคิดโดย การฝึกปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship)</p> <p>การเรียนรู้เกี่ยวกับ การเจริญสติ และส่งเสริม ให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่กับ ปัจจุบันมากกว่าการ ครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือ อาการซึมเศร้าในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการ ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้สติ ค้นหา แนวทางแก้ปัญหาที่ สอดคล้องกับความเป็น จริง</p>	<p>สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เพื่อจัดการกับการหมกมุ่น ครุ่นคิด</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>การเจริญสติด้วยการ ฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีทักษะใน การจัดการกับการ หมกมุ่นครุ่นคิด โดย ใช้การฝึกปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 8 การเจริญสติ การฝึกใช้ ประสบการณ์ที่เรียนรู้ และทบทวนทักษะ ทั้งหมดในการจัดการกับ ความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการ ทำกลุ่ม</p> <p>การนำประสบ การณ์ ที่ได้รับจากการ</p>	<p>การเจริญสติ การฝึกใช้ ประสบการณ์ที่เรียนรู้มา ทั้งหมดในการจัดการกับการ หมกมุ่นครุ่นคิด และยุติ สัมพันธ์ภาพ</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าพัฒนาทักษะ การเจริญสติด้วยการ ฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าได้ทบทวน วิธีการในการลด</p>	<p>ครั้งที่ 8 (90 นาที)</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
<p>บำบัดมาปรับใช้ในจัดการกับปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตรประจำวัน เป็นแนวทางในการลดอาการซึมเศร้า และ ยุติสัมพันธภาพ</p>		<p>อาการซึมเศร้าและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและยุติสัมพันธภาพ</p>	

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการดำเนินกิจกรรม 1 ขั้นตอน/ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 ครั้ง โดยมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

กลุ่มตัวอย่าง

มีการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



**เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม
และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ด้วยดีฉัน.....นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ.... (หัวหน้าโครงการวิจัย) มีความประสงค์ทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ จะลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และลดการหมกมุ่นครุ่นคิด สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะ การประชาสัมพันธ์ จากเจ้าหน้าที่

ในการนี้ ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง

“แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล” ใช้เวลาในการตอบ 5-10 นาที

“แบบประเมินอาการซึมเศร้า” จำนวน 21 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ 5-10 นาที

“แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์” จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ 5-10 นาที

“โปรแกรมการฝึกความกรุณา” ซึ่งมีขั้นตอนในการทำกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาในการทำโปรแกรม 90 นาที

ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยเก็บแบบสอบถามหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดทันที

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่าน พิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็น ความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัย เท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมา สืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรือ อึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการ ปฏิบัติงานใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ผู้เข้าร่วมวิจัยหากไม่พึงพอใจที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามมาตรฐาน หรือสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ **นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ** (โรงพยาบาลบางบัวทอง) หมายเลขโทรศัพท์ **085-985-0005**

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีสำนักงานอยู่ที่ ถนนรัตนาธิเบศร์ ตำบลบาง กระสอบ อำเภอเมืองฯ จังหวัดนนทบุรี 11000 หมายเลขโทรศัพท์ 02-950-3071 โทรสาร 02-589- 9121

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการฯ หรือ
ผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้วิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือ ผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการ ปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ชื่อโครงการ

(ภาษาไทย) “ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

ชื่อ ผู้วิจัย นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางบัวทอง

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

02-571-7899-900 ต่อ 405

085-985-0005

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่า จะได้รับ คือ มีการเจริญสติตระหนักรู้ในตนเอง มีเมตตากรุณาตนเอง มองปัญหาตนเองว่าทุกคนสามารถเผชิญได้ ไม่ตีความเกินความเป็นจริง ลดความหมกมุ่นครุ่นคิดในทางลบซ้ำๆ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ เป็น ทางเลือกใหม่ที่จะนำมาใช้รักษาโรค ที่จะมีข้อดีต่างจากวิธีการเดิม คือ ลดความหมกมุ่นครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 40คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 8 ครั้ง

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- จะต้องเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที
- ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เวลาในการทำประมาณ 5-10 นาที
- ทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 21ข้อ แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที โดยทำก่อนและหลังการทำโปรแกรม
- ภายหลังจากฝึกปฏิบัติอาจจะมีกิจกรรมที่ให้ทำการบ้านทุกครั้งเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรค และเกิดความต่อเนื่องของการทำโปรแกรมส่งผลดีต่อตัวท่านเอง
- การตอบแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้
- หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการรักษาท่านแต่อย่างใด

- หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ การรับประทานยา การให้การพยาบาลตามปกติ
- หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย จะได้รับการช่วยเหลือ จากนางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถาม เกี่ยวข้องกับการวิจัยสามารถติดต่อได้ที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง
- ค่าตอบแทนที่จะได้รับ เป็นค่าเดินทางเพื่อมาติดตามการนัดที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องรับผิดชอบจ่ายเอง
- ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง -ไม่มี-
- หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง ให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง
- ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กร ของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด
- โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ที่ ถนนรัตนธิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมืองฯ จังหวัดนนทบุรี 11000 หมายเลขโทรศัพท์ 02-950-3071 โทรสาร 02-589-9121

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับ ประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือ ผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการ ปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ชื่อโครงการ

(ภาษาไทย) “ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

ชื่อ ผู้วิจัย นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางบัวทอง

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

02-571-7899-900 ต่อ 405

085-985-0005

ผู้ให้ทุน ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 40คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เวลาในการทำประมาณ 5-10 นาที
- ทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 21ข้อ แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที

- การตอบแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นก็ได้

- หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการรักษาท่านแต่อย่างใด
- หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และ รักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ การรับประทานยา การให้การพยาบาลตามปกติ

- หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย จะได้รับการช่วยเหลือ จาก

นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถาม เกี่ยวข้องกับการวิจัยสามารถติดต่อได้ที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง

- หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง ให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

- ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็น รายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็น รายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กร ของรัฐ ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

- ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้ง ให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มี ผลกระทบ ต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

- หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ถ้าท่านมีความสนใจจะเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรูณ ตนเอง สามารถเข้าร่วมได้ตามความสมัครใจของท่าน และไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

- โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ที่ ถนนรัตนานิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมืองฯ จังหวัดนนทบุรี 11000 หมายเลขโทรศัพท์ 02-950-3071 โทรสาร 02-589-9121

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับ ประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดใน เอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
 (.....)

วันที่.....

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/ อำเภอ.....จังหวัด..... โทร
ศััพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ **นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ** (หัวหน้าโครงการวิจัยและคณะฯ) เรื่อง **ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หาก เกิด อันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้ อ่าน ข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง ได้รับ คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลง รับผิดชอบ ตาม คำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะ เปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ อันเกิดขึ้นจากการวิจัย ดังกล่าว ข้าพเจ้า จะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะ ได้รับ ค่าชดเชย รายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนมีสิทธิได้รับ ค่าทดแทน ความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร

ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการ บอก เลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง ประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับ **นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ** โรงพยาบาล บางบัวทอง โทร. 02-571-7899-900 ต่อ 405 มือถือ 085-985-0005

ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับการ

พิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 0 – 2950 - 371 ต่อ 17 และ 123

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ
ข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ยินยอม

ลงชื่อ

(นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ)

หัวหน้า โครงการวิจัย





ใบรับรองโครงการวิจัย

การประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(THE EFFECT OF MINDFUL SELF-COMPASSION PROGRAM ON DEPRESSION IN
PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER)

ผู้วิจัยหลัก นางสาวจินตมาศ ชิมหาสัจคุณ

หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลบางบัวทอง

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ครั้งนี้

รับรอง วันที่พิจารณารับรอง ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

วันที่รับรอง : ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

วันที่หมดอายุ : ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ลงนาม.....อัมพร.....

(นางอัมพร วารินทร์)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



From ; c.jindamas@gmail.com

To : selfcompassion.questions@gmail.com

Date : 8 May 2016 05:34

Subject: Dear Dr. Kristin Neff

Dear Dr. Kristin Neff

My name is Miss Jindamas C-Maharsujchakuen. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "The effect of Mindful Self-Compassion Program on Depression in Pesons with Depressive Disorder." I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the trend of depressive patient in Thailand is rapidly increasing. In addition, the relapse rate after treatment is very high. As a psychiatry nurse, I am interested improve depression among these patients. I have reviewed the literature in order to search for the interventions that can be used to overcome this problem and found that your publication in Journal of Clinical Psychology (2013) entitled "A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program." will be very helpful for my study. The program and intervention from your research are very impressive and I am interested in applying your intervention to use with my clients in Thailand. I belief that mindful self-compassion program will be very helpful and could properly be used to improve depression in pesons with depressive disorder in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your program and intervention procedure and instruments that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai Language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for reducing depression among pesons with depressive disorder in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: c_jindamas@hotmail.com or directly contact my thesis advisor: Assistant Professor Dr. Penpaktr Uthis, Ph.D., RN., E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

penpaktr_uthis@hotmail.com

Yours sincerely,

Jindamas C-Maharsujchakuen.

From ; Kristin Neff <selfcompassion.questions@gmail.com> ผ่าน ckmail4.com

To: c.jindamas@gmail.com

Date : 4 May 2017 20:38

Subject: Self-Compassion Conference and Workshop in New York City.

Hello all,

For those of you who happen to live on the East coast, I'd like to let you know about a conference I'm speaking at and a workshop I'm leading in New York City this month. The conference is on Body Wisdom and is being held in New York City on May 19th - it features myself, Tami Simon, Zuleikha, and Eileen Fisher (click here for details). The workshop is a one day self-compassion training on May 20th that offers key practices from the empirically supported Mindful Self-Compassion program, and is being held just outside of New York City at the Eileen Fisher Learning Lab (click for details here.)



Hope to see some of you soon at either or both events.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

With warm wishes,

Kristin

P.S. To see a complete listing of my upcoming events, please go to www.Self-Compassion.org. You will also find guided meditations, exercises, research publications, the Self-Compassion test, and many other free resources on the website.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจินตมาศ ชีมหาสัจคุณ เกิดเมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2530 ที่ กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2552 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลา ราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันรับราชการใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

