

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า  
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



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 MINDFULNESS - BASED COGNITIVE THERAPY  
PROGRAM ON DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS

Miss Natcharin Chuebankoh



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

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของ  
การเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์  
แปรปรวนสองขั้ว

โดย

นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (THE EFFECT OF MINDFULNESS - BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 209 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 36 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย พิจารณาจับคู่ด้วย เพศ ยาต้านเศร้า และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วจึงสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777311036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSION / BIPOLAR DISORDER / MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM

NATCHARIN CHUEBANKOH: THE EFFECT OF MINDFULNESS - BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 209 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) Depression of bipolar disorder patients before and after received Mindfulness-based cognitive therapy program. 2) Depression between bipolar disorder patients who received Mindfulness-based cognitive therapy program to those who received regular nursing care. The samples were 36 bipolar disorder patients at the outpatient of Psychiatric Hospital. They were randomly assigned into experimental group and control group with 18 subjects in each group by matching the gender, antidepressant drug, and level of depression. The research instruments were: Mindfulness-based cognitive therapy program, and Beck Depression Inventory. These instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of Beck Depression Inventory was .83. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows :

1. Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than that before receiving program, at the .05 level.

2. Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than those who could not receive the program, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้เนื่องมาจากความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ท่านแรกผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในวิทยานิพนธ์ ส่งเสริมสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และตั้งใจทำงานวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธาน สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกรัษ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ เมตตาและกรุณาให้คำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ได้รับ การปรับปรุงแก้ไขและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิประสาทวิชา ความรู้และให้การสนับสนุนส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชชนครินทร์ และผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องจนวิจัย ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกัลยาณมิตรคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ปลอดภัย และแนะนำ รวมถึงบุคลากรทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำขั้นตอนต่างๆใน การดำเนินการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้เป็นที่รักและเคารพซึ่งอยู่เบื้องหลัง ความสำเร็จในครั้งนี้ ที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเป็นกำลังใจ และให้โอกาสทางการศึกษา อันมีคุณค่ายิ่ง ผู้วิจัยจึงขอมอบประโยชน์อันเกิดจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ บุพการี ครูอุปัชฌาย์อาจารย์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ที่เกี่ยวข้องใน งานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจที่เข้มแข็ง และมีความสุขสมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	18
ขอบเขตการวิจัย.....	18
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	19
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	23
2. ภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	38
3. ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ.....	52
4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ.....	64
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	82
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	82
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	84
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	85
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	110
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย .....	111
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	112
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	118
รายการอ้างอิง .....	138
ภาคผนวก .....	165
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ .....	166
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา .....	168
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	170
ภาคผนวก ง การหาความเที่ยงของเครื่องมือ .....	195
ภาคผนวก จ ตารางแสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของกลุ่ม ตัวอย่าง .....	197
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงคะแนนวัดระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมี การประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน .....	199
ภาคผนวก ช หนังสือรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	201
ภาคผนวก ซ ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง .....	203
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	209



## สารบัญตาราง

## หน้า

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ.....	69
ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา .....	113
ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test , Post-test).....	115
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน ของการเจริญสติ(paired t-test) (n=18).....	116
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Independent paired t-test) (n=18).....	117
ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient).....	196
ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดระดับการมีสติ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .....	196
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	198
ตารางที่ 9 แสดงคะแนนวัดระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการประเมินทันที หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน .....	200

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorders) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) มีความผิดปกติที่มีสองลักษณะสำคัญ คือ มีช่วงระยะซึมเศร้า (depression episode) และช่วงระยะแมนี (mania episode) ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ ระบุว่า เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ (disability-adjusted life years) เป็นอันดับ 6 ของโลก ปัจจุบันพบการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณ 0.3-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Michalak et al., 2005) และมีแนวโน้มสูงขึ้นถึงประมาณร้อยละ 1 ของประชากร (Stuart et al., 2005) และจากการสำรวจประชากรทั่วไปในทวีปยุโรป พบว่ามีอัตราความชุก (Lifetime prevalence) สูงถึงร้อยละ 1.5-2 (Pini et al., 2005) สอดคล้องกับรายงานความชุกชั่วชีวิตของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar I disorder, bipolar II disorder) โดยรวมที่สำรวจในประชากรทั่วไปในชุมชนพบสูงถึงร้อยละ 1.5-5 (Regeer et al., 2004; Pini et al., 2005; Shastry, 2005) นอกจากนี้โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้หลายครั้งในลักษณะที่อาจจะหายแล้วกลับมาเป็นอีก (relapse) หรือมีการกลับเป็นของโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น (recurrence) (Judd et al., 2008)

สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราความชุกได้ถึงร้อยละ 1-1.2 กล่าวคือ คาดการณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีจำนวนไม่น้อยกว่า 7 แสนคน ในผู้ใหญ่ เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (Bipolar friend club, 2012 ; พิชัย อธิฐสกุล, 2558) และจากการสำรวจประจำปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีมารับบริการการรักษาในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด 156,663 ราย ซึ่งพบเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 52,852 ราย หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้มารับบริการทั้งหมด โดยช่วงอายุที่พบมากใน 3 ลำดับแรก คือ 45-49 ปี รองลงมา 40-44 ปี และ 50-54 ปี ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2559 มีรายงานข้อมูลผู้ที่มีมารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตและคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 712,359 คน พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีจำนวนทั้งหมด 32,502 คน เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้สูงในแต่ละโรงพยาบาล จากสถิติจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อาทิเช่น โรงพยาบาลสวนปรุง มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 ดังนี้ 4,869 ราย

4,757 ราย และ 5,333 ราย ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ดังนี้ 4,651 ราย 4,864 ราย และ 5,705 ราย ตามลำดับ และสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 538 ราย 512 ราย และ 537 ราย ตามลำดับ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพิ่มสูงขึ้นมากในปัจจุบัน และกรมสุขภาพจิตได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญสำหรับอนาคตของประเทศไทย ซึ่งมีโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ใน 5 อันดับแรกของโรคทางจิตเวช (สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงษ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, 2559)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) มีความรุนแรงและเรื้อรังจากความผิดปกติทางอารมณ์ในลักษณะ 2 ขั้วอย่างเด่นชัด คือ ขั้วแมนีหรือคลุ้มคลั่ง (mania episode) และขั้วซึมเศร้า (Depress episode) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (median length) จากอาการรุนแรงในช่วงอาการแมนีเป็นเวลา 28 วัน ในขณะที่ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (median length) จากอาการรุนแรงของช่วงซึมเศร้า (depression episode) เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ในเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน (Kawa et al., 2005) เช่นเดียวกับแนวทางการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในต่างประเทศ (The International Society for Bipolar Disorders : ISBD) ซึ่งเสนอระยะเวลาของการรักษาของช่วงอาการแมนี เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนในช่วงระยะซึมเศร้า มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Yatham et al., 2009 ; ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2554) โดยอาการในช่วงแมนีผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในลักษณะครึกครื้น ร่าเริงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาเป็นอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว และก้าวร้าวได้ง่าย หากถูกขัดใจ ลักษณะการพูดมากกว่าปกติ ความคิดแล่นเร็ว คิดหลายๆเรื่องพร้อมกันแต่ไม่สามารถกระทำสำเร็จได้และความคิดว่าตัวเองเป็นบุคคลสำคัญ มีพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ การใช้จ่ายเงินสิ้นเปลือง การแต่งกายสีฉูดฉาด มีลักษณะการพูดเร็ว สับสน เปลี่ยนเรื่องบ่อย ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเรื่องการเรียน และพบปัญหาที่กระทบต่อการทำหน้าที่การทำงาน มีปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม เกิดเป็นความทุกข์ทรมานใจทั้งตนเองและบุคคลอื่น (Antai-Otong, 2003 ; Hirschfeld et al., 2005 ; Hirschfeld, Lewis & Vomik, 2003 ; APA, 2000) นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงของการใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดอื่นๆ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Montgomery, & Cassano, 1996 ; Lin, Bai, Hu, & Yeh, 1998) และในช่วงภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เชื่องช้า (decreased energy) ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจตัวเอง คิดช้า (difficulty thinking) ไม่มีสมาธิ (poor concentrate) รู้สึกว่า

ชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า (worthlessness) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) (Antai-Otong, 2003; American Psychiatric Association, 2013) ขาดแรงจูงใจ การเรียนและการงานถูกระทบ กระเทือน ผู้ป่วยมีการนอนหลับที่ผิดปกติ ตื่นบ่อยๆและในขณะที่ตื่นผู้ป่วยจะหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับ ปัญหาต่างๆ ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติในแต่ละบุคคลประกอบกับการพักผ่อน ที่ผิดปกติยังส่งผลให้โรคทางกายที่เป็นอยู่ทวีความรุนแรงขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะการดำเนินโรคเป็นไปอย่างเรื้อรัง และทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ(disability) ซึ่งส่วนใหญ่ในระหว่างการเกิดโรค การทำหน้าที่ทางจิตสังคม (psychosocial function)ยังไม่สามารถกลับเป็นปกติได้(ธวัชชัย ลิฬหานาจ,2553) อีกทั้งภาวะ ซึมเศร้าเป็นระยะเวลาานจะส่งผลต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) และความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลต่อ ความเสื่อมของหน้าที่ต่อมาเช่นกัน (Suppes & Dennehy, 2005) มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ครอบครัว และชีวิตทางสังคม (Calabrese et al.,2004) ซึ่งจากการศึกษาของ Hantouche et al. (2006) ในผู้ป่วยจำนวน 1,090 ราย พบภาวะซึมเศร้าได้ในช่วงของระยะแมนีถึงร้อยละ 30 มีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยอย่างน้อยสองอาการแม้เป็นช่วงที่หายดีและเป็นปกติ (full inter-episode recovery)และมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 25.1 ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดเมื่อ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า และมีปัจจัยทางจิตสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้มีความเสี่ยงอันตรายที่เพิ่ม มากขึ้น (Leverich et al.,2003) ซึ่งพบว่าอาการแสดงของระยะซึมเศร้ามักจะมีความรุนแรงมากกว่า อาการแสดงที่เกิดขึ้นในระยะแมนี (Sajatovic ,2005)

อย่างไรก็ตามจากรายงานระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในชุมชนจากการศึกษาของ Kohn et al. (2004) พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาถึง ร้อยละ 48.9 สะท้อนให้เห็นว่ามีการดำเนินโรคในชุมชนหรือภายนอกโรงพยาบาลค่อนข้างสูง และมี ปัญหาในการเข้ารับบริการและการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลอาการของ โรคที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะคล้ายคลึง กับโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้นขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานหรือสิ่งใหม่ๆ หรือเว้น กิจกรรมต่างๆในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ซึ่งมักจะเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ เป็นไปในทางลบ สัมพันธภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องไป(Pope, Dudley, & Scott, 2007) มีมุมมองความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง(negative view of self) สิ่งแวดล้อมรอบตัว (negative view of the world) และอนาคต(negative view of the future) ที่เชื่อมโยงระบบทาง ความคิดทั้งหมด ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองว่าไร้ค่า ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย และไร้อนาคต ซึ่งรุนแรงจนมีความรู้สึกว่าไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป และการมองสิ่งแวดล้อมเป็นไปในทางลบปิดเป็น จากความจริง ได้แก่ บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจ เอาร์ดเอาเปรียบ ไม่จริงใจ และมองอนาคตเป็นไปในทาง

มีดমন สิ้นหวัง ชีวิตไม่มีโอกาสที่ดีขึ้นได้ ล้มเหลวไม่ประสบความสำเร็จเหมือนบุคคลอื่น ทำให้แยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ครุ่นคิดวนเวียนในเรื่องของตนเองทางลบ ซึ่งความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าวมักเกิดวนเวียนซ้ำเป็นวงจรที่อันตราย(Vicious cycle) และเกิดเป็นความผิดปกติทางจิตตามมาได้(Beck, Steer, & Garbin, 1988) และหากปล่อยให้มีการแสดง รุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคตมากขึ้น และยังมีผลให้การพยากรณ์โรคไม่ติลงเรื่อยๆ(Cusin et al., 2000) ดังนั้น การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมจึงมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์(Pacchiarotti et al., 2013 ; รัชชชัย ลีพหานาจ, 2554)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางจิตใจมีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ทางลบ เช่น โศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สุข เบื่อหน่าย มีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ เช่น มุมมองความคิดทางลบต่อตนเอง(self) ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก(world) และต่ออนาคต(future) รู้สึกล้มเหลว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ลังเลในการตัดสินใจ ต่ำหนิโทษตัวเอง แยกตัวจากสังคมหรือมีสัมพันธภาพลดลง และเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไร้เรี่ยวแรง การนอนหลับผิดปกติ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปในทางเชิงช้าลง(Retardation) หรือ กระสับกระส่าย (psychomotor agitation) มีสมาธิลดลง สูญเสียแรงขับทางเพศ ประเมินได้จากแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เช่น สารเคมีในสมองไม่สมดุล พยาธิสภาพของสมอง และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556; Sadock & Sadock, 2007) และ 2) ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ด้านสิ่งแวดล้อมและการประสบเหตุการณ์ชีวิตทางลบ ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์อธิบายถึงปฏิกิริยาตอบสนองจากกลไกทางจิตและพัฒนาการในช่วงวัยเด็กบัพพรวง(Freud & Bonaparte, 1954) และทฤษฎีด้านความรู้คิดหรือทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่า มาจากการรับรู้และการแปลความหมายต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์เป็นไปในทางลบ ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้านั้นมีมุมมองที่เป็นลบทั้งต่อตนเอง(self) การมองโลก(world) และมองอนาคต(future) กระบวนการรวบรวมข้อมูลจากความคิดที่บิดเบือนไป(cognitive distortions) สะสมจนกลายเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและสนับสนุนทางด้านจิตสังคมควบคู่กับการรักษาที่ได้รับเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และยังช่วยควบคุมอารมณ์ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ (mood elevation) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Deckersbach et al., 2012)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า แสดงออกถึงความผิดปกติที่นำไปสู่ความเจ็บป่วยและการดำเนินของโรค เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นและส่งเสริม ตามทฤษฎีการรู้คิด

หรือการเรียนรู้ทางปัญญาของBeck (1967,1996) กล่าวถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้านั้นมีมุมมองที่เป็นลบทั้งต่อตนเอง(self) การมองโลก(world) และมองอนาคต(future) หรือที่เรียกว่า negative cognitive triad กระบวนการรวบรวมข้อมูลจากความความคิดที่บิดเบือนไป(cognitive distortions) รวมกับความซับซ้อนทางแง่มุมทางชีววิทยาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถ (Vulnerability) ของการเจ็บป่วย ซึ่งมาอธิบายการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในระยะช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า (depression episode) และในช่วงแมนี (mania episode) หรือช่วงไฮโปแมนี (hypomanic episodes) จาก modes คือ เป็นการรวมเอาระบบย่อยต่างๆ ได้แก่ ความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ และแบบแผนพฤติกรรม สามารถถูกกระตุ้นได้จากเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก และเมื่อถูกกระตุ้นแล้วภาพของความจำทางลบที่สอดคล้องสัมพันธ์กันก็จะถูกกระตุ้นตามมา กล่าวคือ เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในช่วงภาวะซึมเศร้า (depressive episode) การเชื่อมโยงของโครงสร้างทางความคิด(schema) อย่างเป็นลำดับนั้นเกิดความผิดปกติ จากเนื้อหาทางความคิดและมีการปรับเปลี่ยนที่บิดเบือนไปในทางลบเหมือนเป็นอัตโนมัติและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) (Leahy & Beck,1988) ประกอบกับการตอบสนองอย่างหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบพบได้ในทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า (Silveira & Kauer-Sant'Anna, 2015) ซึ่ง Nolen-Hoeksema(1991)อธิบายการตอบสนองกระบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าจากลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิดที่ใส่ใจอยู่กับอารมณ์ทางลบของตนเองมากกว่าปกติ มีผลต่อความเสี่ยงให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มระดับความรุนแรงและมีระยะเวลายาวนานเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck,1967) มีแนวโน้มการตอบสนองทางอารมณ์นำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงและเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง(Beck, 1967 ; Nolen-Hoeksema, 1991) เช่นเดียวกับการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีแรงจูงใจ ผลักดันตนเอง และตั้งความคาดหวังที่สูงกับเป้าหมายของตน และความต้องการที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการครุ่นคิดอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการนั้น (Alloy et al., 2005; Lozano & Johnson, 2001 ; Miklowitz, 2010) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถรวบรวมสติและมีพลังที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เข้ามาในชีวิตให้ดีขึ้นได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีเจตนาพยายามแก้ไขปัญหาเหล่านั้นที่กำลังเผชิญอยู่ ส่งผลให้ตกอยู่ในวงจรของความเครียดและอารมณ์ทางลบนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Nolen-Hoeksema, 1991)

ปัจจุบันมีการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า(ECT) และการรักษาทางจิตสังคมด้วยการบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Cognitive Behavior Therapy (CBT) เน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้สอดคล้องตามความเป็นจริง (มาโนช หล่อตะกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และมีการศึกษาประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดโดยวิธี Cognitive

therapy ของ Lam et al.(2003) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดร่วมด้วย มีอัตราการป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับยาที่ทำให้อารมณ์คงที่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการได้รับการบำบัดร่วมด้วยมีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่น้อยกว่าถึง 3 เท่า เช่นเดียวกับการนำสติที่มาจากแนวคิดทางพุทธศาสนา ซึ่งสอดคล้องตามกระบวนการเชิงวิทยาศาสตร์ มีการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในงานวิจัยของ Dobson(2010)ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำของความเจ็บป่วย โดยให้ความสนใจต่อความคิด(Cognition) ความรู้สึก (affect) และพฤติกรรม (behavior) (Segal & Dobson,1992 ; Dobson, 2010; Beshai, Dobson, Bockting, & Quigley, 2011)ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางสังคมช่วยให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลให้อาการเจ็บป่วยลดลง ลดระยะเวลา การรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะยาวได้ (วรลักษณ์ ธีราโมกษ์ และธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2549; ธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2554)

สำหรับจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกเจริญสติ (mindfulness-based psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ที่เรียกว่า Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ซึ่งเป็นการผสมผสานของเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT)และมีกลวิธีทางจิตวิทยาแนวใหม่ร่วมด้วย โดยการนำสติหรือการเจริญสติ (mindfulness meditation) ซึ่งสามารถนำมาใช้ควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้(Deckersbach et al., 2012 ; Ballenger, 2012) ซึ่งกระบวนการของการฝึกสติจึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของการใส่ใจ(Attention) หรือการตระหนักรู้(Awareness) เป็นความรู้สึกตัวที่มีคุณภาพและอยู่ในปัจจุบันทุกขณะ สติจึงครอบคลุมในการช่วยให้สังเกตความคิดหรืออารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นมาได้ (Brown & Ryan, 2003) โดยหลักการเจริญสติจะมุ่งเน้นถึงการตระหนักและใส่ใจความคิด อารมณ์ มาสู่การยอมรับและไม่เข้าไปยึดติด หรือมีการมีปฏิกริยาตอบโต้กับความคิดและอารมณ์ที่เข้ามานั้น(Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010)และนำไปสู่การปล่อยวางทางปัญญา (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการติดตามความคิดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และผ่องพรรณ กฤษณะประกกรกิจ, 2552) ประกอบกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามุ่งมองทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่สอดคล้องเหมาะสมอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง(Beck,1967; Dobson,2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในปัจจุบัน เป็นการส่งเสริมการให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เช่น บุญเยี่ยม คำชัย (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึก

เจริญสติมีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น พรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พัฒนามาจากCBTของBeck(1979) และ MBCT ของ Segal, Williams, &Teasdale (2002) ผลพบว่ามีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะเร็งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของพลภัทร์ โล่เสถียร(2553) ที่นำการเจริญสติบำบัดโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ราย ร่วมกับการรับยาต้านเศร้า พบว่า ภายหลังได้รับฝึกเจริญสติแล้วมีภาวะซึมเศร่าลดลงและจากการติดตามผลในระยะยาวผู้ป่วยสามารถหยุดยาด้านเศร่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในกลุ่มโรคทางกายที่พบว่ามีปัญหาภาวะซึมเศร้า เช่น รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) ที่ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ(MBCT) ในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร่านำมาใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าช่วยทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลงเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกเจริญสติมีผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่าลดลงได้

สติ คือ ความระลึกได้ช่วยให้ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับตามความเป็นจริง เข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม และสมาธิเป็นทักษะที่สำคัญของการฝึกสติ ซึ่งการทำงานของสติเปรียบเสมือนเป็นตัวกำกับควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ให้ลุล่วง และยังช่วยป้องกันและการยับยั้งตนเอง (Segal, Williams, &Teasdale, 2002) และจากกระบวนการของสมาธิและสติที่แตกต่าง คือ สมาธิเป็นสภาวะจิตที่พักอย่างมีคุณภาพ โดยรู้สึกตัวตลอดเมื่อพัก ในขณะที่สติเป็นสภาวะจิตที่ทำงานโดยไม่ออกแวกและไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ซึ่งกลไกของสติ คือ การรู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อยบางเบา จิตที่ผูกกับลมหายใจเพื่อให้กลับมาเป็นปัจจุบัน และรู้ในกิจหรือการกระทำที่ดำเนินอยู่ทั้งกัภายนอกและภายใน ซึ่งทั้งสองสภาวะนี้ต่างทำงานอย่างเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) ดังนั้นสภาวะของการมีสติ คือ มีการตระหนัก (Awareness) และความใส่ใจ(Attention) ที่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในรายละเอียดต่างๆมาจากความคิดและสภาพแวดล้อมรอบตัว และมีความใส่ใจในทุกขณะของชีวิตมากขึ้น(Westen, 1999 อ้างถึงใน Brown & Ryan, 2003) การสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระดับของการเจริญสติ (Mindfulness) คือ มีสติในชีวิตประจำวัน ซึ่ง Brown & Ryan (2003) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับการมีสติ เพื่อแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาขึ้นของสติ

การเรียนรู้เรื่องสดียังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ เข้าถึงมุมมองทางจิตวิญญาณที่แตกต่างและไม่นำหลักพิธีทางศาสนาเกี่ยวข้องซึ่งคงความเป็นสากล จึงสามารถนำไปใช้ได้กับประชาชนทั่วไป โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการและขั้นตอนตามโปรแกรมสติบำบัด(Mindfulness-based



Therapy and Counseling : MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์(2559) ที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดทางการแพทย์และจิตวิทยา มีการนำมาใช้กับประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งมีลักษณะกระบวนการพัฒนาทางสติที่เด่นชัด คือ การแยกการฝึกสมาธิและการฝึกสติ จึงสามารถนำมาใช้ประโยชน์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจหลักการทำงานสมาธิและสติได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การปล่อยวางจากอารมณ์และความคิดทางลบอย่างเป็นลำดับ รวมถึงการเรียนรู้ถึงสัมพันธ์ภาพ การสื่อสาร และการแผ่เมตตา ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาไปสู่การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการนำจิตบำบัดแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการฝึกสติ (Mindfulness) โดยสติถือเป็นตัวกำกับปัจจัยภายในของตัวบุคคลนั้นในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกย่อมมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกัน จากการเรียนรู้ทางปัญญา(CBT) นำไปสู่การจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่อยู่บนพื้นฐานความจริงที่เป็นปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม (Segal, Williams, &Teasdale,2002) ซึ่งประโยชน์ของการเจริญสติในการช่วยกำกับอารมณ์ มีมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ ยับยั้งความคิดทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและขยายต่อจนเป็นอาการทางจิต มีจิตใจที่เป็นกลางมองเห็นความจริงรอบด้านอย่างไตร่ตรองและแตกต่างจากเดิม (Segal, Williams, &Teasdale, 2002) เช่นเดียวกับ Ball, Corry, & Mitchell (2007) สนับสนุนการเจริญสติเป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งพบว่าช่วงระยะซึมเศร้ามีอาการกำเริบซ้ำก่อนข้างสูงและตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย (Keck et al., 1996) ควบคู่ไปกับความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (Lam, Wright, & Smith, 2004) ดังนั้นการเรียนรู้สมาธิและสติ นำไปสู่ปัญญาจากภายใน คือการปล่อยวาง (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์,2559) และการเห็นคุณค่าในตนเอง เตรียมพร้อมที่จะเผชิญและก้าวผ่านภาวะความเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากสภาวะความใส่ใจและตระหนักรู้ อยู่ ณ ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำไปสู่การปล่อยวางจากความคิดและความรู้สึกที่เป็นทุกข์ใจ อารมณ์ที่ขุ่นมัว จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าจางคลายลง “สติ” จึงเสมือนการเบี่ยงเบนความสนใจให้มารับรู้อยู่กับปัจจุบัน สามารถป้องกันลดภาวะซึมเศร้าและอาการกำเริบซ้ำได้(Scherer-Dickson, 2004)

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรังจากความผิดปกติทางอารมณ์ มีสองลักษณะสำคัญที่เด่นชัด คือ ภาวะแมเนีย (mania episode) และช่วงภาวะซึมเศร้า (depression episode) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน การงานอาชีพที่หยุดชะงักลง มีความเกี่ยวข้องกับ ความล้มเหลวทางสังคมและการทำหน้าที่ในครอบครัว เชื่อมโยงไปสู่ภาวะซึมเศร้า และผลจาก กระบวนการรู้คิดที่บกพร่อง ยังส่งผลต่อความเสื่อมของหน้าที่ในเวลาต่อมา (Calabrese et al., 2004, 2006; Suppes & Dennehy, 2005) ซึ่งการรักษาทางจิตสังคมร่วมกับการยาทำให้การรักษา โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีประสิทธิภาพที่ดีมากขึ้น โดยช่วยเพิ่ม adherence ต่อยาและการ รักษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในตั้งแต่ระยะแรก และยังสามารถลดอาการหลงเหลือของโรค (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995; ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2554) ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้น คือ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) อธิบายตามทฤษฎีการรู้คิดหรือการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive learning theory) เป็นทฤษฎีที่ช่วยตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ผิดพลาดและจุดบอดของบุคคลนั้น นำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ การแก้ไขปัญหาจะมุ่งที่การตรวจสอบความ เป็นจริงโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความคิดและกระบวนการความคิดที่ผิดพลาด ซึ่งจะทํา ให้บุคคลเกิดการมองตนเอง มองโลกหรือสิ่งแวดล้อม และมองอนาคตทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าให้ มีการรับรู้ตามความเป็นจริงที่มากขึ้น (Beck, 1967; 2005) การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบหรือความ เชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยในรูปแบบการบำบัดทางความคิดหรือทางปัญญา (Cognitive Therapy) นั้น เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชใช้ตนเองเป็นเครื่องมือหรือกลุ่มบำบัด (ศุภกรใจ เจริญสุข, 2556) ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต จึงต้องมีส่วนร่วมใน การบำบัดทางปัญญา เรียนรู้กลวิธีต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ผู้ป่วย (Reilly & McDonald, 2005 อ้างใน Stuart, 2010) โดยจากกระบวนการของสติที่ช่วยให้ผู้ป่วย มีความตระหนักรู้ (awareness) ต่อสิ่งที่มุ่งความสนใจในปัจจุบัน เป็นการเฝ้าสังเกตโดยไม่ตัดสิน (nonjudgmental observation) เมื่อมีความคิดผ่านเข้ามา หรือมีอารมณ์เกิดขึ้น ความรู้สึกสัมผัส

ต่างๆบนร่างกาย โดยกระบวนการของสติแสดงถึงลักษณะของการตั้งอยู่ เปลี่ยนแปลง และดับไป โดยไม่ได้มุ่งสนใจในเนื้อหาเรื่องราวของสิ่งต่างๆที่เคยประสบหรือผ่านเข้ามา และไม่ปล่อยให้จิตติดตามหรือปรุงแต่ง แสดงให้เห็นว่ากระบวนการของสติจะเป็นการเปลี่ยนแปลงท่าทีและความสัมพันธ์ต่อความคิดที่เข้ามาเหล่านั้น (process of thinking) (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006) และแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญานิยมที่มุ่งการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาของความคิด (content of thoughts) แม้การฝึกสติจะไม่ได้เข้าไปเปลี่ยนแปลงทางความคิด แต่มีส่วนช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการติดตามความคิดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น(ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และผ่องพรรณ ฤกษ์ประกรกิจ, 2552) และสามารถนำไปสู่การปล่อยวางทางปัญญา (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ อาศัยกรอบแนวคิดหลัก Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) เป็นจิตบำบัดแนวใหม่ที่มุ่งเน้นเรื่องของสติ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ อยู่ ณ ปัจจุบัน จากการฝึกเพื่อเพิ่มพูนระดับของการมีสติ ผู้เข้าร่วมจะได้รับการฝึกสติด้วยวิธีต่างๆอย่างเข้มข้น ให้เกิดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นความสนใจให้อยู่กับปัจจุบัน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งในโปรแกรม MBCT นำเทคนิคต่างๆที่ใช้ในการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม(CBT) ซึ่งถูกนำมาใช้ร่วมกับหลักการของการฝึกสติ การปฏิบัติในหลักของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเองการเสริมพลังอำนาจและการให้ความรู้เทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจินตภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมุติ (Role-Playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought Patterns) (รัสตาพร สันติวงษ์, 2550) ซึ่ง Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายแนวคิดหลักกว่า Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างเป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบมีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตได้ และมีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดมาจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT)ของ Beck(1967)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า ผู้ป่วยมีมุมมองความคิดทางลบ มีความคิดแบบอัตโนมัติทางลบ(Beck, 1967) และไม่สามารถรวบรวมสติ ไม่มีพลังใจต่อการดำเนินชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยมีเจตนาที่จะพยายามแก้ไขปัญหากำลังเผชิญอยู่นั้น มีผลให้ตกอยู่ในวงจรของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมทางลบ มีการตอบสนองในแบบการครุ่นคิดซ้ำๆทางลบ ซึ่งพบได้ทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า (Nolen-

Hoeksema, 1991 ; Silveira & Kauer-Sant'Anna , 2015) ดังนั้นการฝึกสติเป็นการพัฒนาศักยภาพของการใส่ใจหรือการรับรู้เป็นความรู้สึกตัวที่มีคุณภาพ และมีลักษณะที่สำคัญช่วยส่งเสริมความตระหนักรู้(Awareness)และความใส่ใจ(Attention) สะท้อนให้เห็นจากการมีสติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจุบันในทุกขณะ( Brown & Ryan, 2003) อีกทั้งส่งเสริมความสามารถในการใส่ใจผ่านความจำต่อปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้น ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เกื้อหนุนให้บุคคลมีกลวิธีในการกำกับทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Corcoran, Farb, Anderson, & Segal ,2010) และสติไม่ตัดสินหรือประเมินความคิดหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะจะเป็นทางบวกหรือลบก็ตาม (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001 ; Hayes & Wilson, 2003) ซึ่งแนวคิด Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ของ Segal, Williams, &Teasdale (2002) เป็นทั้งทฤษฎีและแนวทางการปฏิบัติ(theory and practice)จากทางตะวันตก มีหลักการเรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ(Automatic Pilot) แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำด้วยสติ เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค(Dealing with Barriers) ฝึกให้รู้จักและเข้าใจอุปสรรคจากการเชื่อมโยงกันของความคิด จิตใจ และร่างกาย โดยรับรู้สถานการณ์นั้นตามที่เป็นจริงและไม่ตัดสิน เป็นอิสระจากความคิดในแบบเดิมมีการฝึกสติจากลมหายใจ(Mindfulness of the Breath) การอยู่กับปัจจุบัน(Staying Present)การยอมรับตามที่เป็นจริง (Allowing/Letting be) และความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact ) นำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกสติแนวใหม่ที่ได้มีการนำไปใช้ให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นมุมมองทางตะวันตก ซึ่งไม่ได้มีหลักหรือวิธีการด้านศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง และจากการศึกษาวิจัยค้นคว้าและนำไปใช้บำบัด มีหลักการแนวคิดเป็นที่ยอมรับในสากลและบังเกิดผลดีกับตัวผู้ป่วยทางจิตเวชซึ่งแตกต่างจากบริบทสังคมไทย

สำหรับประเทศไทยจากรากฐานทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ และจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาเข้ามาสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องในแบบวิถีไทย ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องสดียังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ เข้าถึงมุมมองทางจิตวิญญาณที่แตกต่าง และไม่หลักพิธีทางศาสนาจึงสามารถนำไปใช้ได้กับประชาชนทั่วไป ตามกระบวนการขั้นตอนของสติบำบัด (Mindfulness-based Therapy and Counseling : MBTC) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) ที่แยกการฝึกสมาธิและการฝึกสติให้เห็นกระบวนการที่แตกต่างอย่างชัดเจน ทำให้สามารถพัฒนาและเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง นำไปสู่การปล่อยวางจากอารมณ์และความคิดทางลบอย่างเป็นลำดับ การเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการแผ่เมตตา นำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต และเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และประชาชนทั่วไปอย่างเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการของแนวคิดสติบำบัดที่ผสมผสานแนวคิดทางตะวันตกให้สอดคล้องกับบริบทในวิถีชีวิตไทย อาศัยหลักของ “สติ” นำไปสู่การพัฒนาและเรียนรู้ดังที่กล่าวไปสู่การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องเหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมและมีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงไปสู่ภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะความคิดและการตอบสนองกับความคิดทางลบของตนเอง ซึ่งการครุ่นคิดหมกมุ่นมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าและสามารถเกิดได้ในทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Silveira & Kauer-Sant'Anna, 2015) ประกอบกับความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงอันตรายต่างๆสำเร็จ เนื่องจากการคิดวกวนหรือจมอยู่ในปัญหาสาเหตุความยุ่งยากใจและผลที่ตามมาถือเป็นความรู้สึกทางลบกับตนเองเกิดขึ้นส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า (Knowles, Tai, Christensen & Bentall, 2005 ; Thomas & Bentall, 2002 ; Nolen-Hoeksema, 1991)

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ และใส่ใจกับการเจ็บป่วยที่มาจากอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วงภาวะซึมเศร้า หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เกิดขึ้น โดยการฝึกฝนพัฒนาสติให้มีความรู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพ ในการรู้เท่าทันความคิด และใส่ใจกับอารมณ์ตนเองอย่างต่อเนื่อง ยอมรับและไม่ตัดสินขยายความเรื่องราวทางลบ ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดเป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งทางจิตใจเท่านั้น (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) การขยายมุมมองทางลบที่มีต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตเป็นไปในทางลบ และการตอบสนองอย่างครุ่นคิดในเรื่องราวที่วุ่นในอดีตส่งผลนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและยาวนานขึ้น (Beck, 1967 ; Nolen-Hoeksema, 1991 ) และนำไปสู่การปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างมีสติในทิศทางที่เหมาะสม

3) ตามแนวคิดหลักของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายถึงภาวะซึมเศร้ามาจากการตอบสนองตามความเคยชินหรือเป็นนิสัยที่เรียกว่า Doing Mode โดยผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับต่อเหตุการณ์อย่างที่เป็นตามจริง การเริ่มต้นรู้จักในส่วนของ Doing Mode ให้เกิดความเข้าใจตนเองและเปิดใจยอมรับต่อการพัฒนาในส่วนของการฝึกสติที่เรียกว่า Being Mode โดยตระหนักรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของลักษณะอาการที่เกิดขึ้นก่อน เห็นความแตกต่างกระบวนการเกิดสติ รู้จักยั้งคิดก่อนที่จะกระทำหรือตัดสินใจ โดยอาศัยหลักแนวทางการเจริญสติ (Mindfulness) มาช่วยส่งเสริมทางความคิดอย่างสร้างสรรค์ ขจัดมุมมองความคิดทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและขยายต่อจนเป็นอาการทางจิต มีมุมมองความคิดที่เป็นกลางมองเห็นความจริงรอบด้านอย่างไตร่ตรองและแตกต่างจากเดิม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งผู้ที่ฝึกเจริญสติ สมองมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและการทำงาน เรียกว่า Neuroplasticity หรือความยืดหยุ่นของสมอง โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น (Davidson & Lutz, 2008 ; Hölzel et al., 2011 )

ดังนั้นการฝึกสติจึงส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและจัดการกับการครุ่นคิดเสมือนการเบี่ยงเบนความสนใจให้มาอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น (Scherer-Dickson, 2004)

โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นแนวคิดทางตะวันตกของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) นำไปสู่บริบทของวิถีความเป็นไทยในการพัฒนาให้เกิดสติที่มีคุณภาพ ผ่านขั้นตอนโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-based Therapy and Counseling : MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมมีความเชื่อมโยงการนำสติและสมาธิเป็นสื่อกลางที่นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ เข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและอาการแสดง สำรวจและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละคน โดยให้ทราบถึงลักษณะความคิดและอารมณ์ทางลบค้นหาความรู้สึกของตนเองต่อปัญหาความยุ่งยากที่มาจากความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) และการครุ่นคิดทางลบ (Nolen-Hoeksema, 1991) ซึ่งเป็นการตอบสนองจากความคิดซ้ำๆ ที่มุ่งสนใจในอารมณ์ทางลบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจของตนเองมีแนวโน้มให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Nolen-Hoeksema, 1991) และจากลักษณะความคิดต่อเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตยังเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่ ยาวนานและรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Reilly-Harrington et al., 1999) นำมาเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตในแบบ Doing Mode จากความเคยชินหรือเป็นนิสัยเดิมในลักษณะของความคิดความรู้สึกเชิงลบ การทำสมาธิเป็นพื้นฐานของการฝึกสติ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) โดยผลของอารมณ์ทางลบและความตึงเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ จะบดบังสิ่งดีงามของชีวิต (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) โดยให้ผู้ป่วยสำรวจค้นหาการเปลี่ยนแปลงความคิดและอารมณ์ของตนเองที่แตกต่างหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาจากการให้ความรู้ความเข้าใจในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สำรวจความรู้สึกว่าวุ่นใจความทุกข์ใจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และนำมาสู่การระลึกถึงบุคคลในดวงใจหรือที่เคารพรักเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นการฝึกสมาธิในแบบสลิมาและหลับตา จิตตั้งมั่นเฝ้าดูให้รู้อยู่กับลมหายใจในทุกขณะเป็นพื้นฐาน เพื่อหยุดการกระตุ้นความคิดและอารมณ์ที่เป็นลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการกับความง่วง โดยหลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 2** สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ หน้าที่ของสติจะเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) เป็นการแสดงให้รู้ถึงการทำงานของจิตในส่วนของสติที่เรียกว่า Being Mode ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามายังมาจาก

การขาดสติจากมุมมองความคิดทางลบ การเจริญสติซึ่งความรู้สึกตัวที่มีคุณภาพที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเหมาะสม โดยวิธีการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันไว้เพียงเล็กน้อยและรู้ในกิจต่างๆที่กำลังทำในปัจจุบันไปด้วย จากกระบวนการนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน และตระหนักรู้ในกิจต่างๆที่ต้องกระทำ โดยอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างของกลไกการพัฒนาของจิตระหว่าง สติ และสมาธิ แยกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติที่ชัดเจน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ให้มีการใช้ประโยชน์จากสองสิ่งนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสมาธิเป็นสภาวะจิตที่พอกอย่างมีคุณภาพโดยรู้สึกตัวตลอดเมื่อพัก ในขณะที่สติเป็นสภาวะจิตที่ทำงาน โดยไม่วอกแวกและไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ เพราะฉะนั้นจึงเป็นสภาวะที่แตกต่างกัน กลไกหรือวิธีการนำไปใช้ก็แตกต่างกัน การอธิบายกลไกของสมาธิ คือ รู้ลมหายใจที่เข้าออก เพื่อให้ความคิดนั้นได้หยุดลง ให้มีการพักจิตจะนิ่งและสงบลง ขณะที่กลไกของสติ คือ รู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อยบางเบา ลมหายใจเหมือนเครื่องผูกจิตให้กลับมาเป็นปัจจุบัน และรู้ในกิจหรือการกระทำที่ดำเนินอยู่ทั้งกายภายนอกและภายใน ซึ่งสองสภาวะนี้ต่างเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยให้ผู้ป่วยร่วมอภิปรายความหมายและความแตกต่างของสติกับสมาธิ เห็นประโยชน์ของการเจริญสติ การฝึกสติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การฝึกสติกับประสาทสัมผัสทั้งห้าและการฝึกสติกับอริยาบถของร่างกาย การฝึกสติตามการใช้งานโดยจำลองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆนำมาสู่การฝึกสติเพื่อควบคุมต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลให้เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกตึงเครียดและความทุกข์ใจในชีวิต และให้กล่าวความรู้สึกชื่นชมหรือให้กำลังใจตนเองเมื่อมีเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม และเน้นให้ความสำคัญของการนำไปใช้ต่อเนื่องเป็นการนำไปสู่การปล่อยวางจากความคิด และความรู้สึกที่เป็นทุกข์ใจ อารมณ์ที่ขุ่นมัว จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าจากคลายลง สติจึงเสมือนการเบี่ยงเบนความสนใจให้มารับรู้อยู่กับปัจจุบันและสามารถป้องกันการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ (Scherer-Dickson, 2004) โดยหลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิและสติอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 3** สติรู้ทันอารมณ์ เน้นการฝึกสติให้สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ทางลบที่เชื่อมโยงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จากการพัฒนาสติให้สามารถรู้เท่าทันกับอารมณ์ทางลบของตนเอง เห็นสัญญาณหรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นให้มีการดำเนินการภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองที่ผ่านมาในจากประสบการณ์ในอดีต รับรู้ความแตกต่างการทำงานของ Doing Mode ความเคยชินหรือนิสัยเดิม มาสู่ส่วนของ Being Mode คือการกระทำด้วยสติ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ร่วมกันอภิปรายให้เห็นถึงอารมณ์ทางลบส่งผลกับพฤติกรรมตามที่เป็นจริง รับรู้อุปสรรคที่มาจากความต้องการทางอารมณ์ ตระหนัก ยอมรับและไม่ตัดสิน จากการสะสมความเคยชินหรือนิสัย มีความสัมพันธ์ให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรู้ตัวและไม่รู้สึกตัว โดยใช้สติเฝ้าดูเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง

ไปของอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับกระบวนการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) กล่าวถึงอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและปรากฏเป็นความรู้สึกบนร่างกาย เมื่อมีสติในการสังเกตจะเห็นการเปลี่ยนแปลงไปโดยไม่ติดกับความรู้สึกในอารมณ์นั้น นั่นคือ การปล่อยวาง โดยการฝึกสติมารู้จักความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อตอบสนองความรู้สึกที่เข้ามากระทบจิตใจ และสามารถนำไปสู่การกำกับควบคุมอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้ จากการนำสติมารู้อยู่กับลมหายใจ ยอมรับ และไม่ตัดสิน หรือขยายอารมณ์ทางลบที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า พร้อมเขียนเรื่องราวความทุกข์ใจ สำรวจตนเองมองผ่านกระจกเงาแสดงให้เห็นร่างกายต้องเผชิญกับความตึงเครียดหรือความทุกข์นั้น ตระหนักรู้ถึงอารมณ์เชิงลบนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และสามารถพูดให้กำลังใจตนเอง เพื่อส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองและยอมรับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไม่ตัดสินเพียงให้รู้เท่าทัน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อมีอารมณ์ทางลบหรือความเศร้าเกิดขึ้น หลังจากนั้นใช้สื่อภาพที่เป็นธรรมชาติให้ผ่อนคลายทางอารมณ์พร้อมทั้งฝึกสมาธิให้เกิดความสงบ หลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิและสติรู้ตัวทั่วร่างกาย และการฝึกสติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 4** สติรู้ทันความคิด เน้นการฝึกสติให้สามารถรู้เท่าทันความคิดทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ(Beck,1967) การตอบสนองในลักษณะครุ่นคิดทางลบการยึดติดจากความคิดวกวนซ้ำๆนั่นคือ การหมกมุ่นครุ่นคิดหรือการปรุงแต่ง (rumination)ในเรื่องราวความยุ่งยากใจและผลที่ตามมาถือเป็นความรู้สึกทางลบกับตนเอง(Nolen-Hoeksema, 1991) เช่นเดียวกับการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีแรงจูงใจ ผลักดันตนเอง และตั้งคาดหวังที่สูงกับเป้าหมาย และความต้องการที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการหมกมุ่นทางความคิดที่จมอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการนั้น (Alloy et al., 2005; Lozano & Johnson, 2001 ; Miklowitz, 2010) ดังนั้นรูปแบบความคิดทางลบมีความเชื่อมโยงนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า การมีสติรู้ทันความคิดทางลบจึงช่วยให้หยุดยั้งความคิดทางลบ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าจางคลายลง จากความเข้าใจการเชื่อมโยงการทำงาน ของ Doing Mode เป็นความเคยชินหรือนิสัยเดิมมาสู่ส่วนของ Being Mode คือ การใช้สติตามหลักแนวคิดของ Segal, Williams, & Teasdale(2002) ให้อธิบายถึงความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact) ซึ่งเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งมากกว่าความเป็นจริง นำไปสู่การจัดการกับอุปสรรค(Dealing with Barriers) และติดป้ายกับความคิดที่ผุดขึ้นมาอย่างสั้นๆโดยไม่ขยายความคิดทางลบ เสมือนเป็นผู้สังเกตการเปลี่ยนแปลงไปของความคิดเหล่านั้นทำให้เรียนรู้การปล่อย



วางทางความคิด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) โดยการฝึกสติมารู้ถึงความคิดทางลบ แยกความคิดกับความจริง โดยค้นหาปัญหาความยุ่งยากใจแล้วนำมาตีความคิดให้ชัดเจน ไม่ตัดสินขยายความคิดว่าเป็นทางบวกหรือลบ ร่วมกันอภิปรายมุมมองความคิดของชีวิตที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตอย่างสร้างสรรค์และมีสติที่อยู่กับปัจจุบัน และหลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิรู้ตัวทั่วร่างกาย (Body scan) สติกับความคิดและการฝึกสติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 5** ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง เป็นการบูรณาการเรื่องการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติด้วยการให้ความรู้และสามารถที่จะใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ทุกชั่วขณะในเรื่องของความรู้สึกและความคิดให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวที่ตึงเครียดกดดัน มีความเรื่อรังสะสมจนเป็นสัมพันธภาพที่มีความขัดแย้งโดยเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ในตัวผู้ป่วย (Kim, Miklowitz, Biuckians, & Mullen, 2007 ; Miklowitz, & Johnson, 2009) ประกอบกับลักษณะอารมณ์ที่ไม่คงที่ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ ไม่ไว้วางใจใคร และไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและมักแยกตัว (Solomon, Keitner, Miller, Shea, & Keller, 1995) ดังนั้นการเรียนรู้สติร่วมกับมุมมองสัมพันธภาพอย่างสร้างสรรค์จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น จากกระบวนการทำงานของจิต Doing Mode เป็นความเคยชินหรือนิสัยเดิมมาสู่ส่วนของ Being Mode คือการใช้สติ (Segal, Williams & Teasdale, 2002) นำมาสู่การพิจารณาอย่างใคร่ครวญ สัมพันธภาพในแง่มุมใหม่จะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้นจากสัมพันธภาพที่ยาวนานกับบุคคลใกล้ชิดจะ สะสมความคิดอัตโนมัติที่เป็นความคิดเชิงลบ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) โดยการตระหนักถึง อุปสรรคหรือปัญหาทางสัมพันธภาพที่มีมุมมองความคิดหรืออารมณ์ทางลบ เนื่องจากมีแนวโน้ม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและกลายเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนำสติมาทบทวนพิจารณาด้วยใจที่เป็นกลางช่วยให้มองเห็นความจริงอย่างรอบด้าน มีความยั้งคิดและจัดการควบคุมอารมณ์ทางลบ ตลอดจนความรู้สึกที่ขุ่นมัวของตนเองให้เป็นสภาวะจิตของปล่อยวางความรู้สึก และค้นหามุมมองใหม่ ในสัมพันธภาพอย่างมีสติและสร้างสรรค์ และให้ผู้ป่วยได้มีฝึกที่ทบทวนสัมพันธภาพอย่างมีสติให้ ต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิ สติรู้ตัวทั่วร่างกาย และ สติกับความคิด และการฝึกสติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 6** นำสติปรับการสื่อสาร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ร่วมกับการฝึกสติ การฝึกพูดสื่อสารกับตัวเองและคนรอบข้างทางบวกจะช่วยให้พัฒนาความสามารถ ในการคิดแบบมีหลักการและเหตุผลมากขึ้น เป็นการส่งเสริมมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ มีทัศนคติทางบวก ส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลง (Scheier, & Carver, 1993) เป็นการใคร่ครวญ

ไต่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ทุกชั่วขณะในเรื่องของความรู้สึกและความคิดให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิม จากการทำงานของ Doing Mode เป็นความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ นำมาสู่ส่วนของ Being Mode คือ การใช้สติ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Chand, Mattoo, & Sharan, 2004; Michalak et al., 2005) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารด้วยคำพูดหรือภาษาท่าทางที่เป็นลบมักเกิดขึ้นแบบไม่ทันรู้ตัวเหมือนอัตโนมัติหรือนิสัยความเคยชินทำให้มีอารมณ์ทางลบและเป็นปัญหากับบุคคลใกล้ชิด จากการฝึกสติร่วมกับการสื่อสารมีความยอมรับและความเข้าใจระหว่างกันได้ดีขึ้น (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) โดยการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นความยุ่งยากใจหรืออุปสรรคปัญหาจากการสื่อสารและภาษาท่าทางที่มาจากความเคยชินหรือเป็นนิสัย และเห็นความแตกต่างการนำสติร่วมกับการสื่อสารและภาษาท่าทาง โดยใช้สติรู้เท่าอารมณ์และความคิดทางลบที่เกิดขึ้น มีการแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ผ่านวิธีการสื่อสารทางบวกในรูปแบบ I-Messages and You-Messages จาก การสื่อสารในแบบ You-message มักแฝงความรู้สึกด้านลบ ความอึดอัด และตำหนิ การสื่อสารที่ดีควรเปลี่ยนไปเป็นประโยคที่ขึ้นต้นด้วย “ฉัน” หรือ “ผม” ที่เรียกว่า I-message ที่สร้างความรู้สึกนุ่มนวลกว่า ส่งเสริมการสื่อสารที่ให้ความเข้าใจกัน และนำไปสู่การเติมเต็มความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อกัน มีการรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่ายและความเข้าใจให้ตรงกันอย่างมีสติ หลังสิ้นสุดกิจกรรม มีการมอบหมายการบ้านให้บันทึกการฝึกสมาธิ สติรู้ตัวทั่วร่างกาย สติกับความคิดและการฝึกสติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 7 การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย** เป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความครุ่นคิดซ้ำๆ ทางลบ รู้สึกไม่คุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถกระตุ้นการขยายอารมณ์ทางลบที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ (Greenberg, 1995) อีกทั้งยังส่งผลทางลบกับลักษณะนิสัยแบบให้อภัย (Berry et al., 2001) ซึ่งมีแนวโน้มนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยการฝึกฝนให้มีความตระหนักรู้ มีสติรู้จักความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองจนเกิดผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ (Williams, Duggan, Crane, & Fennell, 2006) ประกอบกับเมตตาต่อตนเอง (Self-compassion) เป็นการมองเห็นคุณค่า ยอมรับ และมีความสนใจในตนเองที่เพิ่มมากขึ้น เชื่อมโยงให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Raes, 2011) จากการแผ่เมตตาที่มีภาษาเข้าใจง่ายให้กับตนเอง บุคคลรอบข้าง และสรรพชีวิต (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อบรรเทาหรือขจัดความทุกข์ภายในใจ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า ความมั่นคงทางใจ และเป็นการยอมรับความรู้สึกต่างๆ ที่มีกับตนเองและต่อบุคคลอื่น และมีการมอบหมายเป็นการบ้านให้บันทึก และฝึกทบทวนการฝึกสมาธิ สติรู้ตัวทั่วร่างกาย สติกับความคิด การแผ่เมตตา และการฝึกสติในชีวิตประจำวันเช้าและเย็น ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 8** การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เน้นการมองเห็นทางนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ในชีวิตได้อย่างสมดุลและการตระหนักรู้ถึงความตั้งใจ ความเข้มแข็งที่เป็นพลังนำไปสู่ความคิดทางบวกที่ใช้ดูแลตนเอง (White & Freeman, 2000 ; Segal, Williams & Teasdale, 2002) เพื่อขจัดมุมมองความคิดทางลบต่อความเจ็บป่วยของตนเองนำมาสู่การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งมีผลให้ภาวะซึมเศร้าบรรเทาลง ตามหลักการนำประสบการณ์ที่เรียนรู้มาจัดการกับอารมณ์ต่อในอนาคต (Using What has been Learned to Deal with Future Moods)(Segal, Williams, & Teasdale, 2002) มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนความรู้สึกรู้สึกของทักษะประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นและพัฒนาความเข้าใจในการนำสติและสมาธิมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อย่างเป็นวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละบุคคลให้มีการจัดการกับอารมณ์และความคิดอย่างต่อเนื่อง จากการนำสติมารู้เท่าทันและรับมือป้องกันกับลักษณะอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต สติที่รู้อยู่กับการกระทำในกิจต่างๆที่เป็นปัจจุบัน ไม่ขยายต่อกับความคิดและอารมณ์ทางลบ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental research ) ศึกษาแบบสองกลุ่ม และวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(F31) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก(ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภาลัย และมีภาวะซึมเศร้า (Depressive episode)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder)ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck(1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ (2554) มีภาวะซึมเศร้าในระดับ

ปานกลางขึ้นไป (ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ทั้งเพศชาย และหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ามารับบริการในแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ และมีความสมัครใจและยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ เช่น ความโศกเศร้า มีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ เช่น มุมมองความคิดทางลบต่อตนเอง(self) ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก(world) และต่ออนาคต(future) รู้สึกล้มเหลว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ลังเลในการตัดสินใจ ดำเนินโทษตัวเอง แยกตัวจากสังคมหรือมีสัมพันธภาพลดลง และเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไร้เรี่ยวแรง การนอนหลับผิดปกติ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปในทางเชิงซ้าลง (Retardation) หรือกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) สมาธิลดลง สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากภาวะซึมเศร้าของ Beck(1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ (2554)

**โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ** หมายถึง กิจกรรมการฝึกสติที่ผู้วิจัยสร้างตามหลักแนวคิดของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ(Mindfulness-based cognitive therapy or MBCT) ประยุกต์ร่วมกับกระบวนการตามโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-based Therapy and Counseling : MBCT ) (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์,2559) โดยนำมาให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีการดำเนินกิจกรรม 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์

**การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด (กิจกรรมครั้งที่ 1)** หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพ สำรวจและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละคน ตระหนักและใส่ใจกับความเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สามารถรู้จักการทำงานของจิตในส่วนของ Doing Mode คือความเคยชินหรือนิสัย เข้าใจความคิดและการครุ่นคิดทางลบ อารมณ์ความรู้สึกของตนเองต่อปัญหาความยุ่งยากใจหรือความว้าวุ่นใจ นำสู่การฝึกสมาธิให้เกิดความสงบและเป็นพื้นฐานเชื่อมโยงการฝึกสติ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองในทุกๆระยะให้มีมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวกับโรค

**สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ (กิจกรรมครั้งที่ 2)** หมายถึง การฝึกสติให้รู้ในกิจต่างๆที่ทำให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความสงบ ไม่ถูกสอดแทรกด้วยความคิดและอารมณ์ทางลบครอบงำ โดยมีหลักวิธีการรู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อยและรู้ในกิจต่างๆที่กระทำในปัจจุบัน เข้าใจการทำงานของจิตในส่วนของ Being Mode คือกระทำด้วยสติ โดยหน้าที่ของสติเพื่อควบคุมจิตใจตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆทางลบ นำสติและสมาธิมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

**สติรู้ทันอารมณ์ (กิจกรรมครั้งที่ 3)** หมายถึง ผู้ป่วยตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ทางลบของตนเองโดยใช้สติเฝ้าความรู้สึกที่ไม่คงที่เห็นการเปลี่ยนแปลงไปและไม่ยึดติดกับความรู้สึกจากอารมณ์ทางลบนั้น เรียนรู้การปล่อยวางความรู้สึกทางลบให้มาอยู่กับปัจจุบัน และส่งเสริมสติกับความรู้สึกทางบวกที่ช่วยให้ผ่อนคลายความตึงเครียดหรือภาวะเศร้าที่ลดลง

**สติรู้ทันความคิด (กิจกรรมครั้งที่ 4)** หมายถึง ผู้ป่วยตระหนักรู้เท่าทันความคิดทางลบได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ การครุ่นคิดทางลบ จากหลักการความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact) ซึ่งเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งมากกว่าความเป็นจริงและใช้สติกำกับโดยใช้เทคนิคการติดป้าย(Labeling)กับลักษณะความคิดที่ผุดขึ้นมา ไม่มีการขยายต่อความคิดนั้นสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงไปของความคิดทางลบ เรียนรู้การปล่อยวางความรู้สึกที่มาจากความคิดอย่างเข้าใจตามที่เป็นจริง ยอมรับและไม่ตัดสิน ให้มารู้กับปัจจุบันทุกขณะ

**ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง (กิจกรรมครั้งที่ 5)** หมายถึง เป็นการฝึกสติให้รู้จักการใคร่ครวญและไตร่ตรองถึงปัญหาสัมพันธภาพ การใช้สติมองด้วยใจที่เป็นกลางเป็นอิสระจากความคิดหรืออารมณ์เป็นการใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ทุกชั่วขณะในเรื่องของความรู้สึกและความคิดให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิม เนื่องจากปัญหาหรืออุปสรรคในสัมพันธภาพเป็นส่วนหนึ่งในการสะสมความคิดเชิงลบ

**นำสติปรับการสื่อสาร (กิจกรรมครั้งที่ 6)** หมายถึง สามารถเข้าใจอุปสรรคหรือปัญหาจากการสื่อสารโดยการฝึกสติเพื่อกำกับคำพูดและภาษาท่าทางด้วยความใส่ใจและตระหนักรู้ที่เพิ่มมากขึ้น เห็นรายละเอียดของสิ่งต่างๆรอบตัวมากขึ้นมีความเข้าใจและเรียนรู้การสื่อสารด้วยภาษาท่าทางอย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากการสื่อสารด้วยคำพูดหรือภาษาท่าทางที่เป็นลบมักไม่ทันรู้ตัวเหมือนอัตโนมัติหรือนิสัยความเคยชินและทำให้อารมณ์ทางลบดำเนินอยู่

**การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย (กิจกรรมครั้งที่ 7)** หมายถึง การฝึกฝนจิตจนเกิดความตระหนักรู้ มีสติ รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ของตนเอง การครุ่นคิดต่างๆในทางลบสามารถขยายอารมณ์ที่เป็นลบ ซึ่งส่งผลทางลบกับลักษณะนิสัยแบบให้อภัย โดยเป็นสภาวะจิตที่ต่อยอดอย่างมีสติที่ทำให้เกิดความมั่นคง ขจัดความขุ่นเคืองใจและการยอมรับความรู้สึกต่อตนเองและบุคคลอื่น ร่วมถึงความรู้สึกการมีคุณค่าในชีวิต

**การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (กิจกรรมครั้งที่ 8)** หมายถึง เป็นการนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ใน ชีวิตอย่างสมดุล เป็นพลังสู่การคิดทบทวนต่อการดูแลตนเอง มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนความรู้สึกของ ทักษะประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นและพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนอง ความเจ็บป่วยของตนเองและนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันในการดูแลตนเอง และเตรียมความ พร้อมหากมีอาการกำเริบซ้ำของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับ ได้แก่ การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล คำแนะนำ ตามสภาพปัญหา คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยารักษา และการนัดหมาย ของแพทย์เพื่อติดตามอาการ

**ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder) ที่มีภาวะซึมเศร้า(Depressive episode) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการ ในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเฝ้าระวัง ป้องกัน อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับดูแลผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากตำราเอกสารวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุปสาระสำคัญสาระสำคัญและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.2 ลักษณะและอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.4 สาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.5 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.6 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.7 บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### 2. ภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.3 อาการของภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

#### 3. ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ

- 3.1 ความรู้เรื่องการเจริญสติ
- 3.2 ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิด
- 3.3 ความรู้เรื่องการบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

#### 4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มของภาวะความผิดปกติด้านอารมณ์(mood episode) มี 2 ลักษณะสำคัญ คือ มีช่วงระยะซึมเศร้า (depression episode) และช่วงระยะแมนี (mania episode) ซึ่งความหมายสรุปได้ดังนี้

ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2549) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่งผู้ป่วยมีช่วงอาการของ Manic episode, Mixed episode หรือHypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผู้ป่วยมีอาการของ Manic episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

สมภพ เรื่องตระกูล (2556) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการแมนี(manic episodes) อาการแบบผสม(mixed episodes) หรืออาการไฮโปแมนี (Hypomanic episodes) และมักมีหรือเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยบุคคลอาจมีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ(Depressive) อาจแสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากรตาย หรืออาจมีอาการครั้นเครง คลุ้มคลั่ง เร็งร่ามากกว่าผิดปกติ (Mania) หัวเราะโดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกัน พยาธิสภาพทางอารมณ์นี้ส่งผลถึงพฤติกรรมเคลื่อนไหวทำให้มีพฤติกรรมที่แปลกๆ

ภาสกร สวนแรง และกิตต์ โพธิ์โน (2557) กล่าวว่า ลักษณะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากการศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าบุคลิกภาพที่แสดงถึงวุฒิภาวะไม่สมวัย อ่อนแอ และขาดความเชื่อมั่นในด้านความคิดและการตัดสินใจ (ขาดความกล้าที่จะคิดและตัดสินใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมั่นใจด้วยตัวเอง) อารมณ์ไม่คงที่ และยังพบภาวะซึมเศร้า กังวล เครียด และวิธีคิดในแบบคิดสองด้านในเรื่องเดียวกันอย่างมีนัยยะ กล่าวคือ มักเริ่มต้นด้วยวิธีคิดด้านลบ และสุดท้ายเปลี่ยนขั้วเป็นความคิดด้านบวกซึ่งสอดคล้องกับกลไกทางจิตชนิดชดเชยเพื่อชดเชยความรู้สึกลบหรือความคับข้องใจที่แก้ปัญหามาไม่ได้

สายฝน เอกวางกูร (2558) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์สลับกันระหว่างซึมเศร้า(depression) และครั้นเครง(mania/hypomania) อาการดังกล่าวอาจสลับกันอย่างรวดเร็ว แต่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจมีอาการมากบ้างน้อยบ้าง เมื่อเปลี่ยนเป็นช่วงอารมณ์ครั้นเครง มักมีพลังงานสูง พุดมาก เจ้ากี้เจ้าการ กระฉับกระเฉงเกินกว่าเหตุ ทำกิจกรรมมากเป็นเวลานานไม่รู้สึเหนื่อยเหนื่อย ซึ่งลักษณะอาการ



ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต อารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมอาจมีอาการหลงผิด คิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่

World Health Organization (1992) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่าเป็น การเจ็บป่วยทางจิตที่มีอารมณ์ผิดปกติเป็นอาการสำคัญโดยอารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิดคืออารมณ์ ซึมเศร้า(Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง(Mania) ผิดปกติจนผู้ป่วยควบคุมไม่ได้และรู้สึกทรมาน อารมณ์ที่ผิดปกติทำให้การคิด การพูด กิจกรรมทางสรีรวิทยาที่ต้องดำเนินไปอย่างอัตโนมัติทุกวัน (เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และหน้าที่ การทำงานผิดปกติตามไปด้วย ความผิดปกติทางอารมณ์มักจะเริ่มมีอาการเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น

Townsend (2006) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ของอารมณ์หรือมีอาการแปรปรวนที่แสดงออกมาในลักษณะ 2 แบบ คือ ช่วงของซึมเศร้า (Depression) สลับกับช่วงอาการครั่นคร้างหรือคลุ้มคลั่ง(Mania) และในระหว่างอารมณ์ซึมเศร้าอย่าง เด่นชัดไปจนถึงการมีอาการคลุ้มคลั่งนั้น โดยจะมีช่วงระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆคั่นอยู่ตรงกลาง

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ของอารมณ์อย่างเด่นชัดในแบบ 2 ขั้ว คือ ขั้วแบบซึมเศร้า (Depression episode) และขั้วแบบ แมเนียร์หรือคลุ้มคลั่ง(Mania episode)การเปลี่ยนแปลงสลับไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจน จนถึงอาการแสดงอารมณ์คลุ้มคลั่ง โดยจะมีช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใดๆคั่นกลาง ซึ่งจาก ความผิดปกติดังกล่าวมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด การรับรู้บุคลิกภาพ และพฤติกรรมแสดงออกมาสที่ สอดคล้องกับอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อกระเทือนทำให้ความคิด การพูดหรือ การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่การทำงาน ตลอดจนสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นไป ทางลบและผิดปกติ

## 1.2 ลักษณะและอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ลักษณะเด่นของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ พบความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึ่งในทาง จิตเวชจัดว่าอยู่ในกลุ่มโรคทางอารมณ์(Mood Disorders) สามารถจำแนกออกเป็น 2 ระยะดังนี้

1.2.1 ระยะอาการซึมเศร้า (Major Depressive episode) ผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญ คือ เศร้าสูญเสียความสนใจ(loss of interest) หมดหวัง(hopeless) รู้สึกตนเองไม่มีค่า(worthless) รู้สึกว่าจิตใจเจ็บปวด(emotional pain) จะมี พลังงานลดลง(reduced energy) มีอาการอ่อนเพลียเมื่อยล้าทำงานเสร็จยาก(difficult to finishing tasks) (ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ของการรู้คิด(cognition)ร่วมด้วย เช่น ไม่มีสมาธิ(concentrate) ไม่สามารถคิดหรือคิดไม่ออกผู้ป่วย จำนวน 2 ใน 3 จะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายร้อยละ 10-15 (ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549)อาการซึมเศร้า ก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือ

ในด้านอื่นของการทำหน้าที่ และในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) มีการกลับเป็นโรคจากภาวะซึมเศร้า(recurrent depression)ที่สูงถึงร้อยละ 96 นอกจากนี้การมีประวัติของการเกิดช่วงซึมเศร้า Depressive episode ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 78 ในขณะที่โรคซึมเศร้าพบเพียงร้อยละ 23(Solomon et al.,2006 ; ธวัชชัย ลิฟหานาจ, 2554)

1.2.2 ระยะเวลาอาการเมเนีย (Manic episode) อธิบายอาการของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาอาการเมเนียสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขมากกว่าปกติ คึกคะนอง ล้อเลียนผู้อื่น คึกคะนอง ไม่สำรวม ซึ่งการแสดงออกของอารมณ์ความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจไม่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของผู้อื่นสังคม และหากมีการห้ามปรามหรือขัดขวางในความต้องการ ผู้ป่วยก็จะหงุดหงิด ฉุนเฉียวได้ง่าย (พิชัย อภิภูสกุล, 2558)

2) ด้านความคิด ผู้ป่วยมีคิดโครงการต่างๆที่เกินความสามารถ โดยจะเชื่อมั่นตนเองมากกว่าปกติ ร่วมกับการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับฟังความคิดของผู้อื่น เปลี่ยนความสนใจง่าย ความคิดแล่นเร็ว (flight of idea) และในรายที่รุนแรงจะมีอาการหลงผิด และหรือประสาทหลอนร่วมด้วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยในระยะอาการเมเนียนั้นจะมีการแสดงพฤติกรรมแบบขาดความยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น การเล่นการพนันหรือเสี่ยงโชคมาก ตีมสุรাজัด เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ แต่งกายด้วยผ้าสีฉูดฉาดหรือตกแต่งด้วยเครื่องประดับมากเกินไปประชาชนทั่วไปจะนิยมกัน บางรายมีความถดถอยมากจนเล่นปัสสาวะและอุจจาระของตนเอง (ธวัชชัย ลิฟหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549 ; พิชัย อภิภูสกุล, 2558)

3) ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตึกคัก เสมือนมีกำลังวังชา และ ขยันที่มากกว่าปกติมักทำได้ไม่ค่อยดี มีความต้องการการนอนหลับพักผ่อนน้อยลง ชอบพูดคุยทักทายกับผู้อื่น แม้กระทั่งกับบุคคลแปลกหน้า พูดมาก พูดเร็ว ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยและสิ้นเปลือง บางครั้งอาจมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้น มีการใช้ยา หรือเสพยาบางอย่าง มีการดื่มสุรา ดิตพนัน (พิชัย อภิภูสกุล, 2558)

การดำเนินโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักพบในวัยรุ่น การเกิดครั้งแรกพบว่าสัมพันธ์กับความกดดันในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่เป็นหากไม่ได้รับการรักษาโดยเฉลี่ยนาน 4 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I )เป็นโรคซึ่งมักเป็นซ้ำๆมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการเมเนียจะมีอาการซ้ำได้อีกในเวลาต่อมา และประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยอาการเมเนียจะเกิดก่อนหรือหลังอาการซึมเศร้าทันที ซึ่งเพศหญิงจะมีอาการครั้งแรกในแบบซึมเศร้า ส่วนในเพศชายมีอาการครั้งแรกในแบบคลุ้มคลั่ง ส่วนโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 (Bipolar II ) มีลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า 1 ครั้งหรือมากกว่าแล้วมีอาการไฮโปแมนเนีย(Hypomanic episodes) อย่างน้อย 1 ครั้งและต้องไม่เคยมีอาการเมเนียหรืออาการแบบผสม ซึ่งพบในผู้หญิง

มากกว่าผู้ชาย พบโรคนี้ร้อยละ 0.5 ของประชากรทั่วไปและญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงกว่าอัตราที่พบในประชากรทั่วไป และร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น อารมณ์อ่อนไหวง่าย มีปัญหาอาชีพการงาน สัมพันธภาพ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556) และเป็นโรคเรื้อรังต้องวางแผนการรักษาในระยะยาว มีการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I disorder) (Sadock & Sadock, 2007)

### 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แต่เดิมถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคทางอารมณ์ (mood disorder) ตามระบบ DSM-IV-TR ซึ่งมีการปรับปรุงเป็นระบบ DSM-5 ที่ได้แยก bipolar disorders และ depressive disorders จัดเป็นคนละกลุ่มโรคและมีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งระยะแบ่งความผิดปกติออกเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 2013) คือ 1) ระยะแมนี (manic episode) 2) ระยะไฮโปแมนี (Hypomanic episodes) และ 3) ระยะซึมเศร้า (major depressive episode)

#### 1) ระยะแมนี (Manic episode) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

- A. มีช่วงอารมณ์คึกคักแสดงความรู้สึกโดยไม่ยับยั้งชั่งใจหรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดเวลาชัดเจนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือระยะน้อยกว่านี้ถ้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล)
- B. ในช่วงดังกล่าว มีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ หรือมากกว่า 4 อาการในแบบหงุดหงิดโกรธง่าย
  1. ประเมินค่าตนเองว่าสำคัญผิดปกติ หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (Grandiosity)
  2. ความต้องการนอนน้อยลงกว่าธรรมดา เช่น นอน 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเต็มอิ่มแล้ว
  3. พูดคุยมากกว่าปกติหรือพูดแบบไม่ยอมหยุด
  4. มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (Flight of idea) หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว
  5. วอกแวกง่าย (Distractibility) เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้าภายนอกเพียงเล็กน้อย
  6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรื่องเพศ หรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย (Psychomotor agitation)
  7. ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไปจนกระทั่งเสี่ยงกับการเกิดผลเสียตามมา แสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้เงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำธุรกิจอย่างขาดการพิจารณา หรือสำส่อนทางเพศ

C. อาการดังกล่าวรุนแรงจนทำให้การทำงานที่ด้านกรงาน สังคม ความสัมพันธ์เสียไปหรือจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

D. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติดหรือยารักษาโรค หรือโรคทางกาย การแยกตามกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

หมายเหตุ : หากอาการในระยะแมนีเต็มขั้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้า หรือการบำบัดด้วยไฟฟ้า และยังคงมีอาการมากต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเป็นผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้น ให้นับว่าเป็นระยะแมนี ซึ่งพบในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) ได้

2) ระยะเวลาไฮโปแมนี(Hypomanic episodes) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติหรือมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายผิดปกติอย่างต่อเนื่องร่วมกับกิจกรรมหรือมีพลังเรียวแรงเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทั้งวันและเกือบทุกวัน นานอย่างน้อย 4 วัน

B. ในช่วงดังกล่าว มีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการหรือมากกว่า 4 อาการในแบบหงุดหงิดโกรธง่าย

1. ประเมินค่าตนเองว่ามีความสำคัญผิดปกติหรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (Grandiosity)

2. ความต้องการนอนน้อยลงกว่าธรรมดา เช่น นอน 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเต็มอิ่มแล้ว

3. พูดคุยมากกว่าปกติหรือพูดแบบไม่ยอมหยุด

4. มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว(Flight of idea)หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคิดแล่นเร็ว

5. วอกแวกง่าย (Distractibility) เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้าภายนอกเพียงเล็กน้อย

6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรื่องเพศ หรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย(Psychomotor agitation)

7. ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไปซึ่งเสี่ยงกับการเกิดผลเสียตามมาแสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้เงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำธุรกิจอย่างขาดการพิจารณาหรือสำส่อนทางเพศ

C. ระยะเวลาที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งมีใช้ลักษณะประจำของบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด

D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

E. อาการดังกล่าวไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านกิจกรรมทางสังคม หรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

F. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

หมายเหตุ : หากอาการในระยะไฮโปแมนเนีย(Hypomanic episodes) เพิ่มขึ้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือการบำบัดด้วยไฟฟ้าและยังคงมีอาการมากอย่างต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเป็นผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้น ก็ให้นับว่าเป็นระยะไฮโปแมนเนียได้ แต่หากมีเพียง 1-2 อาการ เช่น หงุดหงิด กังวล หรือกระสับกระส่ายหลังได้รับยาต้านเศร้า ถือว่ายังไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัยว่าเข้ากับระยะไฮโปแมนเนีย และยังไม่ถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3) ภาวะซึมเศร้า(major depressive episode) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ ข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

1. มีอาการซึมเศร้าแทบทั้งวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
  2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากแทบทั้งวัน เกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
  3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจควบคุมอาหาร หรือเพิ่มน้ำหนักขึ้น (เช่น เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นทุกวัน
  4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน
  5. Psychomotor agitation หรือ Retardation แทบทุกวัน
  6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
  7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนควรเกือบทุกวัน
  8. สมาธิอ่านลดลง หรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน
  9. คิดถึงเรื่องการตายซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนกระทำ
- B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหรือเสียหายหน้าที่การงาน ชีวิตในสังคม
- C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้สารเสพติดและเงื่อนไขของยารักษาโรคอื่นๆ

หมายเหตุ : พิจารณาแยกออกจากปฏิกิริยาของความโศกเศร้าเสียใจต่อสูญเสียบุคคลหรือสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (เช่น การเสียญาติมิตร วิกฤตการเงิน ภัยพิบัติ อาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือทุพพลภาพ) ซึ่งอาจมีความรู้สึกโศกเศร้าอย่างรุนแรงของการสูญเสีย การหมกมุ่นในเรื่องการสูญเสียที่เกิดขึ้น อาการนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร คล้ายกับที่พบในระยะซึมเศร้าได้ ซึ่งต้องประกอบการวินิจฉัยจากประวัติแต่ละบุคคลและตามบริบททางวัฒนธรรมนั้น

### แยกตามกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Bipolar I disorder เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5

- A. มีอาการเข้าได้กับ mania (mania episode) อย่างน้อย 1 ครั้ง
- B. อาการไม่ได้เกิดจาก Schizoaffective disorder หรือโรคจิตอื่นๆ

Bipolar II disorder เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5

- A. มีอาการของระยะ hypomania อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีอาการของ Major depressive episode อย่างน้อย 1 ครั้ง
- B. ไม่เคยมีอาการระยะ mania
- C. อาการไม่ได้เกิดจาก Schizoaffective disorder หรือโรคจิตอื่นๆ
- D. อาการของภาวะซึมเศร้า หรือการเปลี่ยนแปลงระหว่างระยะซึมเศร้ากับ hypomania

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2009)

F31 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือมีระดับอารมณ์และพฤติกรรมสองสภาวะขึ้นไปมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนบางครั้งร้ายแรงขยับว่องไว (hypomania หรือ mania) บางครั้งอารมณ์หดหู่เบื่อหน่ายเชื่องช้า (depression) การเป็นซ้ำของเฉพาะภาวะ hypomania หรือ mania เท่านั้น จึงจัดเป็นแบบสองขั้ว คือ ระยะช่วงแมนีและระยะช่วงซึมเศร้า มีรายละเอียดจำแนกย่อย ดังนี้

- F31.0 โรคอารมณ์สองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะ Hypomania
- F31.1 โรคอารมณ์สองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะแมนีโดยไม่มีอาการโรคจิต
- F31.2 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะแมนีและมีอาการโรคจิต
- F31.3 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือปานกลาง
- F31.4 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่มีอาการโรคจิต
- F31.5 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต
- F31.6 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นอารมณ์ปนกัน
- F31.7 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นปกติ เคยมีประวัติอดีตที่เชื่อได้ว่าเคยมี
- F31.8 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบบอื่น
- F31.9 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ระบุรายละเอียด

เกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ DSM-5 มีการอธิบายรายละเอียดทั้งลักษณะอาการและระยะเวลาที่เกิดอาการอย่างชัดเจนในแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) ส่วนในเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ ICD-10 เป็นการวินิจฉัยตามช่วงระยะป่วย (episode) ลงเป็นรหัสโรคตามอาการในปัจจุบัน

ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ICD-10 ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck,1967)และแพทย์พิจารณาเห็นควรเหมาะสมที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

#### 1.4 สาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor) พบว่า สมองมีการทำงานของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ของ Biogenic amines ในช่วงระยะซึมเศร้ามี Norepinephrine function ต่ำ และระยะแมนีมี Norepinephrine function สูง และยังพบรายงานความผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญทางชีวเคมีของสารบางตัว(Biogenic amine) เช่น 5-Hydroxyindoeacetic acid, Homovanillic acid และ 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552 ; Leonard, 2001) ความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ(neuroendocrine) เช่น การทำงานของระบบ hypothalamic pituitary adrenal axis (HPA) ระบบ Thyroid axis และการลดลงของ brain-derived neurotropic growth factor (BDNF) เมื่อประสบภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน(immunological disturbance)(Sadock, 2007 ; กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2551)

1.4.2 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)พบว่าความผิดปกติของพันธุกรรมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าความบกพร่องจากการถูกถ่ายทอดมาคืออะไร โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยหนึ่งคนป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ และการศึกษาในฝาแฝดพบว่าอัตราการป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin หรือ MZ ) เป็น 2-4 เท่าของแฝดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin หรือ DZ)ซึ่งสันนิษฐานว่ายีนที่ทำให้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาจจะอยู่ที่โครโมโซม 5,11,18 และ X (Hamet & Tremblay 2005 ; Mondimore, 2005 ; Boomsma, Van Beijsterveldt & Hudziak, 2005; Kendler , 2006) และจากการศึกษาพบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและโรคซึมเศร้ามียีนที่ซ้อนทับกัน และสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญในโรคทางอารมณ์(Kelsoe,2009 )นอกจากนี้ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้อัตราที่สูงกว่าในประชากรทั่วไป หรือบุตรบุญธรรมซึ่งมีบิดามารดาแท้ๆเป็นโรคนี้อาจมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดามารดาไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้อีก (สมภพ เรืองตระกูล,2556)

1.4.3 ปัจจัยด้านพื้นอารมณ์ (Temperament) จากการศึกษาลักษณะอารมณ์บางอย่าง เช่น Cyclothymia หรือ Dysthymia แบบการเก็บกดวิตกกังวลมีอาการ Neuroticism แบบเจ้าอารมณ์มาก ลักษณะแบบนี้สามารถที่จะถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้ซึ่งส่งผลกับการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

เกิดความขัดแย้งและความเครียดโดยเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งให้เกิดความผิดปกติจนเกิดโรคได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2556; Akiskal, 1994 ; Compas, Connor-Smith & Jaser, 2004)

1.4.4 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor) โดยอธิบายตามสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

1) ด้านสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ชีวิตทางลบ จากประสบการณ์ในชีวิตที่มีความสะเทือนใจและมีภาวะซึมเศร้ามากจนต้องเข้ารับการรักษา กล่าวคือ บุคคลนั้นมีความเปราะบางทางอารมณ์หรือมีพันธุกรรมที่อ่อนแอจนทำให้เกิดโรคได้ โดยภาพเหตุการณ์สะเทือนใจในชีวิตเหล่านั้นจะเป็นตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของในช่วงภาวะเศร้าความผิดปกติมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญมากระตุ้น เช่น การสูญเสียบิดามารดาไปก่อนอายุ 11 ปี ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในอนาคตได้บ่อยที่สุด ส่วนเหตุการณ์ชีวิตในวัยผู้ใหญ่มีภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสีย ได้แก่ สูญเสียคู่ชีวิต คนใกล้ชิด วิธีชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป การไม่มีแรงสนับสนุนทักษะทางสังคมบกร่อง ปัจจัยเหล่านี้เป็นการให้ความหมายแก่การสูญเสีย (Green, Satz & Christenson, 1994 ; Tennant, 2002 ; Kennedy, Abbott & Paykel, 2003) ส่วนการกระตุ้นให้เป็นอาการเมเนียยังไม่ทราบแน่ชัด (Tennant, 2002 ; Paykel, 2003)

2) บุคลิกภาพก่อนการเกิดโรค (Premorbid personality) จากการศึกษพบว่าไม่มีบุคลิกภาพแบบใดแบบหนึ่งที่เป็นการเฉพาะในการชักนำต่อการเกิดช่วงระยะซึมเศร้าแต่ในบุคลิกภาพแบบชนิด Oral-dependent ย้ำคิดย้ำทำ และยึดติดกับบรรทัดฐานทางสังคม เสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม ชนิดหวาดระแวง และชนิดที่คอยผันความเครียดออกสู่ภายนอกตัว (Takata & Takaoka 2000) มหาวิทยาลัย

3) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่าอารมณ์เศร้า (depression) เกิดจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักและหันความโกรธเข้าหาตนเองโดยใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (introjection) มีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองเป็นซึ่งปฏิกิริยาที่แสดงออกอย่างไม่รู้ตัวเมื่อรู้สึกไร้อำนาจ ต้องพึ่งพาหรือสูญเสียความรักในสถานการณ์ที่ไม่สามารถแสดงความโกรธได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการเมเนียหรือคลุ้มคลั่ง (mania) อธิบายว่าเกิดจากการที่บุคคลปฏิเสธหรือต่อต้านกับอารมณ์เศร้า จึงแสดงออกมาในลักษณะที่มีความมั่นใจในตนเองสูงกว่าปกติ และแสดงความไม่เป็นมิตรออกมาสู่บุคคลอื่นๆ (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556; Johnson, 1997; Hines-Martin et al., 2003)

4) ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ตามทฤษฎีด้านการรู้คิด อธิบายว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีกระบวนการคิดที่มุ่งไปในทางลบ มักจะมี Cognitive triad คือ การตีความเรื่องราวที่ระบุถึงการคิดทางลบ 3 ประการ คือ ความคาดหวังที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตเป็นไปในทางลบ และเมื่อเผชิญกับปัญหาจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆจะนำไปสู่



ความคิดลบในแบบอัตโนมัติทันที คือไม่สามารถที่จะยอมรับหรือแก้ไขปัญหานั้นได้ เป็นความรู้สึกในทางลบ การพัฒนาการทางความคิดจะถูกทำลายลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไร้คุณค่า และมีความเศร้ามาก (Beck, 1967; Alford & Beck 1997) ในขณะที่เมื่อผู้ป่วยมีอาการเมเนีย ความคิดอัตโนมัติจะเป็นไปในทางบวก ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงสภาพตามความเป็นจริง ดังนั้นการรักษาในช่วงระยะเมเนียด้วยการบำบัดทางความคิด(cognitive therapy) จึงไม่ค่อยได้ผล

### 1.5 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การบำบัดรักษาของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.5.1 การบำบัดด้วยยา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาว หรือระยะอาการสงบ

1) ระยะเฉียบพลัน(Acute) คือ ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคและเข้าสู่กระบวนการรักษาซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-10 สัปดาห์เน้นการปรับขนาดยาที่เหมาะสม โดยเน้นการปรับขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการตอบสนองด้านการรักษาที่สามารถบรรเทาอาการและการดำเนินของโรค การคำนึงถึงความทนทานต่อการใช้ยาและไม่มีปัญหาผลข้างเคียงจากยา ซึ่งการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลัน มีดังนี้

- ระยะ Manic episode การใช้ยาตัวเดียวตามกลุ่มยาคงสภาพอารมณ์ ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชัก ได้แก่ carbamazepine, valproate, topiramate, lamotrigine กลุ่มยาด้านโรคจิต ในกลุ่มยาใหม่ ได้แก่ olanzapine, riperidone, ziprasidone, quetiapine, aripiprazole และอาจใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam, lorazepam หรือ clonazepam ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบลงและช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (ธวัชชัย ลีพนานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

- ระยะ Depressive episode การใช้ยาตัวเดียวตามกลุ่มยาคงสภาพทางอารมณ์ ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชัก ได้แก่ valproate, carbamazepine, lamotrigine, gabapentin กลุ่มยาด้านโรคจิตในกลุ่มยาใหม่ ได้แก่ olanzapine, quetiapine กลุ่มยาคงสภาพอารมณ์และกลุ่มยาด้านเศร้า ได้แก่ Lithium กับ SSRI เช่น Lithium + tricyclic, Lithium + Fluoxetine และการพิจารณาให้ยาด้านเศร้าในภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน (Acute bipolar depression) อาจมีผลให้ต่อการกระตุ้นให้เกิดอาการเมเนียได้ และหากจำเป็นควรให้ร่วมกับยาควบคุมอารมณ์เสมอ(ธวัชชัย ลีพนานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) ระยะต่อเนื่อง(Continuation) โดยการเริ่มต้นการสิ้นสุดการรักษาระยะเฉียบพลันเป็นการเริ่มต้นการรักษาระยะต่อเนื่อง การมีอาการกำเริบทั้งมีอาการบางอย่างหรือมีอาการครบทั้งหมด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาในระยะนี้ ดังนั้นการรักษาระยะเฉียบพลันจึงยังมีความจำเป็นต้องคงยาในระดับเดิมที่ต่อไปเพื่อป้องกันการกำเริบประมาณ 3-5 เดือนขึ้นอยู่กับอาการตอบสนองต่อการรักษา และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติระยะนี้ เน้นการป้องกันพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษา การปรับลดยาหรือการเพิ่มยาเมื่อยังคงมีอาการอยู่(ธวัชชัย ลิขานานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) โดยเป้าหมายของระยะนี้เพื่อการฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3) ระยะยาว (Maintenance or Prophylaxis)หรือระยะลดอาการสงบจะต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต มีการวางแผนปรับลดยาโดยหลักในการรักษาในระยะยาว นอกจากนี้จะพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการพยากรณ์โรครวมถึงการใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการมากที่สุดในระยะยาวหรือระยะลดอาการสงบ(ธวัชชัย ลิขานานาจ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยเป้าหมายของการป้องกันในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับมาของโรคที่ทวีความรุนแรงขึ้น (recurrence)และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติให้มากที่สุด(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.5.2 การบำบัดด้วยไฟฟ้า(ECT) ถือว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า (Bipolar depression)พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยาด้านเศร้ามามาก่อนร้อยละ 70 ที่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยวิธีนี้ แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดด้วยไฟฟ้าก็ไม่ได้ถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรกในการบำบัดภาวะซึมเศร้า แต่ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาไม่ได้หรือทนกับอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาไม่ได้โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองต่อการรักษาด้วย ECT ไม่ได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการ somatization ร่วมด้วย แต่หลังจากนั้นจะไม่มีผลป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากไม่ได้รับการรักษาบำบัดอย่างต่อเนื่องระยะยาว (long-term maintenance) (ธวัชชัย ลิขานานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

### 1.5.3 การรักษาทางจิต(Psychological treatment)

เป็นการรักษาทางจิตร่วมกับการใช้ยา มีประสิทธิผลที่ดีกว่าการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งการรักษาทางจิตสามารถทำได้หลายวิธี

1) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) โดยหลักการของการรักษาด้วยวิธีนี้เชื่อว่ามาจากความคิดที่ผิดพลาด(cognitive distortion) เช่น คิดในด้านลบ มีทัศนคติในรูปแบบผิดๆ จนเกิดเป็นโทษกับตัวเอง การรักษาคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ไขระบบความคิดที่มีผลเสียต่อตนเอง ซึ่งทำให้รู้สึกซึมเศร้า หดหนทาง มองสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ โดยผู้บำบัดจะร่วมกับผู้ป่วยใน

การค้นหาคำคิดที่เป็นปัญหา วางแผนความคิดใหม่ และนำไปสู่การทดลองปฏิบัติจริงจนผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมได้เหมาะสม (Beck,1967)

## 2) จิตบำบัด (Psychotherapy)

การบำบัดทางจิต เป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพ ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เข้าใจและยอมรับปัญหา สาเหตุของปัญหา และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

จิตบำบัดระยะยาว(Psychoanalytically oriented psychotherapy)มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก แรงผลักดันทางจิตที่มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่มีความกดดันทางจิตใจได้ดีขึ้น

จิตบำบัดแบบประคับประคอง(supportive psychotherapy) มุ่งให้การประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้รักษา ระบายความรู้สึก ระบายความในใจ สร้างกำลังใจ ให้คำแนะนำ เรียนรู้ความเป็นจริง กำหนดขอบเขตการกระทำ ยอมรับความเจ็บป่วยเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจ ที่จะแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทำจิตบำบัดสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลหรือเป็นแบบกลุ่ม (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556)

### 1.5.4 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าอยู่ในลักษณะใดก็ตาม พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และใช้สัมพันธภาพบำบัดเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วยโดยมีหลักการ ดังนี้ การยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่ตำหนิ แต่คอยหาโอกาสและวิธีที่เหมาะสมชี้แนะแนวทางหรือปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจ พยาบาลต้องมีเทคนิคทั้งคำพูดและท่าทีที่แสดงความเห็นใจและความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายปัญหาและความทุกข์ของตน ซึ่งพยาบาลจะต้องรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความสนใจและตั้งใจ ทั้งเทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยรู้ตัว ยอมรับตนเองและปัญหา มีการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม และการป้องกันอันตรายมีความสำคัญซึ่งพยาบาลต้องสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือเสนอให้มีคนดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตา ป้องกันการทำร้ายตนเองโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆที่เป็นอันตรายเป็นอาวุธทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

## 1.6 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.6.1 ผลกระทบของโรคต่อตัวผู้ป่วย จากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าประชากรทั่วไปอยู่ 2-3 เท่า และพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเคยมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายในช่วงชีวิตอย่างน้อย 1 ครั้ง การฆ่าตัวตายเป็นการเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า หรือ Mixed episode (Muller-Oerlinghausen, Berghofer & Bauer, 2002) ส่วนในช่วงแมนีหรือระยะคลุ้มคลั่งจะมีการตัดสินใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ที่ส่งผลเสียต่อตัวเอง เช่น การใช้เงินมากฟุ่มเฟือย ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีโครงการต่างๆลงทุนมากและไม่คิดให้รอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมสำสอน และยังพบอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 60 (Hirschfeld et al., 2003)

1.6.2 ผลกระทบต่อครอบครัว มักพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักมีปัญหาทางจิตสังคม ที่กระทบกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว พบอัตราการหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าญาติหรือคนดูแลจะมีความรู้สึกถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มากกว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นที่ไม่แตกต่างในสองกลุ่มนี้ (Mueser et al., 1996) ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยมี remission นานขึ้นและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.3 ผลกระทบต่อสังคม ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จากความคิดและพฤติกรรม ที่มีแนวโน้มไปสู่พฤติกรรมรุนแรงและการกระทำที่ผิดกฎหมาย สอดคล้องกับการรายงานอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศสหรัฐอเมริกาสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (Quanbeck, Frye & Altshuler, 2003) และในผู้ป่วยมีปัญหาการทำหน้าที่การทำงาน ขาดหรือลางาน ตกงาน ไม่สามารถทำงานต่อได้ (Sajatovic, 2005)

1.6.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากการประเมินภาระต้นทุนของเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในปี ค.ศ. 1991 ในประเทศสหรัฐอเมริกา คำนวณจากความชุกชั่วชีวิตในประชากรร้อยละ 1.3 มีมูลค่า 45,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยเป็นภาระต้นทุนทางตรงจากรักษาพยาบาล และไม่ใช้ค่ารักษา 7,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ คิดเป็นร้อยละ 15.55 และภาระต้นทุนทางอ้อม 38,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งรวมถึงต้นทุนจากการสูญเสียรายได้จากการทำงานประมาณครึ่งหนึ่ง (Wyatt & Henter, 1995) ซึ่งในประเทศไทยจากการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษา พบว่า

การรักษาผู้ป่วย 1 รายให้ได้ประสิทธิผลต้องมีต้นทุนการรักษาประมาณ 72,000-82,000 บาทต่อปี (รัชชัย ลีพพานาจ, สุวรรณมา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2549)

#### 1.7 บทบาทพยาบาลในการผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหลักการที่สำคัญมากในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งในช่วงภาวะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556) ดังนี้

1.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านความคิด (Cognitive) และด้านสรีรวิทยา (Physiological)

1.7.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากรวบรวมข้อมูลการประเมินนำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูญเสียหน้าที่หรือบกพร่องจากการทำงานไม่มีคุณค่าในตนเอง ฯลฯ

#### 1.7.3 การวางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

การวางแผนระยะสั้นมุ่งเน้นที่แผนการดูแลและกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องเร่งปฏิบัติ ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเช่นการป้องกันอันตรายเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในโอกาสการปรับตัวในครอบครัวและสังคม

#### 1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล มุ่งเน้นการใช้ทักษะทางการพยาบาลจิตเวชอย่างเหมาะสม

1) การดูแลความปลอดภัยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและสะดวกสบายให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัยกับตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น

2) ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัด

3) ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

4) ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ

5) พัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกและการฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม

6) การแนะนำแหล่งบริการเมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการพยาบาลต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญพยาบาลต้องสังเกตทบทวนและประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.7.5 การประเมินผล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามที่กำหนดเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และเป็นอย่างไร มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความต้องการ 3 ประการ คือ 1) ความต้องการที่จะทำลายผู้อื่น 2) ความต้องการที่จะให้ตนเองถูกทำลาย และ 3) ความต้องการที่จะตาย ซึ่งพยาบาลต้องพิจารณา และควรให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลและตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติให้การพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse Competencies and Roles) เพื่อกำหนดความชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลใน ขั้นสูงและการพัฒนาบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพที่มีความเป็นสากล ดังนี้

1. มีความสามารถเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
2. มีทักษะด้านการสอนอบรมและการเป็นผู้ให้คำแนะนำความรู้ (education) ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และการเป็นที่ปรึกษา (consultation)
3. มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพเดียวกันและสหวิชาชีพ (collaboration) ที่เกี่ยวข้อง
4. มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)
5. ความสามารถในการเป็นผู้นำและหรือมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
6. พัฒนาคุนภาพการวิจัย การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (researcher)
7. มีบทบาทการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical)
8. มีการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล (evaluation of outcomes)
9. มีการประกันคุณภาพ (quality assurance)

สำหรับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงดังกล่าว นำมาเป็นแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยได้นำหลักการและกระบวนการทางการพยาบาลนำไปสู่การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิง มีการนำทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีเกี่ยวข้อง ในการให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมการให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีการติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ตลอดจนรายงานผลลัพธ์การวิจัยนำไปสู่พยาบาลให้มีคุณภาพ

## 2. ภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ดาร์วอร์ธ ตีฆะปินตา (2556) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อย เมื่อมีการสูญเสีย หรือต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง หรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จะมีการแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึมเศร้า สิ้นหวัง คิดวนเวียน ขาดสมาธิ และอาจส่งผลทางด้านสรีระ เช่น ไม่สนใจตนเอง เบื่ออาหาร อ่อนล้า สมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งโดยปกติบุคคลจะมีความรู้สึกที่เคลื่อนไหวไปมาระหว่างความสุขกับความเศร้า ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการหลักที่จะนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกว่างเปล่า ความไม่คงที่ทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางความคิดและสรีระส่งผลต่อการสูญเสียระบบการทำงานของบุคคลนั้น

Nolen-Hoeksema (1991) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่มาจากการมุ่งความสนใจไปยังอารมณ์ ความคิด หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการตอบสนองอย่างหมกมุ่น ครุ่นคิดต่ออาการ สาเหตุ และผลที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าของตนเอง ส่งผลให้ลักษณะอาการซึมเศร้าของบุคคลคงอยู่ (Perpetuates depressive symptomatology) ดังกล่าวมาจากความคิดทางลบ (Negative thought)

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสรีระวิทยา (Physiological) และพฤติกรรม (Physiological) ทำหิตนเอง ท้อแท้ หดห้วง รู้สึกไร้ค่า มีอัตมโนทัศน์กับความคิดทางลบต่อตนเอง (self) สิ่งแวดล้อมหรือการมองโลก (world) และมองอนาคต (future) ในลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive triad) ความคิดอัตโนมัติทางลบรวมถึงแยกตัวเอง มีสัมพันธ์ภาพลดลง

Segal, Williams, & Teasdale (2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจหดหู่เศร้า ท้อแท้ หดห้วงจนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีสมาธิรู้สึกไร้ค่า และเบื่อชีวิตไปจนถึงอยากตาย ซึ่งความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดังนั้นแสดงให้เห็นภาวะซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันออกไป โดยสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ทางลบ เช่น โศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สุข เบื่อหน่ายท้อแท้ มีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด เช่น มุมมองความคิดทางลบต่อตนเอง (self) ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก (world) และต่ออนาคต (future) รู้สึกล้มเหลว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคมหรือมีสัมพันธ์ภาพลดลง และมีความเบี่ยงเบนทาง

ด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไร้เรี่ยวแรง การนอนหลับผิดปกติ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปในทางเชิงช้าลง(Retardation) หรือกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) สมาธิลดลง สูญเสียแรงขับทางเพศ

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.2.1 ความบกพร่องในการรู้คิดตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive learning theory) สำหรับแนวคิดทฤษฎีการศึกษาของตาม Cognitive model ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น เป็นปฏิกริยาตอบโต้ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในช่วงระหว่างระยะซึมเศร้าและระยะแมนี (Leahy & Beck,1988; Basco &Rush,1996; Lam et al.,2000; Newman et al., 2002) ที่เชื่อมโยงความคิดที่อ่อนแอนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ (Abramson,Alloy, &Metalsky, 1989; Ingram, Miranda & segal, 1998; Segal & Ingram,1994)แสดงให้เห็นว่า Cognitive vulnerability model สามารถทำนายความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า และเป็นเกณฑ์การพัฒนารูดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้าได้(Alloy et al.,2000) มีองค์ประกอบพื้นฐานหลัก 3 ประการ (Beck ,1967) จากรูปแบบปัญญานิยมอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad)มาจากมุมมองด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก (negative view of ongoing experiences or negative view of world) และมุมมองด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) ดังนี้

1.1) มุมมองด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าไร้ความสามารถ เป็นคนที่มีข้อบกพร่อง เป็นคนที่อ่อนแอ และไม่เป็นที่ต้องการของใคร ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จะมองตนเองว่าเป็นที่ไม่ปรารถนา ไม่มีคุณค่าอันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้น มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

1.2) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก (negative view of ongoing experiences or negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทั้งหมดนี้ จะลดคุณค่าของตนเองลงและเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะไม่แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา



1.3) มุมมองด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำนายว่าความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบาก มีความคับข้องใจ และการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไป ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) โครงสร้างทางความคิด (schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงจะกระตุ้นทำให้เกิดความคิดทางลบหรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้เสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิด

3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนได้แก่ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นที่เหลือ (selective abstraction) การคิดและแปลความเกินจริงกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) โดยการรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติของในการทำหน้าที่ของความคิด เช่น มีความคิดเชิงลบ หรือความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีการแปลความหมายของข้อมูลเชิงบวกเป็นเชิงลบอันเป็นผลจากการที่มีโครงสร้างของความคิดในส่วน schemata ในเชิงลบจากการมองสถานการณ์ในทางตรงข้ามกับความเป็นจริง นอกจากนี้การที่บุคคลมีการความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (cognitive distortions) ทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามองเหตุการณ์ และสรุปสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นไปในทางลบจากเหตุการณ์และข้อมูล โดยปราศจากข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอ หรือเป็นการใช้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง และเชื่อในความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงตามความจริงนั้น ซึ่งนำไปสู่การเกิดความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (negative automatic thoughts) ความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่สามารถใช้ในการอธิบายว่าบุคคลตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขาในแง่ของการมองตัวเอง การมองสิ่งต่างๆรอบตัว และการมองอนาคตอย่างไร สิ่งเหล่านี้เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง โลกภายนอก และอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะดำรงไว้ซึ่งการมองตนเองในเชิงลบ หรือการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การคาดหวังสิ่งต่างๆรอบตัวและอนาคตข้างหน้าในเชิงลบ และพิจารณาตนเองว่าไม่มีค่า ผิดหวังอันจะนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการระลึกไว้ในตนเองของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายเนื่องจากพวกเขามองตนเองว่าเป็นคนที่ล้มเหลว การมองตนเองเช่นนี้เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2.2 การครุ่นคิดต่อสถานการณ์ทางลบเป็นความคิดทางลบ โดย Nolen-Hoeksema(1991) อธิบายถึงการสะท้อนความเป็นตัวเอwnั้นเกิดจากการที่บุคคลนั้นตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าทั้งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการของตน การครุ่นคิดเป็นความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ จากการที่บุคคลหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกในเชิงลบของตนเอง และด้วยธรรมชาติของการเกิดขึ้นของความรู้สึกเชิงลบเหล่านี้ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าซึ่งบุคคลที่ใช้การตอบสนองในลักษณะของการครุ่นคิดนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนอารมณ์เชิงลบให้กลายเป็นภาวะซึมเศร้าที่ยาวนานขึ้น รวมทั้งจากกลไกที่อธิบายการเกิดภายใต้ทฤษฎี The Response Styles Theory of Depression กล่าวอีกว่าการครุ่นคิดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทั้งความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดอาการมากขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การครุ่นคิดสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าจากกระบวนการคิดที่นำไปสู่ความทรงจำที่มีความบกพร่อง และเป็นมุมมองทางลบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้น

2) การครุ่นคิดเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการครุ่นคิดนำมาซึ่งความคิดในเชิงลบขยายเพิ่มขึ้น รบกวนกระทบต่อความตั้งใจและสมาธิ

3) ความตั้งใจและสมาธิที่ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้การครุ่นคิดนั้นนำไปสู่การเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมตนเองและความยับยั้งชั่งใจ ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะติดอยู่กับความคิดทางลบ ขาดความยืดหยุ่น และจัดการกับปัญหาความจดจำในการปฏิบัติงานซึ่งมีแนวโน้มแบบอคติเชิงลบ(Beblo et al., 2011) จากความบกพร่องในการควบคุมความยับยั้งชั่งใจของตนเองและนำไปสู่การครุ่นคิดของผู้ป่วยในช่วงระยะซึมเศร้าและระยะแมนี (Ghanavi & Deckerbach, 2012)โดยในภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมีความเบื่อหน่ายท้อแท้ และรู้สึกไม่มีคุณค่า(Cohen et al.,2004) การทำหน้าที่ของกระบวนการรู้คิดเสียไป (Suppes & Dennehy ,2005) สูญเสียความมั่นใจมีพฤติกรรมถดถอย หมกมุ่นครุ่นคิดในอารมณ์ทางลบหรือเหตุการณ์สะเทือนใจ พยายามที่จะฆ่าตัวตายและพบร้อยละ 10-20 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย(ธวัชชัย ลีพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2549)และถ้าปล่อยให้มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Morgan et al., 2005) ส่งผลกับหน้าที่การงาน ครอบครัวและชีวิตทางสังคม (Calabrese et at., 2004)

2.2.3 ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์โดยทั่วไปเมื่อเกิดสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น บุคคลมักจะเกิดความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆโดยเข้าใจว่าความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ โดยความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมาได้รับอิทธิพลจากแบบแผนความคิดของบุคคลนั้นที่มีต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นความคิดในแบบแผนใดความคิดที่สำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบที่เชื่อมโยงภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมที่แสดงถึงความทุกข์นำไปสู่ปัญหา คือแบบแผนความคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (Automatic

Thoughts) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันอยู่ตลอดเวลาเป็นความคิดที่มาอย่างรวดเร็ว และมักคงอยู่ชั่วเวลาสั้นๆ จากความคิดจะเชื่อมโยงกับอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งความคิดมีทั้งด้านบวกและด้านลบ และเป็นความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ คือ บิดเบือนไปจากความจริงมักจะเชื่อมโยงให้เกิดอารมณ์และหรือพฤติกรรมที่รุนแรงและไม่เป็นประโยชน์ด้วย ได้แก่ คิดแบบสุดโต่งหรือสุดขั้ว (All or Nothing Thinking) คิดทางร้าย(Catastrophizing) ไม่ยอมรับด้านบวก (Discounting the Positive) ใช้อารมณ์นำไปการคิดหาเหตุผล (Emotional Reasoning) ตีตรา(Labeling) ขยายความให้มาก/น้อยเกินจริง Magnification /Minimization) การคัดกรองทางความคิด (Mental Filter) การอ่านใจ (Mind Reading) การขยายความครอบคลุมเกินไป (Overgeneralization) ควรจะน่าจะทำ/ต้อง (Should/Must) เป็นต้น จึงนำไปสู่แนวความคิดการบำบัดรักษา(Alford & Beck, 1998)

2.2.4 รูปแบบความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ (unhelpful thought patterns) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัว และบุคลิกภาพ รากฐานของรูปแบบความคิดที่ส่งผลกับอารมณ์และพฤติกรรม นั้นเรียกว่า แก่นความเชื่อ (core belief) โดยมาจากการสั่งสมและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตั้งแต่วัยช่วงวัยเด็กพัฒนาเป็นรูปแบบความเข้าใจของตนเอง และเป็นมุมมองต่อตนเอง สังคม และโลก (schema) เมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์จะเกิดความคิดอัตโนมัติที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (automatic thought) และมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามความคิดความเชื่อของตนเอง(Beck,2011)

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดทางลบในลักษณะหมกมุ่นครุ่นคิด เป็นความคิดที่อ่อนแอและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่และดำเนินต่อไป การนำแนวคิดการฝึกสติผ่านการทำสมาธิสามารถช่วยส่งเสริมให้ตระหนักรู้ให้อยู่ ณ ขณะปัจจุบัน เสมือนการเบี่ยงเบนความคิดและอารมณ์ให้มารู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมสติให้ตระหนักรู้ขึ้นเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองในกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 2.3 อาการของภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ในการวิจัยนี้ใช้แนวคิดและความหมายภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค (Beck, 1967) ดังนั้นอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าสรุปได้ ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์(Mood symptoms) ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกของบุคคลหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเหตุผลจากความรู้สึกโดยตรง มีการแสดงออกในลักษณะต่างๆ โดยมีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ ซึมเศร้า ไม่มีชีวิตชีวาไม่สดชื่นแจ่มใส ชีวิตไม่มีความสุข รู้สึกโดดเดี่ยว หมุดก้ำกัใจ อารมณ์หงุดหงิด

ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิดบาป ไร้ค่า ไม่อยากทำอะไรบางครั้ง อาจมีวิตกกังวล หงุดหงิดร่วมด้วย

2. อาการแสดงออกทางด้านความคิด(Cognitive symptoms) เป็นความคิดทางด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ตามแนวคิดของ Beck(1967) ในด้านความคิดต่อตนเองมีความรู้สึกที่ตนเองไร้ประสิทธิภาพ ต่ำหัตติเตียนโทษตนเอง มองตนเองว่าบกพร่อง มีความยากลำบากในการตัดสินใจและขาดความเชื่อมั่น มีความคิดซ้ำๆ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น มองความรู้สึกคุณค่าตนเองต่ำต้อย คิดว่าตนเองทำอะไรผิดพลาดล้มเหลว ไม่สำเร็จ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง คิดถึงปัญหาและอุปสรรคมากมายขอตนเองที่ไม่สามารถแก้ไขได้ รู้สึกไม่พอใจในตนเอง ถ้ามีอาการรุนแรงทำให้คิดฆ่าตัวตายได้ ความคิดทางด้านลบต่อโลก คือ มีความคิดถึงอุปสรรคของตนเองและแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานใจ รู้สึกว่าถูกใส่ร้ายจากบุคคลรอบข้างเป็นประจำความคิดทางด้านลบต่ออนาคต คือ คิดว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปอย่างไม่มีสิ้นสุด มองอนาคตว่า จะมีความยุ่งยากไม่มีที่สิ้นสุดไม่สามารถผ่านไปได้ ทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังต่ออนาคต

3. อาการแสดงเกี่ยวกับแรงจูงใจ (symptoms Lack of motivation) เป็นอาการแสดงออกถึงความสูญเสียแรงจูงใจ ขาดสิ่งกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่มขาดพลังใจที่จะทำงานต่างๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้

4. อาการแสดงด้านร่างกาย(Vegetative symptoms) และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ความอยากรับประทานอาหารลดลง เบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมากกว่าปกติ น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างมากรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงทั้งวัน ไม่มีความสนใจทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงเบื่อหน่าย

5. อาการแสดงทางสัมพันธภาพ (Interpersonal symptoms) กับบุคคลอื่นลดลง ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง ไม่ต้องการอยู่ร่วมกับบุคคลจะมีปัญหาสัมพันธภาพชอบแยกตัวไม่เข้าสังคม ไม่พยายามสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัว หลีกหนีจากสังคม

การแสดงอาการทางภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลากหลายสาเหตุปัจจัย และบุคคลที่ต้องเจอกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน และการแสดงอาการภาวะซึมเศร้าออกมาในแต่ละคนก็จะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป

### ระดับภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1967) กล่าวถึง อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในด้านอารมณ์ ด้านปัญญาหรือความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย ซึ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในแต่ละข้อคำถามมีดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal depression) ในการศึกษาของ Beck (1967) ไม่ระบุรายละเอียดลักษณะของระดับปกติ แต่พบว่าผู้ที่ไม่มีการซึมเศร้าหรือปกตินั้น ตอบคำถามว่ามีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุขเป็นบางครั้งร้อยละ 23 ผู้ที่ไม่มีการซึมเศร้ารู้สึกตนเองเป็นบางครั้งร้อยละ 37 และมีความรู้สึกไม่พอใจบางครั้งร้อยละ 35 (Beck, 1967)

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส (blue or sad) มีอารมณ์เศร้า เหงาแบบชั่วคราว บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบ้างหรือบางครั้งไม่มีเหตุผลใดๆ มักจะมีการเปรียบเทียบตัวเองกับบุคคลอื่น เริ่มรู้สึกไม่ชอบตนเอง ความตั้งใจในการทำงานที่ลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป เช่น หลับยากกว่าปกติ มีความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ กลัวตัดสินใจผิดพลาด

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) อาการในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์ มีอารมณ์เศร้ามากขึ้น รู้สึกไม่มีความสุข มักตำหนิโทษตนเอง รู้สึกตนเองด้อยค่า เป็นคนไม่มีความสามารถ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี และไม่มี ความภูมิใจในตนเอง หงุดหงิด และโกรธง่ายร้องไห้ อ่อนไหวง่าย บางครั้งมีวิตกกังวล ขาดสมาธิ มีความคิดลังเล อาจมีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง มีอาการแสดงออกทางกาย เช่น อาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร มีความต้องการอยากรับประทานอาหารลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจดูแลตนเอง มีการเคลื่อนไหวช้าลง บางคนจะมีความกระวนกระวายกระสับกระส่าย ย้ำคิดย้ำทำ การพูดลำบากร บางครั้งไม่พูดขาดความมั่นใจในตนเอง การตัดสินใจมีความลำบากแม้ในเรื่องเล็กน้อย เริ่มมีการแยกตัวออกจากสังคมและไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้าอยู่นาน เป็นเกือบตลอดเวลา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกเศร้ามาก สิ้นหวัง ทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มักจะถูกหรือโทษตนเอง คิดว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีการเคลื่อนไหวลดลง การพูดช้าหรือเงียบไม่พูด บางรายอาจมีผุดลุกผุดนั่ง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง (loss contact with reality) แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อย

อ่อนเพลียตลอดเวลา มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย จากความคิดหลงผิดหรืออาจมีอาการประสาทหลอน

สรุปว่าภาวะซึมเศร้ามีระดับอาการแสดงตั้งแต่ปกติจนถึงเข้าสู่ระดับที่มีความรุนแรง ซึ่งหากภาวะซึมเศร้าเป็นมากขึ้น อาการและการแสดงออกก็จะมากขึ้นตามไปด้วยซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัว สังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงอาการและการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การดูแลให้การพยาบาลและการรักษาอย่างเหมาะสมตามปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อระดับให้มีการดำเนินไปของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละบุคคล

## 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 2.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พยาธิสภาพทางสมองและสารเคมีในสมองไม่สมดุล อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสารเคมีของสมองโดยมีความผิดปกติของ monoamine metabolism ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของ Norepinephrine Serotonin และ dopamine ซึ่งเป็นข้อสันนิษฐานในการเกิดโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบความผิดปกติเกิดจากกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทของสมองที่บริเวณ Pre-synaptic neuron มีความผิดปกติพบว่ามีปริมาณสารสื่อประสาทสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยเฉพาะ Serotonin ในช่องว่างระหว่างการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท (synaptic cleft) ลดลง ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Zhang et al., 2009; Risch et al., 2009) และความผิดปกติจากการหลั่งฮอร์โมนของต่อมหมวกไตที่ชื่อ คอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเชื่อมโยงกับฮอร์โมนการทำงานของต่อมใต้สมอง คือ Corticotropin-Releasing Hormone or CRH เรียกวางจรนี้ว่า Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) ผลของความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol จากวงจร HPA Axis มีการแสดงออกในเรื่องความอยากอาหารลดลง (Anorexia) หรือกินอาหารมากขึ้น (Hyperphagia or Overeating) การนอนหลับผิดปกติ เช่น นอนมาก (Hypersomnia) หรือนอนไม่หลับ (Insomnia) นำไปสู่การเจ็บป่วยและการรักษา (Watson et al., 2004; Barden, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับของฮอร์โมนนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) อยู่ในระดับต่ำ และมีระดับของโดปามีน (dopamine) ต่ำลง หรือมีความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลาย โซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำของวัน และโรคนี้มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมค่อนข้างสูง (มานิช หล่อตระกูล, 2548 ; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556 ; Sadock & Sadock, 2007)

2) กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) และความผิดปกติชนิดซึมเศร้าเป็นหลัก (major depression) มีความเกี่ยวข้อง ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และโรคทางอารมณ์ที่เป็นซ้ำมักพบว่ามีอาการเจ็บป่วยในเครือญาติด้วยกัน มีอัตราเสี่ยงเป็น 2-3 เท่าของคนทั่วไป (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556) และพบได้บ่อยในผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงกว่าประชากรทั่วไป (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

2.4.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่งผลกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมี ดังนี้

1) ด้านสิ่งแวดล้อม และการประสบเหตุการณ์ชีวิตทางลบ จากลักษณะทางกายภาพ สภาพแวดล้อม และทางสังคม มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ปัญหาทางด้านการปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเรียน ปัญหาการเงิน ปัญหาความเจ็บป่วย หรือปัญหาทางด้านความรัก ส่งผลให้มีความล้มเหลวในชีวิต เป็นภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต จากหลากหลายสถานการณ์ร่วมกันถือว่าเป็นสิ่งเร้า (stimuli) ที่เข้ามาคุกคาม ภาวะสมดุลของบุคคล และระดับความรุนแรงของสถานการณ์และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก็มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามา โดยผู้ที่สามารถปรับตัวได้กับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นมาคุกคามจะสามารถก้าวผ่านวิกฤตได้ และตรงข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด ล้มเหลว รู้สึกผิด ไร้ค่า และเป็นภาระทางสังคม หวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัว และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (สายฝน เอกวรังกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2558 ; Ellicott et al., 2001 ; Kessler, 1997 ; Kauer-Sant'Anna, 2007) รวมถึงความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น การแก้ปัญหาหน้าที่การทำงาน และมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเชิงลบส่งผลทางด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามมา (Rosa et al., 2010; Chand et al., 2004; Michalak et al., 2005)

2) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ คือ Sigmund Freud (1856-1939) และเป็นที่ยอมรับในวงการจิตเวชศาสตร์ ในระยะแรกเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ทุกคนมีความหมาย และการกระทำของมนุษย์มีพลังจิตส่วนหนึ่งผลักดันให้กระทำ และประสบการณ์ในช่วงวัยต้นของชีวิตเป็นสิ่งฝังในจิตใจมีผลให้แสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา หลักการแนวคิดในการเข้าใจมนุษย์มี 3 ประการ (Freud & Bonaparte, 1954) ดังนี้

2.1) ระดับของจิตใจ (Level of Mind) เป็นระดับของความรู้สึกตัวของมนุษย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

- ระดับจิตสำนึก (Conscious level) เป็นระดับจิตใจที่มนุษย์ยังรู้สึกตัวมีพฤติกรรมและการแสดงออกอย่างรู้ตัวและมีสติควบคุมอยู่

- ระดับจิตใต้สำนึก (Subconscious level) เป็นระดับจิตใจที่อยู่ในระดับกึ่งรับรู้และไม่รับรู้ อยู่ระดับใต้จิตสำนึกซึ่งต้องใช้เวลาและเหตุการณ์กระตุ้นในการระลึกได้

- ระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious level) เป็นระดับจิตใจอยู่ในส่วนลึกเกินกว่าจะนึกถึงได้ในระดับจิตสำนึกธรรมดา ซึ่งบุคคลจะเก็บซ่อนประสบการณ์ไม่ดีและเลวร้ายในชีวิตของตนที่ผ่านมาโดยไม่รู้ตัวในจิตไร้สำนึกนั้น โดยกลไกทางจิตแบบจิตไร้สำนึกของมนุษย์ที่แสดงออกมา ได้แก่ การเก็บกด(repression) การปฏิเสธ(denial) การถดถอย(regression) การหาเหตุผล(rationalization) การไม่กระทำ(undoing) หรือทำตรงข้ามกับความรู้สึก(reaction formation) การโทษผู้อื่น (projection) การแยกตัว (isolation) ฯลฯ ซึ่งสามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เกิดขึ้นมาจากกลไกทางจิตชนิดที่คอยหันเอาความโกรธกลับเข้ามาสู่ตนเอง(introjection)นำมาสู่ช่วงภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อบุคคลนั้นต้องสูญเสียสิ่งที่ตนเองรัก แม้เหตุการณ์สูญเสียนั้นจะเกิดขึ้นจริง(in reality)หรือมาจากจินตนาการ(fantasy)ว่าตนเองสูญเสียก็ตาม เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการยอมรับและโกรธต่อสิ่งที่สูญเสียไป (ambivalent) เพื่อป้องกันความสะเทือนใจนั้นจากจิตไร้สำนึก และเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (depression) เกิดจากปฏิกิริยาที่แสดงออกโดยไม่รู้ตัว เมื่อรู้สึกสูญเสียอำนาจ อยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาหรือสูญเสียความรัก ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถแสดงความโกรธออกมา และในด้านเมเนีย เชื่อว่า เป็นผลมาจากกลไกการป้องกันตนเอง (defense or counteractions) จากความรู้สึกซึมเศร้านั้น (depression) (Johnson, 1997; Hines-Martin et al., 2003; Davanzo et al., 2003)

2.2) โครงสร้างของจิตใจหรือบุคลิกภาพ(Structure of Mind/ Personality) อธิบายการทำงานของจิตในระบบบุคลิกภาพ 3 ระบบ คือ อิด(id) เป็นสัญชาตญาณแห่งการแสวงหาความสุขและความพึงพอใจให้กับตนเอง และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดทุกข์ พบว่าทารกในช่วงขวบปีแรกซึ่งยังไม่ได้รับการขัดเกลา จะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ไม่ได้รับการตอบสนอง ไม่รู้จักรอคอย ไม่รู้จักเหตุผลที่เป็นจริง และยังไม่สามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงได้ และเมื่อเด็กอายุ 2 ขวบขึ้นไป เด็กจะพัฒนาความเป็นตัวตนในสภาพที่เป็นจริง เรียกว่า อีโก (Ego) ที่จะสามารถเริ่มรู้จักการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ และเมื่อเด็กอายุ 3-6 ปี เข้าสู่ระบบควบคุมพฤติกรรมที่เรียกว่า ซูเปอร์อีโก(Superego) พัฒนามาจากการเรียนรู้จากบิดามารดาในเรื่อง



ความดี ความชั่ว มโนธรรม และการทำตามอุดมคติแห่งตน(Ego-ideal) จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง

2.3) การพัฒนาทางบุคลิกภาพ (Psychosexual Development) เชื่อว่าการพัฒนาบุคลิกภาพในช่วงระยะ Oral sadistic ทารกจะเกิดหลงรักตนเองซึ่งเรียกว่า infantile narcissism ถ้ามีเหตุการณ์ความผิดหวังจนเกิดเป็นบาดแผลทางใจ เรียกว่า infantile trauma เป็นการเกิดความเศร้าครั้งแรกในชีวิต เรียกว่า ภาวะเศร้าปฐมภาพ (primal depression) หากไม่ได้รับการแก้ไขทารกจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจในวัยต่อไป(สุชาติ พหลภาคย์, 2542) และทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของเด็กในช่วงอายุ 6 ปีแรก จำเป็นที่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม หากเด็กได้รับความคับข้องใจหรือประสบเหตุการณ์ที่เลวร้าย มีผลเสียถึงการพัฒนาบุคลิกภาพและไม่สามารถชดเชยได้อีก(อรพรรณ ลือบุญวัชชัย,2556)

3) ทฤษฎีด้านการรู้คิดหรือทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) พัฒนาโดย Aron Beck (1967) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้ามาจากแบบแผนทางความคิดขยายจนเกิดเป็นอารมณ์ความเศร้าได้ง่าย จากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเองทำร้ายตนเอง และระบุงการคิดทางลบเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความจริง 3 ประการ (Cognitive triad) คือ ความคาดหวังที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตเป็นไปในทางลบ มีความรู้สึกในทางลบ พัฒนาการทางความคิดถูกทำลายลง ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง ต่ำต้อยด้อยค่าและเศร้ามาก (Beck ,1967;1996) ซึ่งเมื่อบุคคลมีความคิดและการรับรู้ในทางลบ บุคคลจะแยกตัวเอง ครุ่นคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ในทางลบ ซึมเศร้า หดหู่ ลักษณะความคิด การรับรู้ และอารมณ์ดังกล่าวดำเนินเป็นวงจร และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า(Beck,Steer,& Garbin,1988) การหมกมุ่นครุ่นคิด(rumination) จึงเป็นความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นซ้ำๆจากการที่บุคคลขยายความรู้สึกในเชิงลบของตนเพิ่มขึ้น และธรรมชาติของการเกิดขึ้นของความรู้สึกเชิงลบเหล่านี้ก่อให้เกิดความซึมเศร้าตามมา(Nolen-Hoeksema,1991) นอกจากนี้จากการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีแรงจูงใจ ผลักดันตนเอง และตั้งความคาดหวังที่สูงกับเป้าหมายของตน และความต้องการที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการหมกมุ่น คิดวนเวียนอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการนั้น (Lozano & Johnson, 2001 ; Alloy et al., 2005; Miklowitz, 2010)

สรุปจากการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ 1)ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น สารเคมีในสมองไม่สมดุล พยาธิสภาพของสมอง และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และ 2)ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม การประสบเหตุการณ์ชีวิตทางลบ ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองจากกลไกทางจิตและพัฒนาการในช่วงวัยเด็กบกพร่อง และทฤษฎีด้านการรู้คิด

หรือทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่ามาจากการรับรู้และการแปลความหมายต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ เป็นไปในทางลบ ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้านั้นมีมุมมองที่เป็นลบทั้งต่อตนเอง(self) การมองโลก (world) และมองอนาคต(future) กระบวนการรวบรวมข้อมูลจากความความคิดที่บิดเบือนไป (cognitive distortions) สะสมจนกลายเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck,1967) ดังนั้นเพื่อลด ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและสนับสนุนทางด้าน จิตสังคมควบคู่กับการรักษาที่ได้รับเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนการประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางาน บริการและงานวิจัยมีอยู่ 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

### 2.5.1 การประเมินโดยใช้วิธีการสังเกตโดยผู้วิจัยทำแบบประเมิน

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (1960) เรียกว่า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นเครื่องมือที่ใช้มากในวงการจิตเวชของไทย สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 โดย Max Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ และต่อมาได้มีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1967 ให้มีความกระชับขึ้น โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เน้นการประเมินทางด้านอารมณ์ซึมเศร้า(Depressed Affect) อาการสุขภาพทั่วไป(Vegetative Symptoms) เช่น ความผิดปกติของการพักผ่อนนอนหลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ความวิตกกังวล(Anxiety) กระวนกระวาย(Agitation) และความตระหนักรู้ (Insight) โดยแบบ ประเมินนี้มีค่าความตรงของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.80 – 0.90 และค่าเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.65-0.90 ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้ง 15 นาที ในประเทศไทยมีการนำมาใช้และพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ(กรมสุขภาพจิต, 2545) ซึ่งข้อดีของประเมินนี้ คือ มีจำนวนข้อคำถาม ไม่มากและง่ายต่อการทำ ใช้เวลาไม่นาน มีความแม่นยำในการวัดความเปลี่ยนแปลงของโรคสูงและ สามารถใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความ เจ็บป่วยทางกาย วัยรุ่น และผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่มีความหลากหลายในวัฒนธรรม ซึ่งจัดว่าเป็น เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แต่ในการใช้แบบประเมินนี้ ผู้ที่ประเมินต้องมีทักษะความชำนาญในการสังเกตและการตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ประกอบแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินอาการของ ผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ซึ่งทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยครั้ง

2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างมาจาก แนวคิดของ Stuart Montgomery & Marie Asberg สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1979 เป็นแบบประเมินความ รุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความไวและความเที่ยงตรงสูงต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เทียบเท่า

HDRS จึงได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยโรคซึมเศร้าทางคลินิกระดับชาติ(Montgomery & Asberg, 1979) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS ฉบับภาษาไทย พัฒนาขึ้นโดย รณชัย คงสกนธ์และคณะ ประกอบด้วย 10 ข้อ พบว่ามีความถูกต้องของเนื้อหาอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คือ 0.6-1.0 และมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี คือ 0.4-0.6 มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ 0.8048 ซึ่งแบบประเมินนี้ต้องใช้ประกอบการสัมภาษณ์และการสังเกตร่วมกันเพื่อให้ได้ผลที่สมบูรณ์ (รณชัย คงสกนธ์และอวยชัย โรจนนรินทร์กิจ, 2546 )

**2.5.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง** ซึ่งนิยมนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยเนื่องจากเป็นการประหยัดเวลา ในการเก็บ ข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้มีตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (1965) เรียกว่า Zung Self - Rating Depression Scale (Zung SDS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมถึงอาการ เจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินประกอบด้วยด้านอารมณ์ ความรู้สึก การนึกคิด พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อแบ่งข้อความด้านบวก 10 ข้อและด้านลบ 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ แต่เดิมแบบ ประเมินนี้นิยมนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าในกลุ่มวัยอื่นๆ และในระยะหลังไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร่ายังไม่ครอบคลุมและดีเท่าที่ควร โดยข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่แสดงให้เห็น ได้ง่ายในช่วงสั้นๆ(พรพรรณ สุดใจ, 2552)

2) แบบประเมินระดับชาติวิทยาของภาวะซึมเศร้า ( Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 (Radloff,1977).ซึ่งปรับปรุงมาจาก Zung Self-Rating Depression Scale ใช้เพื่อประเมินความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมี 20 ข้อคำถามมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มใหญ่ได้ในประเทศไทยมีการนำมาใช้และพัฒนาโดยอุมาพร ตรังสมบัติและคณะ (กรมสุขภาพจิต, 2545) แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85-0.90 ใช้เวลาในการประเมิน 5-10 นาที ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถประเมินรวดเร็วใช้น้อย และใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อด้อย คือ ข้อคำถามยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์วัดของสมาคม จิตแพทย์อเมริกา(DSM IV) ในเรื่องอารมณ์ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด ความคิดฆ่าตัวตาย และ อาการทางด้านร่างกาย

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ( Beck Depression Inventory :BDI ) สร้างขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ปี 1961 (Beck et al.,1961) สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และวัยรุ่น ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อและอาการทางด้าน

ร่างกาย 6 ข้อ แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรง ( $R = 0.86$ ) การตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Beck, 1967) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์(2522) หลังจากนั้นในปี 1978 ได้มีการปรับปรุงครั้ง 1 คือ BDI-IA (Beck Depression Inventory) ที่มีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับดังนี้

0 – 9 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ
10 – 15 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
16 – 19 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
20 – 29 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30 – 63 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หลังจากนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปี 1996 มีการปรับปรุงเป็นครั้งที่ 2 และนำเสนอเป็นฉบับใหม่ที่มีชื่อว่า BDI-II(Beck Depression Inventory-II ) ที่สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์ฉบับที่ 4(DSM-IV) ซึ่งแบบฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยอัจฉรา มุ่งพานิช (2551) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 21 ข้อมี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.71 แต่ไม่เป็นที่นิยมเนื่องอยู่ระหว่างการทดลองนำไปใช้และมีค่าลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้ (กรมสุขภาพจิต, 2555 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556)

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI (Beck, 1967) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และเป็นที่ยอมรับทั้งในกลุ่มวิชาการและในการปฏิบัติงานอย่างแพร่หลายว่ามีประสิทธิภาพสูงในการคัดกรองความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวัดค่ามีความละเอียดอ่อนและความไวสูงสำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรงและรุนแรงมาก เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถาม BDI มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) จากการหาค่าความตรงภายในโดยวิธี Split-half reliability ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และมีค่าความคงที่ภายในเท่ากับ 0.91 ประกอบกับสอดคล้องกับแนวคิดในงานวิจัยที่เน้นการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Therapy) รวมกับการฝึกสติ(mindfulness-based) จากปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

### 3. ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ

#### 3.1 ความรู้เรื่องการเจริญสติ

MBCT (mindfulness-based cognitive therapy) มีเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ อยู่ ณ ปัจจุบัน โดยใช้การฝึกสติเป็นหลักสำคัญ โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับการฝึกด้วยวิธีต่างๆอย่างเข้มข้น ให้เกิดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นความสนใจให้อยู่กับปัจจุบัน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) เป็นการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดมาจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1967)

#### ความหมายของสติ

สติ หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตัวต่อหน้าที่ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้สิ่งต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องและตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆอย่างไร สติเป็นตัวควบคุมตรวจตรากระแสการรับรู้ความนึกคิดและพฤติกรรมทุกอย่างให้อยู่ในแนวทางที่ต้องการคอยกำกับจิตไว้กับอารมณ์ที่ต้องการ ไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย หรือให้ผ่านไปเรื่อยเปื่อยหรือพุ่งชนหลงไปในอารมณ์ต่างๆแต่คอยเฝ้าระวัง เหมือนจับตาอารมณ์ที่ผ่านมาแต่ละอย่าง มุ่งหน้าเข้าหาอารมณ์นั้นๆเมื่อต้องการกำหนดอารมณ์ใดแล้ว ก็เข้าจับคู่ติดๆไปไม่ยอมให้คลายหาย คือ นึกถึงหรือระลึกไว้เสมอ ไม่ยอมให้หลงลืม ในพุทธธรรมได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สติ ไม่ได้มีความหมายตรงกับความจริงอย่างเดียว แต่เป็นการระลึกได้ จำได้ (Recollection หรือ Remembrance) ซึ่งเป็นอาการแสดงออกของความจำ ก็เป็นความหมายในแง่หนึ่งของสติด้วย (พระธรรมปิฎก ป.อ.ปยุตฺโต, 2546)

สติ หมายถึง การเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมาย อยู่ที่ขณะปัจจุบัน โดยไม่มีการตัดสินเป็นวิธีการมองอย่างลึกเข้าไปในความเป็นตัวตน และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ สติเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจ และการเยียวยาสติเพิ่มพลังแห่งความเป็นอิสระในระบบการคิดเป็นความจริงที่ว่าเมื่อบุคคลเริ่มที่จะใส่ใจตระหนักรู้เพิ่มมากขึ้น มองเห็นความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆรอบตัวจะเปลี่ยนไปบุคคลจึงเห็นรายละเอียดของสิ่งต่างๆมากขึ้นแตกต่างจากเดิม ซึ่งแนวคิดในมุมมองทางตะวันตกของ จอห์น กาบัตซิน (Kabat-Zinn, 1990) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์สมัยใหม่ หรือแบบตะวันตก ที่ศึกษาแนวคิดปรัชญาของศาสนาพุทธอย่างลึกซึ้งโดยพยายามผสมผสานหลักการของสติหรือ Mindfulness ตามแนวคิดทางพุทธศาสนาเข้ากับจิตวิทยาทางตะวันตกให้ออกมาจากในรูปของความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นที่ยอมรับ ในโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction or MBSR Program)

สติ หมายถึง ความระลึกได้ ช่วยให้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน ยอมรับความจริง เข้าถึงปัญหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นทักษะสำคัญของการเจริญสติ และการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

สติ หมายถึง การสะท้อนแสดงให้เห็นถึงสภาวะที่สำคัญ คือ มีความตระหนักรู้ (Awareness) และความใส่ใจ (Attention) ที่บุคคลนั้นอยู่ ณ ปัจจุบันขณะ โดยไม่หมกมุ่นไปกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความต้องการเพียงชั่วแล่น การหมกมุ่นในความทรงจำจินตนาการ วางแผนการ ความวิตกกังวล หรือพฤติกรรมตอบสนองอย่างอัตโนมัติโดยปราศจากการตระหนักรู้ถึงการกระทำของตนเอง ซึ่งมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับตรวจจับระดับของการมีสติ (Brown & Ryan, 2003)

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่านิยามของสตินั้น มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันออกไป โดยสรุปได้ว่า สติ คือ ความระลึกได้มีความตระหนักรู้ (Awareness) และความใส่ใจ (Attention) ในขณะปัจจุบัน ยอมรับความจริงโดยไม่มีการตัดสิน เป็นอิสระจากความคิด ทำให้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริง และสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### แนวทางตามหลักอานาปานสติตามพระพุทธศาสนา

การฝึกอานาปานสติเป็นการเริ่มต้นของการดำเนินตามหลักสติปัฏฐานสี่ ประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550)

1. กายานุปัสสนา การมีสติรู้อยู่บนฐานของร่างกายโดยเฉพาะลมหายใจ ต้องศึกษาจนรู้จักธรรมชาติของลมหายใจทุกอย่างทุกชนิดอย่างถ่องแท้ชัดเจน
2. เวทนานุปัสสนาภาวนา การมีสติระลึกถึงในเรื่องของเวทนาที่มาปรุงแต่งจิต มีทั้งสุขเวทนา และทุกขเวทนา กล่าวคือ ความรู้สึกสุขก็ดี ทุกข์ก็ดี เฉยๆก็ดี ให้รู้ชัดตามที่เป็นจริงขณะนั้น รู้ทุกอย่างขณะที่รู้ลมหายใจเข้าออกนำไปสู่จิตที่สงบ มีการกำหนดปิติ กำหนดสุข กำหนดจิตตสังขาร และการทำให้จิตสังขาร หรือเวทนายาระงับ ในสภาวะจิตสงบ
3. จิตตานุปัสสนาภาวนา การมีสติเรียนรู้ศึกษาธรรมชาติของจิต ระลึกถึงถึงลักษณะอาการทางจิตใจที่แสดงถึงความรัก ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความฟุ้งซ่าน ความเพลิน ฯลฯ แล้วดึงจิตกลับมาสู่สภาวะความสงบ มีความตั้งมั่น มั่นคง จิตที่เบิกบานเป็นอิสระจากความยึดมั่นถือมั่น
4. อัมมานุปัสสนาภาวนา การมีสติระลึกถึงในความไม่เที่ยง(อนิจจัง)ตามกฎของธรรมชาติ กฎของไตรลักษณ์ กฎที่ปปัจจยตา จนประจักษ์แจ้งในความจริงของธรรมชาติ แล้วจิตจะจางคลายจากความยึดมั่นถือมั่น จนถึงที่สุด คือ ดับเสียซึ่งความยึดมั่นถือมั่น (อุปาทาน) ในสิ่งทั้งปวงมีจิตที่เป็นอิสระมีความสุขสงบเย็นอยู่ด้วยสุญญาตาวิหาร (ปฏิบัติอยู่ทุกขณะที่หายใจเข้าและหายใจออก)

การฝึกอานาปานสติตามแนวทางพุทธศาสนาเป็นการกำหนดรู้ที่ลมหายใจและจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของภาคปฏิบัติเบื้องต้นของการฝึกจิต และในอภิมมัตถสังคหบาลี แสดงให้เห็นว่า อานาปานสติจัดเป็นพื้นฐานของกรรมฐานทั้งหมดและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และคำว่า “อานาปานสติ” มีความหมายดังนี้

อาน	หมายถึง	ลมหายใจเข้า (breathing in)
ปาน/อปาน	หมายถึง	ลมหายใจออก (breathing out)
สติ	หมายถึง	ความระลึก (mindfulness)

ดังนั้น อานาปานสติ จึงหมายถึง การระลึกอยู่ที่ลมหายใจเข้า-ออก (mindfulness of breathing in and out)(จำลอง ดิษณวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

อานาปานสติจึงเป็นแนวทางการฝึกสมาธิในรูปแบบหนึ่ง โดยมีสติจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจที่สัมผัสกระทบปลายจมูก รับรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกของตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จิตมีความแน่วแน่ ตั้งมั่น และจะทำให้ร่างกายผ่อนคลายและสงบ

แนวทางสติและการฝึกสติ(Mindfulness-Based) มีการศึกษานำรากฐานมาจากวัฒนธรรมทางตะวันออกที่มากกว่า 2550 ปี โดยแนวทางการฝึกเพื่อพัฒนาสตินั้นมีประโยชน์อย่างมากและเหมาะสมในกลุ่มคนทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่งเท่านั้น และเป็นที่รู้จักของบุคคลในวงการทางการแพทย์ และทางจิตวิทยาในโลกตะวันตก เมื่อมีการนำมาปรับใช้กับการฝึกเพื่อพัฒนาและเยียวยาทางจิตใจ ซึ่งการความแตกต่างทางวัฒนธรรมตะวันออกและตะวันตกมีความเหลื่อมล้ำกันบ้าง (Keng, Smoski และ Robins, 2011) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับบริบท (contextual level) ระดับกระบวนการ (process level) และระดับเนื้อหา (content level) มีรายละเอียด สรุปได้ดังนี้

#### 1. ระดับบริบท (contextual level)

ในวัฒนธรรมทางตะวันออก สติเป็นปัจจัยหนึ่งในระบบที่ต้องมีการฝึกฝนและนำมาสู่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความคิดตามความเชื่อ ปรัชญา และศาสนา เช่น สติในพุทธศาสนาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการฝึกฝนที่ช่วยให้หลุดพ้นจากทุกข์หรือนิพพาน แสดงให้เห็นว่า การฝึกสติเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องมีการฝึกฝนเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องร่วมกับ แนวทางการฝึกตนเองในด้านอื่นๆประกอบด้วย สำหรับวัฒนธรรมทางตะวันตกนั้นถือว่าการฝึกสติแยกเป็นอิสระ แยกตัวจากระบบการฝึกหรือแนวปรัชญาอื่นๆ

#### 2. ระดับกระบวนการ (process level)

ในวัฒนธรรมทางตะวันออกนั้น สติเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของแนวความคิดอย่างใคร่ครวญไตร่ตรอง เพื่อนำมาสู่ความเข้าใจทางแนวคิดหรือปรัชญาที่เกี่ยวข้องให้กระจ่างชัด เช่น ในกฎไตรลักษณ์ทางพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นการปล่อยวางมาสู่ปัญญาภายใน สำหรับวัฒนธรรมทางตะวันตกนั้น การฝึกสติมุ่งเน้นอยู่กับการยอมรับและการอยู่กับปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเน้นที่การนำมาซึ่งความกระจ่างชัดเหล่านี้

### 3. ระดับเนื้อหา (content level)

ในวัฒนธรรมทางตะวันตกนั้น สติมักมุ่งเน้นถึงการตระหนักรู้ภายในตนเองเกี่ยวกับกระบวนการและประสบการณ์ทางร่างกายและจิตใจ แต่สำหรับแนวคิดของวัฒนธรรมทางตะวันออก มีการขยายมุมมองเกี่ยวกับการตระหนักรู้ไปมุ่งเน้นการรู้ประสาทสัมผัสในรูปแบบต่างๆ เช่น มุ่งการมองเห็นและการรับรู้กลิ่น เป็นต้น

#### ผลของการเจริญสติ

ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มากขึ้นและมีการนำเทคนิคต่างๆ มาศึกษาการทำงานของร่างกายและวัดระดับของฮอร์โมน และภูมิคุ้มกันโรคในร่างกาย รวมทั้งความเจ็บป่วยที่เกิดกับร่างกายและจิตใจได้ในระดับหนึ่ง (Luders et al., 2012) การเจริญสติร่วมกับสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1) ผลทางด้านร่างกายและจิตใจ การฝึกสติจนเกิดเป็นสมาธิส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง (Davidson et al., 2003) และการทำงานในส่วนของ Thalamus ดีขึ้น (สมพรกันทรศุภวิเดริยมชัยศรี, 2549) มีการทำงานของระบบประสาท Parasympathetic ให้ทำงานดีขึ้น และระบบ Sympathetic ทำงานลดลง และร่างกายมีการหลั่งสาร Endorphin ในระดับที่เพิ่มขึ้น ควบคุมระดับ Cortisol ลดลง ส่งผลให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย สดชื่นและตื่นตัว

2) ผลกับระบบหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาอัตราการเต้นของหัวใจที่ช้าลง มีระบบไหลเวียนเลือดเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น โยคะ จากการเหยียด เกร็ง งอตัวหรือบิดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงอวัยวะนั้น ที่เชื่อว่าส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องรวมถึงการทำงานของต่อมไร้ท่อด้วย (Edenfield & Saeed, 2012) และการเจริญสติมีผลให้ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากหลอดเลือดมีการคลายตัวจากการสั่งการของสมอง

3) ผลกับระบบประสาทและสมอง จากการศึกษาการเจริญสติต่อการทำงานของระบบประสาทขั้นสูง และเป็นพื้นฐานของความรู้สึกละและความจำ บริเวณสมองที่มีการทำงานของสติจะอยู่ที่เครือข่ายของเส้นประสาทที่ทำงานประสานกันตั้งแต่บริเวณส่วนกลางของก้านสมองจนไปถึงส่วนของฮาลามัส พบว่า การทำงานของคลื่นสมองของผู้ปฏิบัติสมาธิจนมีจิตที่สงบ ลักษณะคลื่นสมองจะมีขนาดใหญ่ 10-150 mv ความถี่ 8-13 ที่เรียกว่าคลื่นแอลฟา ซึ่งในช่วงนี้จะมีความรู้สึกที่ผ่อนคลายสงบ ไม่มีความคิดรบกวนทำให้การปรับอารมณ์เป็นไปได้อย่างเหมาะสม และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง Theta มีความอารมณ์สงบสุข และมีการเปลี่ยนแปลงของสมองในส่วนของ Limbic system ที่มีผลกระตุ้นอารมณ์ทางลบให้ลดลง (Bishop, 2007; Britton, 2012) และจากผลการศึกษา ระบบประสาทต่ออารมณ์ความรู้สึกโดยวิธีการฝึกสมาธิและการเจริญสติต่อการเปลี่ยนแปลงของสมอง พบว่า คนที่ฝึกสมาธิเป็นเวลานานๆ สมองมีส่วนเปลือกนอกสีเทาๆ ที่เรียกว่า Gray Matter ซึ่งเป็น



ส่วนที่อยู่ของเซลล์ประสาทจะหนาตัวเพิ่มขึ้น นั่นคือมีเซลล์สมองเพิ่มขึ้น และบริเวณสมองส่วนหน้า บริเวณหน้าผากด้านซ้าย จะมีการทำงานของคลื่นสมองดีขึ้น มีลักษณะของคลื่นสมองช้าลงและสม่ำเสมอมากขึ้น ที่เรียกว่า “คลื่นแกมมา” ซึ่งพบในคนที่จิตเป็นสมาธิลึกๆ นอกจากนี้สมองมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและการทำงานที่เรียกว่า Neuroplasticity หรือ ความยืดหยุ่นของสมอง และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น (Davidson et al., 2003 ; Lutz et al., 2008; Hölzel et al., 2011)

4) ผลกับระบบหายใจ จากสภาพจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อลมหายใจ เช่น เมื่อมีอาการหงุดหงิดโกรธ โมโห หรืออารมณ์เศร้าโศกเสียใจจะทำให้อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลงและลมหายใจยังเป็นเครื่องมือหนึ่งในการกำหนดจิตได้

5) ผลกับระบบต่อมไร้ท่อ ผลจากการเจริญสติจนจิตสงบ ทำให้ระดับฮอร์โมนสมดุล เช่น ต่อมหมวกไต พบว่าระดับ คอร์ติซอล (Cortisol) ลดลง ส่งผลให้ความเครียดลดลง และ ฮอร์โมนไธรอยด์ โดยเฉพาะ TSH มีระดับที่ลดลง

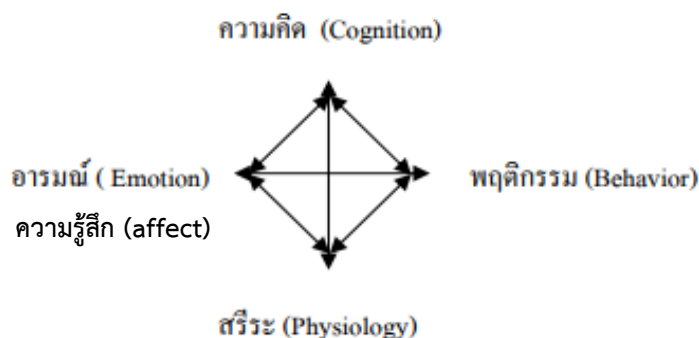
6) ผลกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เนื่องจากความเครียดที่สะสมเรื้อรังยังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงหรือทำงานได้ไม่ดี การเจริญสติทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นสุขสงบ ซึ่งช่วยให้ร่างกายมีการทำงานอย่างสมดุล ระบบภูมิคุ้มกันจึงดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานเมตาบอลิซึมที่ลดลง มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในระดับเซลล์ที่เพิ่มขึ้น ลดการใช้ออกซิเจนและลดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์

7) ผลกับระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ สัมพันธ์กับระบบประสาทการเคลื่อนไหวและระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อเตรียมพร้อมให้ร่างกายมีการตอบสนองเมื่อเจอกับสิ่งเร้า ในแบบสู้หรือหนี (Fight-flight) การเจริญสติทำให้เกิดความสงบลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และยังมีผลกับการนอนหลับให้ดีขึ้น (Krusche, Cyhlarova, & Williams, 2013)

จากประโยชน์ของการเจริญสติมีมากมายในการพัฒนาความใส่ใจและตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพในกระบวนทัศน์ของการมองโลก มองชีวิต ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มิได้แยกเป็นส่วนๆ เป็นมุมมองสุขภาพในแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental and Emotional) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) จึงสะท้อนออกมาจากการดำเนินชีวิตที่อย่างมีสติ การวิจัยครั้งนี้จึงนำการเจริญสติในแบบการรับรู้ลมหายใจเข้าออกของตนเองมาเป็นแนวทางการฝึกสติให้การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 3.2 ความรู้เรื่องการปรับความคิดและพฤติกรรม

จากการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมผสมผสานจิตบำบัดแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการเจริญสติ ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีการเพิ่มเติมเทคนิคใหม่ต่างๆเข้ามามากขึ้นในปัจจุบัน โดยยังเน้นความสนใจกับบทบาทของความคิด ที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดแนวใหม่นี้มีการผสมผสานแนวคิดทางตะวันออกมากขึ้น เช่น แนวคิดในทางพุทธศาสนา โดยการนำสติมาใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยของ Dobson(2010) เป็นการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยให้ความสนใจต่อความคิด(Cognition) ความรู้สึก(affect) และพฤติกรรม (behavior) อธิบายถึง ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นสามารถปรับโดยการปรับความคิดได้ (Segal & Dobson, 1992 ; Dobson, 2010) ดังรูปแบบความคิด (Cognitive Model) ที่เรียกว่า Interactional model



ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)และการให้คำปรึกษาที่เชื่อว่า พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระของบุคคลเป็นผลมาจากความคิด การค้นหาความคิดทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนไป ต้องเริ่มต้นจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติของบุคคลก่อน เพื่อตรวจสอบความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด ซึ่งกรณีที่ความคิดนั้นเป็นจริงจะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหา และหากความคิดที่ไม่เป็นจริงก็นำไปสู่การปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม และระยะสุดท้ายเป็นการตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ โดยเฉพาะความคิดทางลบ มีการปรับโครงสร้างความคิดที่มีผลให้พฤติกรรม อารมณ์อย่างเหมาะสม สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ได้จากการผสมผสานเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม(Dobson,2010 ; Beck, 2011)

หลักการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม คือ การสะท้อนให้บุคคลมองเห็นความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า พร้อมกับสร้างความตระหนักความจำเป็นที่ต้องแก้ไข การให้ความรู้ สาเหตุ รวมทั้งกระบวนการบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการเปิดรับฟังความคิดในสถานการณ์จริง เป็นการบำบัดความคิด การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่มี

ความซับซ้อน มีการกำหนดกิจกรรม เทคนิคการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการกับภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่างๆรวมกับการมอบหมายการบ้าน (สายฝน เอกวารงกูร และอุ๋นจิตร์ คุณารักษ์, 2558)และกระบวนการทางปัญญาจะมีประสิทธิภาพที่ดีในภาวะเศร้าอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง มีการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม จากการประเมินความคิดทางลบ การประเมินสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจากปกติ รวมถึงกลไกการป้องกันทางจิต(defense mechanism) มีความแตกต่างกันภายในบุคคลต่อการรับรู้และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการผ่อนคลายในรูปแบบต่างๆ และปรับเปลี่ยนวิธีการคิดในเชิงบวก และการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งสัมพันธ์ภาพเป็นไปในลักษณะสัมพันธ์ภาพเชิงบ่าบัด ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีกระบวนการสื่อสารที่แสดงให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคคล ทั้งการใช้ภาษาพูด(Verbal communication) และภาษาท่าทางระหว่างกัน(nonverbal communication) ซึ่งนำไปสู่การค้นหาและความเข้าใจในตัวตนอย่างแท้จริง ปรับปรุงกระบวนการที่บิดเบือนและเข้าสู่กลวิธีการแก้ไขกับปัญหาที่เหมาะสม(สายฝน เอกวารงกูร, 2554) โดยการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างที่ชัดเจน และมีขั้นตอนในแต่ละครั้งของการบำบัดมี 3 ระยะ ดังนี้ (Freeman & Diefenbeck, 2005; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556)

**ระยะแรกของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** เป็นระยะที่ผู้บำบัดต้องเตรียมการเพื่อการบำบัด โดยมีการเตรียมเครื่องมือต่างๆ เช่น ตารางบันทึกความเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายถึงความคิดอัตโนมัติทางลบ และเอกสารที่อธิบายตามแนวคิดทางปัญญา เป็นต้น การประเมินทางอารมณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินความเข้าใจในวงจรของการเกิดอารมณ์ที่เป็นปัญหานั้น และการประเมินทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะความคาดหวังของผู้ป่วย มีการระบุเป้าหมาย และขั้นตอนของการบำบัด เช่น อะไรคือปัญหาที่ยังรบกวนอยู่ในปัจจุบันนี้ มีความเข้าใจที่มาของเหตุและผลของปัญหานั้นอย่างไร และสามารถนำมาเชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างไรบ้าง การแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมนำมาสู่ปัญหาต่างๆตามมา พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดปัญหาทางอารมณ์จากการให้จิตศึกษา(Psychoeducation) การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง มีการเชื่อมโยงของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง การพิสูจน์และการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าว และควรตั้งเป้าหมายในระยะสั้นให้สามารถเข้าใจชัดเจนและนำไปสู่การบำบัดในระยะต่อไป

**ระยะกลางของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** มีการฝึกให้เรียนรู้ใน 3 ประเด็นสำคัญ

1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งบิดเบือนและทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ รวมทั้งความเชื่อในระดับกลาง และความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก ซึ่งเป็นต้นเหตุของความคิดอัตโนมัติทางลบ มีการแสดงให้เห็นหรือตรวจสอบ ซึ่งมุ่งเน้นการให้น้ำหนักของความคิดที่เกิดก่อนอารมณ์ ซึ่งช่วยให้มีความเข้าใจความเชื่อมโยงของความคิดกับอารมณ์ทางลบได้อย่างชัดเจนขึ้น และในระยะนี้ควรมีฝึกการผ่อนคลายเพื่อลดอารมณ์ทางลบ เนื่องจากอารมณ์ทางลบส่งผลให้ศักยภาพในการคิดลดลง และควรมีการให้กำลังใจเสริมแรงในการก้าวสู่ขั้นตอนต่อไป

2) การฝึกเพื่อให้มีแนวทางเลือกทางความคิด ความหวัง หรือการปฏิบัติใหม่ที่มีความเหมาะสมอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง การตั้งคำถามนำทางจนเกิดการค้นพบด้วยตนเอง (guided discovery) การตรวจสอบตนเอง (self-examination) การสอนตนเอง (Self-instruction) การนึกถึงความคิดของตนเอง (metacognition) และการตรวจสอบอารมณ์ของตนเอง

3) การมอบหมายการบ้านต้องมีความเชื่อมโยงกับเรื่องราวที่นำมาในกิจกรรมการบำบัด และมีความเฉพาะเจาะจงชัดเจนในรายละเอียดของกิจกรรมและการดำเนินกิจกรรม

**ระยะสุดท้ายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** เป็นระยะที่มีการสรุปประเด็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงทางความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่มีการตรวจสอบและปรับเปลี่ยนร่วมกัน มีการเปรียบเทียบสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้และความมุ่งมั่นหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งสำคัญคือการเน้นย้ำถึงการบ้านที่มอบหมายให้เกิดทักษะและการเรียนรู้ค้นหาความคิดตามความเคยชินหรือเป็นอัตโนมัติของตนเองให้มียอมรับในความคิดดังกล่าว รวมทั้งมีการค้นหาทางเลือกใหม่ในการจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งในบางรายอาจมีการนัดหมายติดตามผลต่อเนื่องในระยะเวลาเช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มพูนทักษะความก้าวหน้าในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

**เทคนิคในการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งสามารถนำไปแก้ไขปัญหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้**

1) **เทคนิคการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา** การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาได้เขียนเล่าถึงปัญหาซึ่งควรมีลักษณะดังนี้ บรรยายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุของปัญหาและวิธีที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาตนเอง วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สถานการณ์หรือปัญหานั้นยังดำเนินอยู่หรือคงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Westbrook & Kennerley, 2007; Kennerley, Kirk & Westbrook, 2016) เช่น มีความคิดและคำพูดใดบ้างขณะที่เผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาความยุ่งยากภายในใจ ซึ่งเป็น

สิ่งเร้าที่กระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ ความเศร้า ความตึงเครียด วิตกกังวล เป็นต้น และลักษณะของพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นและสังเกตได้ เช่น อาการที่ออกมาทางระบบประสาทอัตโนมัติต่างๆ ได้แก่ เกร็ง สั่น อ่อนแรง ปวดศีรษะ เป็นต้น สำรวจถึงผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตตนเอง หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง ซึ่งโดยส่วนใหญ่กระบวนการเหล่านี้มักมีลักษณะที่เป็นวงจรอันตรายและเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆไปมา วนเวียนอยู่ภายในจิตใจ เช่น ความรู้ไม่ปลอดภัย ความคิดที่ต้องทำให้ตนเองเป็นคนที่มีสมบูรณ์แบบ หรือมีความต้องการผลกับตนเองทางบวกในระยะสั้น ซึ่งสามารถนำไปสู่การทำความเข้าใจในแนวคิดทางปัญญา เช่น เมื่อมีสถานการณ์หนึ่งเกิดขึ้น การรับรู้และการแปลความสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายคุกคามกับชีวิตการขยายต่อความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง ต่อโลกหรือต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตในทางลบ มีดমন สิ้นหวัง ไม่สามารถก้าวผ่านไปได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นยังคิดวนเวียนอยู่กับปัญหาเหตุการณ์เดิมซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในเรื่องราวของอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น การไม่สามารถเผชิญกับปัญหาหรือจัดการกับแก้ไขปัญหาได้ หรือไม่มีแหล่งช่วยเหลือหรือสนับสนุน และหากแปลความสถานการณ์นั้นว่าตนเองเป็นผู้ถูกกระทำจากบุคคลอื่น ไม่ได้ได้รับความยุติธรรม และถูกละเมิดสิทธิ์ ทำผิดกฎระเบียบ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีอารมณ์โกรธเกิดขึ้นได้ (Greenberger & Padesky, 1995)

**2) เทคนิคการกำหนดประเด็นสนทนา** ซึ่งประเด็นในการสนทนาจากการกำหนดข้อตกลงร่วมกันอย่างมีขั้นตอน จากการสนทนาถึงประเด็นที่สำคัญและอยู่ในความคิดของผู้ป่วยโดยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตและเป็นปัญหาของสำคัญ และประเมินอารมณ์ เช่น การให้คะแนนอารมณ์ของตนเอง สอบถามการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เป็นอย่างไร การทบทวนการบ้านสามารถเป็นประเด็นในการสนทนาเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น เรื่องที่สร้างความทุกข์ใจ เรื่องของทักษะที่ผู้ป่วยควรรู้ เรื่องที่มีแนวโน้มที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการประเมินสิ่งที่ได้รับการเรียนรู้ เช่น ได้ประโยชน์อย่างไรและสามารถนำไปใช้ในชีวิตอย่างไร เป็นต้น (Beck, 2011; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2556)

**3) เทคนิคในการตั้งเป้าหมายในการบำบัด** โดยเป้าหมาย(Goal setting) เพื่อให้นำไปสู่จุดหมายเดียวกัน และเป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรมต่อไป ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีประเด็นสำคัญ คือ มีความจำเพาะเจาะจง สามารถวัดได้ กระทำได้จริง และต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งต้องมีกรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ควรมีการให้กำลังใจ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ควรเป็นเน้นการเปลี่ยนแปลงตนเองแทนการเปลี่ยนแปลงของบุคคลอื่น (Beck, 2011; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2556)

**4) เทคนิคการปรับความคิด** ซึ่งมีเทคนิคที่หลากหลาย และเริ่มค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติทางลบ มีการประเมิน การตรวจสอบ พิสูจน์ทราบในความคิดทางลบที่เกิดขึ้นให้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในมุมมองใหม่ในการจัดการกับปัญหา เช่น Beck (2011) มีเทคนิคให้ได้ผลเป็นไปตามเป้าหมาย นำเสนอการตั้งคำถามแบบโสเครติค(Socratic question)เป็นคำถามที่สร้างสรรค์ ตรงประเด็น และเข้าใจได้ง่าย และต้องระมัดระวังไม่ด่วนตัดสินหรือแปลความ โดยการสรุปประเด็นจากการตั้งคำถามและวิเคราะห์คำตอบร่วมกัน ซึ่งการตั้งคำถามจะมีแนวทางที่กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการค้นพบสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งให้ความสนใจกับข้อมูลจริงที่ปรากฏอยู่ในชีวิตจริง และนำไปสู่ข้อสรุปในการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป(Beck,1995; Westbrook et al., 2007) โดยคำถามเป็นตัวช่วยนำทางให้ผู้ป่วยได้ค้นพบความคิดของตนเองหรือนำไปสู่ทางออกของปัญหาที่เหมาะสม(Beck, 2011) มีขั้นตอนคือ ประเมินและเขียนวงจรของการปัญหาให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือเป็นปัญหา มีการให้ความรู้ทักษะบางอย่าง เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติและสมาธิ เป็นต้น การท้าทายต่อความคิดที่ไม่ก่อประโยชน์เพื่อให้เข้าใจมุมมองทางเลือกในแบบอื่นและการค้นพบแนวทางได้ด้วยตนเอง และสุดท้ายนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มุมมองความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์(Beck, 1967,2011)

**5)เทคนิคการปรับพฤติกรรม** ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะยังไม่อยากคิดอะไร หรือมีความคิดที่ซ้ำลง การเรียนรู้การปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมเป็นเทคนิคที่สามารถนำมาใช้ควบคู่ในการบำบัดให้อารมณ์ผู้ป่วยได้ลดลง (Beck,1995,2011; Greenberger & Padesky ,1995; Dobson, 2010 ;ดาราวรรณ ตะปินตา,2556) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า การทดลองในกิจกรรมต้องมีการขยายรายละเอียดถึงพฤติกรรมให้ชัดเจน มีการเขียนถึงกิจกรรมทั้งหมดในแต่ละวันและระยะเวลาเหมาะสมหรือไม่ มีการตรวจสอบกิจวัตรประจำวันในรายละเอียดของกิจกรรมที่สนใจ มีความสุขหรือกิจกรรมใดที่มีความทุกข์ และสามารถนำมาให้คะแนน0-10 คะแนน และมีการตั้งคำถามที่เชื่อมโยงทางความคิดที่เปลี่ยนแปลงระดับความพึงพอใจเพื่อให้เห็นความชัดเจนทางความคิดและพฤติกรรม

**6)เทคนิคอื่นๆ** เช่น เทคนิคการมอบหมายการบ้าน(Homework assignment) เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากช่วยให้เกิดทักษะที่เรียนรู้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยการบ้านที่ดีควรสอดคล้องกับประเด็นเนื้อหาที่บำบัด และเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้จริง (Beck,1995,2011) การเรียนรู้ทักษะทางสังคม จากการโต้ตอบ การสื่อสาร โดยมีการสะท้อนข้อมูล

ย้อนกลับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้(Beck, 2011)

ดังนั้นจากปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบให้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงนำการอธิบายตามแนวคิดของ(Beck,1967)คือ ความบิดเบือนของความคิด(Cognitive Triad) 3 ประการ คือความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับตนเอง โลกหรือสังคม และต่ออนาคต ที่มีการตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าวกลับไปกลับมาและกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอันตราย(Vicious Cycle) จากวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ ความไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมไม่เหมาะสมและยังทำให้สถานการณ์เป็นไปในทางลบที่เพิ่มมากขึ้น ผู้นำกลุ่มมีบทบาทและเป็นผู้กระทำ (Active) และใช้วิธีชี้นำทาง(Directive) เพื่อช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้มีการปรับตัวแสดงออกถึงพฤติกรรมและอารมณ์อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมบนพื้นฐานความเป็นจริง

### 3.3 ความรู้เรื่องการบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้ผสมผสาน MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานความคิด (Cognitive Based Therapeutic Strategies : CBT) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางความคิดที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The Cognitive Theory of Depression and Anxiety) เรียกรูปแบบนี้ว่าการบำบัดความคิดหรือทางปัญญาบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งเริ่มพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี 2000 และนำไปพิสูจน์ประสิทธิผลของ MBCT จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศมากมายรายงานผลลัพธ์ด้านบวกของ MBCT ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่หลากหลาย ในโปรแกรม MBCT เทคนิคต่างๆที่ใช้ในการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม(CBT) ซึ่งถูกนำมาใช้ร่วมกับหลักการของการฝึกสติ การปฏิบัติในหลักของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจและการให้ความรู้เทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจินตภาพ (Imagery) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought Patterns) ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวสมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองรายละเอียดในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกภายในจิตใจของตนเองออกมา เป็นการบูรณาการทางความคิดต่อการเรียนรู้ปฏิบัติที่ได้จากการฝึกสติ มีผลลัพธ์ที่ดี(รัสตาพร สันติวงษ์, 2550)กับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้ามีความตระหนักรู้ทันถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เป็นอันตราย การตระหนักรู้ลักษณะทางความคิดอย่างครุ่นคิดที่นำไปสู่ความอ่อนแอ หรือพฤติกรรมที่ถดถอย และสามารถดึงความคิดออกมาจากรูปแบบความคิดที่เป็น

ลักษณะซึมเศร้ามาจากความเคยชินเป็นอัตโนมัติทางลบและการครุ่นคิดทางลบ(Beck,1967; Nolen-Hoeksema, 1991) เชื่อมโยงการรับรู้ใส่ใจกับทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองให้มาอยู่กับปัจจุบัน และมีมุมมองพิจารณาไตร่ตรองรายละเอียดของการดำเนินชีวิตอย่างรอบด้านแตกต่างจากเดิมในทุกขณะ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในรายละเอียดต่างๆมาจากความคิดและสภาพแวดล้อมรอบตัว และมีความใส่ใจในทุกขณะของชีวิตมากขึ้น(Westen, 1999 อ้างถึงใน Brown & Ryan, 2003)

### แนวคิดหลักของ MBCT

Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใดๆว่ามี 2 รูปแบบคือ Doing Mode และ Being Mode

1) Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็นหรืออยากให้เป็น การได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคตกระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจไม่มีการตระหนักรู้ในที่สุดความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะลดช่องว่างก็เท่ากับหนทางที่นำไปสู่ความสอดคล้องก็ไม่เกิดขึ้นวนเวียนอยู่เช่นนี้เรื่อยไป กล่าวคือเมื่อประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเคยรับรู้ว่าอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้น (อย่างอัตโนมัติหรือเคยชินที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจหรือความคับข้องใจเป็นต้น)

2) Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็นโดยไม่มีคิดที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ในขณะที่ Doing Mode นั้นจิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode นั้นจิตจะไม่ล่องลอยไปไหนจะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบันเปิดรับสิ่งต่างๆที่เกิด

ดังนั้นสรุปว่า Being Mode คือการทำด้วยสติส่วน Doing Mode คือปฏิบัติกริยาตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัยเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในเชิงลบการปรับตัวที่ผิดปกติในหน้าที่และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกรอบแนวคิดของทฤษฎีทางความคิดของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Cognitive Model of Depression and Anxiety) ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับ Mental Modes ในฐานะของโครงสร้างของจิต (Structures of the Mind) iva Mental Modes เหล่านี้จะถูกสะท้อนออกมาในลักษณะความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของแต่ละบุคคลและอาจอยู่อย่างต่อเนื่องถาวรของความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานจนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตต่อมาได้



## โครงสร้างของ MBCT

Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายโครงสร้างหลักของ MBCT ไว้ว่าการพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้นๆเป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการทำงานของจิตและความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่ โดยอาศัยการฝึกสติอย่างเข้มข้น เมื่อทักษะในเรื่องสติพัฒนาเพิ่มขึ้นแล้ว ก็จะสอนให้เพ่งสติมากขึ้นในชีวิตประจำวัน พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ The Doing Mode ค่อยๆเรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก The Doing Mode มาสู่ The Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้นำการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันอย่างปกติสุข สำหรับจุดเน้นที่สำคัญของโปรแกรม คือ ประสบการณ์การฝึกสติของตัวผู้ฝึกกลุ่มในการดำเนินการตามโปรแกรม ซึ่งจะไม่ประสบความสำเร็จถ้าไม่มีการฝึกปฏิบัติสติและสมาธิอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนและการเตรียมตัวที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

### 4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดหลัก MBCT ของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ซึ่งเป็นทั้งทฤษฎีและแนวทางการปฏิบัติ(theory and practice) อธิบายถึงกระบวนการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า มาจากความคิดที่เป็นไปตามความเคยชินจนเกิดเป็นความผิดปกติ คือ มีมุมมองความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ความคิดในทางลบ ครุ่นคิดกับเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีตส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วย คือ ปัจจัยทางจิตสังคม ตามทฤษฎีการรู้คิดหรือการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive learning theory) ตาม Cognitive model ของBeck(1967,1996) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลสะสมความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบเกี่ยวกับตนเอง (retroflexed hostility) และสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน จนติดเป็นนิสัย จนเกิดเป็นความแปรปรวนของระบบและวิธีการคิดในลักษณะที่บิดเบือนจากความจริง 3 ประการ (cognitive triad) ดังนี้ มุมมองความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง(negative view of self) สิ่งแวดล้อมรอบตัว(negative view of the world) และอนาคต(negative view of the future) และกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากความคิดที่บิดเบือนไป(cognitive distortions) จนกลายเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบ(automatic thoughts) และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว(idiosyncratic) (Leahy & Beck,1967; Beck,1988) รวมกับความซับซ้อนทางแง่มุมทางชีววิทยา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถ(Vulnerability)ภายในร่างกายและจิตใจของตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Beck,1996 ; Steen,2011)

จากการลักษณะการเชื่อมโยงระบบทางความคิดทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองทางลบ เช่น รู้สึกไร้ค่า ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย และไร้อนาคต มีความรุนแรงรู้สึกไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป และการมองสิ่งแวดล้อมเป็นไปในทางลบบิดเบือนจากความจริงได้แก่ บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจ เอาใจใส่เปรียบ ไม่จริงจัง และมองอนาคตเป็นไปในทางมืดมน สิ้นหวังชีวิตไม่มีโอกาสที่ดีขึ้นได้ ล้มเหลวไม่ประสบความสำเร็จเหมือนบุคคลอื่น ทำให้แยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ครุ่นคิดทวนแต่เรื่องของตนเองทางลบ ซึ่งความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าวมักเกิดวนเวียนซ้ำเป็นวงจรที่อันตราย(Vicious cycle) และเกิดเป็นความผิดปกติทางจิตตามมาได้(Beck,Steer & Garbin,1988) เช่นเดียวกับการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีแรงจูงใจ ผลักดันตนเอง และตั้งความคาดหวังที่สูงกับเป้าหมายของตน และความต้องการที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการหมกมุ่นทวน คิดอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการนั้น (Lozano & Johnson, 2001; Alloy et al., 2005; Burns & Fedewa, 2005; Miklowitz, 2010) ประกอบกับการตอบสนองอย่างหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบพบได้ในทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า (Silveira & Kauer-Sant'Anna ,2015) มีแนวโน้มการตอบสนองทางอารมณ์นำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงและเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง(Beck,1967; Nolen-Hoeksema,1991) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถรวบรวมสติและมีพลังที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เข้ามาในชีวิตให้ดีขึ้นได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีเจตนาพยายามแก้ไขปัญหานั้นที่กำลังเผชิญอยู่ ส่งผลให้ตกอยู่ในวงจรของความคิดและอารมณ์ทางลบนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Nolen-Hoeksema,1991) จากกระบวนการบำบัดด้วยการเจริญสติ(mindfulness-based therapy) และเทคนิคการบำบัดทางความคิดหรือทางปัญญาต่างๆช่วยกำหนดให้บุคคลมีกลวิธีในควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Corcoran, Farb, Anderson, & Segal, 2010) และการฝึกสมาธิและสติช่วยให้เกิดปัญญาที่การเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์ และความเคยชิน และสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้านำไปสู่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ (ธนา นิลชัยโกวิท และ อติศร จันทรสขุ, 2552)โดยตามแนวคิดของ Segal, Williams, &Teasdale (2002) ได้อธิบายถึง Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างเป็นตามจริง คือการทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชิน/เป็นนิสัยและถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบมีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตได้ และจากกระบวนการของ MBCT นำไปสู่การลดความครุ่นคิดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาต่อมานั้นซึ่งหมายความว่าความครุ่นคิดไม่มีบทบาทเป็นสื่อกลางสำคัญที่แสดงลักษณะเฉพาะของ MBCT ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย(Segal, Williams, &Teasdale,2012) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการกำกับการทดลองตามแบบวัตรระดับการมีสติ (Brown & Ryan,2003) ในประสบการณ์ชีวิตประจำวัน(Day-to-Day

Experiences)มีลักษณะสำคัญที่เน้นศักยภาพในการตระหนักรู้(Awareness)และวัดความใส่ใจหรือ การรับรู้(Attention)ที่สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวัน แสดงลักษณะสติที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้

สาระสำคัญของการบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) เพื่อการพัฒนาสติตามแนวคิด Segal,Williams,&Teasdale(2002) มีดังนี้

1. เรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ(Automatic Pilot) แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่เกิดจากการตระหนักรู้ จากการเรียนรู้ในส่วน ของ Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชิน/เป็นนิสัย ดึงเข้าสู่การทำงานของสติ รับรู้ตามที่เป็นจริง เรียกว่า Being Mode

2. เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค(Dealing with Barriers)ฝึกให้รู้จักและเข้าใจ อุปสรรคที่ชัดเจนจากการเชื่อมโยงกันของความคิด จิตใจ และร่างกาย โดยรับรู้สถานการณ์นั้นตามที่เป็นจริงและไม่ตัดสิน มีความเป็นอิสระจากความคิดจากความคิดในแบบเดิม

3. การฝึกสติจากลมหายใจ(Mindfulness of the Breath)เป็นการเน้นความสนใจมาอยู่ที่ ลมหายใจของตนเองให้เป็นปัจจุบัน (here and now) เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลให้ เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งที่เกิดขึ้น

4. การอยู่กับปัจจุบัน(Staying Present) การตระหนักรู้ของความคิด ความรู้สึกทางอารมณ์ และทางร่างกาย ความสามารถต่อการรับรู้ด้วยการรู้ตัวที่มากขึ้นโดยอยู่กับลมหายใจที่เป็นปัจจุบันและมีความเป็นอิสระและมุมมองที่กว้างขึ้น

5. การยอมรับตามที่เป็นจริง (Allowing/Letting be)การฝึกยอมรับตามจริงด้วยความใส่ใจ ตั้งใจเสมือนการสร้างความคิดตระหนักรู้อย่างเต็มที่ และสามารถจัดการกับความยุ่งยากใจต่างๆและการพัฒนาที่นำไปสู่ปัญญาภายในจิตใจด้วยการยอมรับที่นำไปสู่ความเข้าใจถึงการปล่อยวาง

6. ความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact) เข้าใจถึงความคิดหรือวิธีที่มาจาก แผนความคิดทางลบที่เปรียบเสมือนเป็นอัตโนมัติ มีส่วนกระตุ้นให้เกิดสภาวะอารมณ์ทางลบและ สาเหตุความไม่สบายใจเกิดขึ้น โดยพยายามใช้ทักษะของการเปลี่ยนแปลงวิถีทางที่มีผลกับความรู้สึกนั้น

7. วิธีการที่ฉันสามารถนำมาดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมที่สุด(How Can I Best Take Care of Myself) มีความตระหนักใส่ใจและการรู้สึกตัวนำมาสู่อารมณ์ที่ปกติ มีแบบแผนการดำเนิน ชีวิตประจำวันที่สามารถเผชิญ และจัดการกับอุปสรรคทางความคิดเชิงลบที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า

8. การนำประสบการณ์ที่เรียนรู้มาจัดการกับอารมณ์ต่อในอนาคต (Using What has been Learned to Deal with Future Moods) เน้นนำหลักการหรือวิธีการที่เรียนรู้มาทั้งหมดไปปรับ

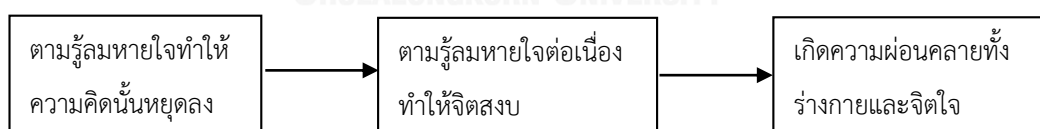
ใช้ในการดำเนินชีวิตปกติอย่างสมดุล มีความตระหนักรู้ ความตั้งใจ ความเข้มแข็งในตนเองเสริมพลังการนำไปสู่ความคิดทางบวกให้สามารถนำมาดูแลตนเองได้

นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีนี้มีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าลดการกลับเป็นซ้ำและลดความเสี่ยงของกระบวนการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และมีการอธิบายการเมตตาตนเอง (Kindness and Self-Compassion) ร่วมกับแนวคิดMBCT(Segal,Williams, &Teasdale ,2012)

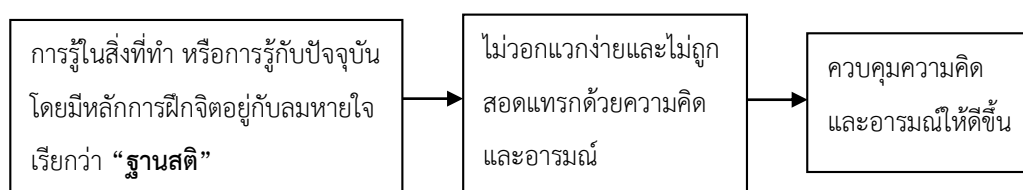
จากมุมมองแนวคิดจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกสติมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทสังคมไทย และจากรากฐานทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ และจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาเข้ามาสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องในแบบวิถีไทย ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องสติยังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ เข้าถึงมุมมองทางจิตวิญญาณที่แตกต่างและไม่นำหลักพิธีทางศาสนาเกี่ยวข้องคงความเป็นสากล จึงสามารถนำไปใช้ได้กับประชาชนทั่วไป โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการและขั้นตอนตามโปรแกรมสติบำบัด(Mindfulness-based Therapy and Counseling : MBTC) มีรายละเอียด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ดังนี้

อธิบายลักษณะของกระบวนการและกลไกการทำงานของสมาธิและสติซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เป็นการพัฒนาให้เกิดความเข้าใจที่มีประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามไปด้วย คือ

สมาธิ เป็นสภาวะจิตที่พักอย่างมีคุณภาพในขณะที่พัก โดยพักอย่างรู้สึกตัวตลอดกระบวนการของสมาธิ

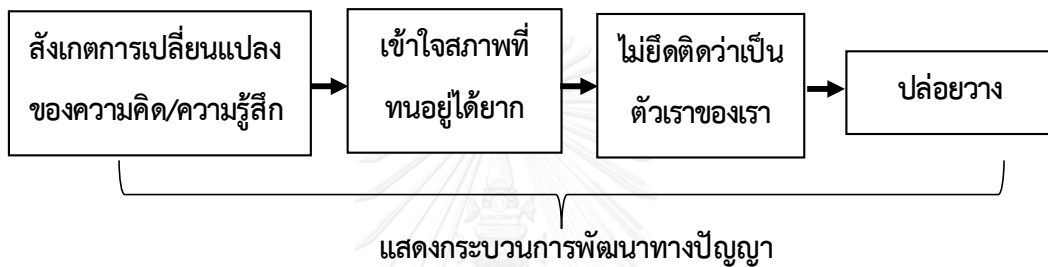


สติ เป็นสภาวะจิตที่มีคุณภาพในขณะที่ทำงาน คือ การรู้ในกิจที่ทำ หรือการอยู่กับปัจจุบัน



ดังนั้นจากสถานะของสมาธิและสติที่แตกต่างกัน จึงมีกลวิธีการนำไปใช้ที่แตกต่างกัน ดังนี้  
 กลไกของสมาธิ คือ รู้ลมหายใจที่เข้าออก เพื่อให้ความคิดนั้นได้หยุดลง ให้มีการพักด้วยจิตที่  
 นิ่งและสงบ และกลไกของสติ คือ รู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อยบางเบา เป็นการฝึกให้จิตผูกอยู่กับ  
 ลมหายใจให้กลับมาเป็นปัจจุบัน และรู้ในกิจหรือการกระทำที่ดำเนินอยู่ทั้งกายนอกและภายใน  
 ซึ่งการทำงานของสมาธิและสติทั้งสองสถานะนี้ต่างต้องเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และยังนำไปสู่  
 การปล่อยวางจากอารมณ์และความคิดทางลบอย่างเป็นลำดับ

การฝึกสติให้พัฒนาความสามารถในการปล่อยวาง(ปัญญา) (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559)  
 ธรรมชาติของความคิดและความรู้สึกต่างๆ คือ การเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ถ้าเรารู้เท่าทันเราจะ  
 สามารถเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น จึงลดความยึดติดว่าเป็นตัวเราของเรา ดังรูป



การทำสติบำบัดโดยมีขั้นตอนและกระบวนการฝึก (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ดังนี้  
 ครั้งที่ 1 จัดการกับความวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)  
 ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)  
 ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ ใช้เทคนิคการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย(Body Scan) และ  
 การฝึกเพ่งพินิจ(Focusing) ความรู้สึกที่เกิดขึ้น  
 ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (ฝึกปล่อยวางความคิด)  
 ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ (ปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้าน  
 บวกของสัมพันธ์ภาพ)

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา)

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนปรับตัวในระยะยาว)

จากกระบวนการทั้งหมดสามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่  
 เกี่ยวข้องกับพิธีทางศาสนา อาศัยหลักแนวทางสติ คือ ความรู้สึกตัวที่มีคุณภาพ ไม่ถูกสอดแทรกด้วย  
 อารมณ์และความคิดทางลบ :ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์การดูแลให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว  
 ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ให้ฟื้นคืนสถานะอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติ

โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนารวมกับแนวคิดของ Segal,Williams, &Teasdale(2002) สำหรับการให้  
 การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า จากกระบวนการฝึกสติผ่านสมาธิ

จะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงกระบวนการควบคุมการรู้คิด โดยให้สมาชิกรู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้านมีการสะท้อนความรู้สึกตนเองรู้ทันความคิดและอารมณ์ทางลบของตนเอง จากการฝึกสติที่เน้นการอยู่กับปัจจุบัน มีผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และสังเกตถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบและเป็นอันตรายต่อตนเอง


2. ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบและการครุ่นคิดค้ำึงที่นำไปสู่ความอ่อนแอ บั่นทอนคุณค่าในตนเอง สามารถถึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดในแบบอัตโนมัติหรือตามรูปแบบความเคยชินมาสู่ปัจจุบันได้

3. ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เข้าใจสภาพปัญหา การจัดการแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เข้ามาในชีวิตนำมาบูรณาการร่วมกับแนวทางการใช้สติในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมยอมรับความเห็นที่แตกต่างกัน ด้วยความรัก ความเมตตาและการให้อภัยซึ่งกัน

ดังนั้นผู้วิจัยแนวคิดตามการบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) เพื่อการพัฒนาสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ผ่านขั้นตอนกระบวนการตามโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-based Therapy and Counseling : MBTC) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) โดยมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดสติมาตระหนักรู้ให้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับ ไม่ตัดสิน และความคิดที่ไม่ใช้ความจริง นำมาสู่การจัดการกับอุปสรรคปัญหาต่างๆ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเข้มแข็งทางใจต่อการดูแลตนเองของโรคในด้านบวกและไม่เกี่ยวข้องกับความเชื่อพิธีการทางศาสนา ประกอบด้วย 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ดังนี้

#### ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ


แนวคิด MBCT Segal, Williams, & Teasdale (2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
1) สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหาวิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมาย สมาธิเป็นพื้นฐานของสติ แนวคิดหลักในการทำงาน ของจิตมี 2 รูปแบบ คือ 1) Doing Mode เป็น	ตระหนักถึงผลของอารมณ์ และความเครียดผลของ อารมณ์ทางลบและความตึง เครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ จะบดบังสิ่งที่ดีงามของชีวิต	กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่น ครุ่นคิด เริ่มต้นจากการสร้าง สัมพันธภาพ สืบค้นหาความคิดทาง ลบ อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อปัญหา ความทุกข์ใจ ในมุมมองต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งเป็นลักษณะของ Doing Mode คือ การตอบสนองอย่างอัตโนมัติตาม

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
การตอบสนองแบบอัตโนมัติ /เคยชิน โดย Doing Mode มาเชื่อมโยงความคิดลบเกิด เป็นความผิดปกติทางจิต	<p>กระบวนการฝึกสมาธิ คือ สภาวะจิตที่พักอย่างมีคุณภาพโดยรู้สึกตัวตลอด กลไกของสมาธิ คือ รู้ลมหายใจ เพื่อให้ความคิดหยุดลง</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ความเคยชินหรือนิสัย(Segal,Williams,&amp; Teasdale, 2002) จากการตั้งคำถาม ผู้ป่วยถึงความรู้สึกทุกขใจเป็นอย่างไร (ค้นหาปัญหา) และถามความเข้าใจ เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (เพื่อประเมินความรู้ และเพิ่มเติมความรู้) ชี้นำเป้าหมายในกลุ่ม คือ การให้มารู้ตัว อยู่กับปัจจุบันในทุกๆขณะ ไม่ใส่ใจกับ อดีตและความคาดหวังต่ออนาคตที่ยังมาไม่ถึง และอธิบายตามหลักการผ่าน กระบวนการฝึกสมาธิทั้งในแบบหลับตา และลืมตาโดยรับรู้ลมหายใจที่เป็น ปัจจุบันในทุกขณะ จนเกิดความสงบนิ่ง เข้าใจมุมมองความคิดทางลบที่สัมพันธ์ กับภาวะเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และใช้สมาธิเป็นพื้นฐานของสติ (Segal,Williams &amp;Teasdale,2002) และ นำกิจกรรมที่ระลึกถึงความดีของบุคคล ที่เคารพรักเพื่อสะท้อนความดีงามภายใน จิตใจเพื่อให้สามารถเห็นคุณค่าของ ตนเอง(ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559) ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าจากภายใน</p>
2) Being Mode เป็นการ ใช้สติยอมรับกับเหตุการณ์ ที่เป็นจริง -การฝึกสติจากลมหายใจ	เป็นการฝึกเพื่อพัฒนาสติให้ ดีขึ้น โดยรู้ลมหายใจที่เป็น ปัจจุบันไว้เล็กน้อยและรู้ใน กิจต่างๆที่กระทำในปัจจุบัน ไปด้วย และสติจะทำให้	<p><b>กิจกรรมที่ 2 สติกับการดำเนินชีวิต</b> <b>อย่างสงบ</b> เริ่มการฝึกสติในส่วนของ Being Mode โดยการฝึกสติกับ ลมหายใจ เปรียบเทียบลักษณะความ เคยชินหรือนิสัยเดิมๆ ฝึกการใช้สติใน</p>


แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
<p>-เรียนรู้จากความเคยชิน หรือนิสัยเดิมๆ</p> <p>-การอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>-การยอมรับตามที่เป็นจริง</p> <p>-เรียนรู้ที่จะเข้าใจและ จัดการกับอุปสรรค</p>	<p>สามารถทำงานด้วยใจจดจ่อ โดยไม่ถูกสอดแทรกด้วย อารมณ์และสามารถควบคุม ความคิดให้ดีขึ้น สามารถ พัฒนาสู่ปัญญาภายในหรือ ความสามารถในการปล่อย วางได้</p> <p><b>กระบวนการฝึกสติ</b> เป็น สภาวะจิตที่มีคุณภาพ ในขณะที่ทำงาน คือ การรู้ ในกิจที่ทำ หรือการอยู่กับ ปัจจุบัน</p>	<p>สถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน นำมาสู่การจัดการกับอุปสรรค ยอมรับ ตามจริง ไม่ตัดสินเหตุการณ์นั้นไปใน ทางบวกหรือทางลบ(Segal, Williams, &amp;Teasdale, 2002) และในเหตุการณ์ ทางลบนำมาสู่การใช้สติต่อการควบคุม สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นอย่างใส่ใจและ ตระหนักรู้(เน้นการแบ่งสติกับการ ควบคุมอารมณ์) ดึงมาอยู่กับปัจจุบันใน ทุกทุกขณะ และให้ผู้ช่วยเรียนรู้เข้าใจ ถึงกระบวนการของสติที่แตกต่างจาก สมาธิที่ชัดเจน(ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)ซึ่งอธิบายถึงการฝึกสติขั้น พื้นฐาน และสติตามการใช้งาน(รู้ในกิจ ที่ทำเป็นปัจจุบัน) นำสติที่เป็นการ รู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพโดยไม่ถูก สอดแทรกอารมณ์และความคิดและใน กิจกรรมมีการอภิปรายส่งเสริมให้การ ชื่นชมและให้กำลังใจต่อตนเองอย่างมี สติ มองเห็นคุณค่าในตนเองในทุกขณะ ปัจจุบัน โดยไม่ตั้งความคาดหวังต่อ เรื่องราวของอนาคต หรือครุ่นคิดกับ เหตุการณ์ในอดีต</p>
<p>3) เชื่อมโยงทำงานของจิต Doing Mode และ Being Mode</p> <p>-การฝึกสติจากลมหายใจ</p>	<p>เมื่อเกิดอารมณ์ที่รุนแรงจะ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบ ประสาทอัตโนมัติ และ ปรากฏเป็นความรู้สึกขึ้นบน</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์</b> เป็นการพัฒนาสติให้รู้เท่าทันกับ อารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้ความรู้สึก ต่างๆที่เกิดขึ้นบนร่างกาย(Body scan)</p>



แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมมัยศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
<p>-เรียนรู้จากความเคยชิน หรือนิสัยเดิมๆ</p> <p>-การอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>-การยอมรับตามที่เป็นจริง</p> <p>-เรียนรู้ที่จะเข้าใจและ จัดการกับอุปสรรค</p>	<p>ร่างกาย เมื่อมีสติในการ สังเกต จะเห็นถึงการ เปลี่ยนแปลงไปโดยไม่ เกาะติดกับความรู้สึกนั้น คือ การปล่อยวาง ซึ่งมีเทคนิคการฝึกสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย(Body Scan) และการฝึกเพ่งพินิจ (Focusing) ความรู้สึกที่ เกิดขึ้นกับร่างกาย</p>	<p>ด้วยสติที่รับรู้ลมหายใจเสมือน “ผู้สังเกตความรู้สึกนั้นอยู่ห่างๆ” (ยงยุทธ วงศ์ภิมมัยศานต์, 2559) และ การฝึกสติในแบบการสังเกตอยู่ห่างๆ แม้ในเหตุการณ์ความทุกข์ทางจิตใจที่ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า(ยอมรับตามที่ เป็นจริง) สะท้อนให้เห็นปฏิกิริยาที่ แตกต่างระหว่างการใช้สติกับความเคย ชินหรือนิสัย(เรียนรู้จากความเคย ชินและนิสัยเดิม)โดยรวมอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นอย่าง สร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจรู้เท่า ทันอารมณ์ทางลบที่เป็นวงจรซึมเศร้าใน โรคอารมณ์แปรวนสองขั้วและนำไปสู่ ปล่อยวางความรู้สึกอารมณ์เศร้าความ ทุกข์ทรมานใจ (เรียนรู้ที่จะเข้าใจและ จัดการกับอุปสรรคที่มาจากภายใน จิตใจ) และตั้งสติรับรู้ลมหายใจของ ตนเอง (การอยู่กับปัจจุบัน)(Segal, Williams,&amp;Teasdale,2002)สังเกต เห็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทาง ลบที่จางคลายลง และส่งเสริมคำพูด อย่างสร้างสรรค์เห็นคุณค่าและให้ กำลังใจกับตัวเองอย่างมีสติ</p>
<p>4) เชื่อมโยงทำงานของจิต Doing Mode และ Being Mode</p>	<p>สามารถรู้ทันความคิดที่ เกิดขึ้น แยกความคิดกับ ความจริง สังเกตความคิด</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 4 สติรู้ทันความคิด</b> เป็นการพัฒนาสติให้รู้เท่าทันความคิด ทางลบที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความคิด</p>

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
<p>-ความคิดที่ไม่ใช่ความจริง</p> <p>-การอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>-การยอมรับตามที่เป็นจริง</p> <p>-เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค</p>	<p>อัตโนมิติทางลบ และการใช้สติกำกับความคิดเทคนิคการตีตป้าย และสังเกตการเปลี่ยนแปลงไปของความคิด</p> 	<p>อัตโนมิติทางลบ(Beck,1967) และการครุ่นคิดหมกมุ่นในปัญหาความยุ่งยากใจและผลที่ตามมาถือเป็นความรู้สึกทางลบกับตนเองเกิดขึ้น (Nolen-Hoeksema &amp; Morrow,1991) โดยการสำรวจความคิดทางลบมาจากการทำงานของDoing Mode คือ การตอบสนองอย่างอัตโนมิติตามความเคยชิน มาสู่การใช้สติที่เรียกว่าBeing Mode โดยการตรีกตรองใคร่ครวญแยกแยะความคิดกับความเป็นจริง ณ ปัจจุบัน ความคิดที่ไม่ใช่ความจริง พร้อมทั้งมีการนำเทคนิคการตีตป้ายความคิดทางลบที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559) ซึ่งเป็นการรับรู้ไม่คิดต่อหรือขยายต่อความคิดและตัดสิน(Segal,Williams, &amp; Teasdale,2002) ซ้ำๆที่เป็นทุกขนั้น และมีมุมมองทางความคิดอย่างสร้างสรรค์ต่อตนเอง</p>
<p>5) เชื่อมโยงทำงานของจิต Doing และBeing Mode</p> <p>-เรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ</p> <p>-ความคิดที่ไม่ใช่ความจริง</p> <p>-การอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>-การยอมรับตามที่เป็นจริง</p>	<p>สัมพันธ์ภาพที่ยาวนานกับบุคคลใกล้ชิดจะสะสมความคิดอัตโนมิติที่เป็นลบมากขึ้น การมีสติในการดูแลและปล่อยวางความคิดลบ การใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพ</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 5 ทบทวนสัมพันธ์ภาพตามที่เป็นจริง</b> ตระหนักถึงปัญหาความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิดมีแนวโน้มที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยการสำรวจความคิดทางลบต่อสัมพันธ์ภาพที่มาจากการทำงานของ Doing Mode คือ การตอบสนองอย่าง</p>

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
-เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค	ในแง่มุมมองใหม่นำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น	<p>อัตโนมัตตามความเคยชิน มาสู่การใช้สติที่เรียกว่า Being Mode โดยการตรึงตรองใคร่ครวญด้วยใจที่เป็นกลาง ช่วยให้มองเห็นความจริงที่รอบด้านในแง่มุมมองใหม่แทนที่โดยมีแนวทางตามกิจกรรมตามการทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559) ส่งเสริมการอภิปรายมุมมองความคิดที่สร้างสรรค์มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันบนพื้นฐานความแตกต่างของแต่ละบุคคล เปิดใจยอมรับทางความคิดโดยไม่ตัดสิน และความคิดทางลบเป็นเพียงความคิดที่ไม่ใช่ความจริงที่เป็นปัจจุบัน ดึงกลับมารู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันในทุกขณะที่มีความคิดเกิดขึ้น และเรียนรู้ความเข้าใจและจัดการกับอุปสรรคความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเอง(Segal,Williams, &amp;Teasdale, 2002) มีมุมมองต่อตนเองต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อม(Beck,1967) เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีกับคนใกล้ชิดเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น</p>
6) เชื่อมโยงทำงานของจิต Doing และBeing Mode -เรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ -การอยู่กับปัจจุบัน -การยอมรับตามที่เป็นจริง	การสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทางที่เป็นลบ มักเกิดขึ้นโดยไม่ทันรู้ตัวเหมือนเป็นอัตโน มัตติ และทำให้มีอาการทางลบ ซึ่งทำให้เกิดปัญหากับบุคคลใกล้ชิด	<b>กิจกรรมที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร</b> ตระหนักถึงปัญหาด้านการสื่อสาร โดยการสำรวจปัญหาหรืออุปสรรคในการสื่อสารที่มาจากการทำงานของDoing Mode คือ การตอบสนองอย่างอัตโนมัตตามความเคยชิน มาสู่การใช้

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
-เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค	<p>เป็นอย่างมาก สติในการสื่อสารจะช่วยให้การสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางได้รับการยอมรับเกิดความเข้าใจระหว่างกัน และยังช่วยแก้ปัญหาการสื่อสารระหว่างกันได้ดีขึ้น</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>สติที่เรียกว่า Being Mode โดยการตรึงตรองใคร่ครวญและรับรู้ลมหายใจ ทุกขณะรู้สึกตัวอยู่กับปัจจุบันร่วมกับการสื่อสารและรู้จักแบ่งสติมารับรู้ลมหายใจมากขึ้น เมื่อเผชิญกับการสื่อสารที่ไม่พึงพอใจ เข้ามากระทบจนเกิดความคิดและอารมณ์ทางลบ จากมุมมองต่อตนเอง ต่อโลกทางสังคม และต่ออนาคตทางลบมีแนวโน้มนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า(Beck,1967) การยอมรับตามที่เป็นจริง กับความคิดทางลบที่เกิดขึ้นเสมือนเป็นผู้สังเกตความคิดและอารมณ์อยู่ห่างๆ ตามแนวทางกิจกรรมปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น(ยงยุทธวงศ์ภิมย์ศานต์, 2559) เช่น การสื่อสารสนทนากันตามความเคยชินและรับรู้ด้วยการร้องเพลงสังเกตดูลมหายใจ และอภิปรายกลุ่มในแง่มุมใหม่ที่เป็นทางบวกอย่างเหมาะสม ร่วมกับการบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเองด้วยภาษาฉัน (I Message)อย่างนุ่มนวลเมื่อมีอารมณ์และความคิดเกิดขึ้นให้รับรู้และตั้งลมหายใจมารู้กับปัจจุบัน ร่วมกับการรับรู้ในประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensory) ให้ มาก (Segal, Williams, &amp;Teasdale,2002) เช่น ใช้วิธีกำ-แบ่มือพร้อมรู้ลมหายใจ เรียกความสติรับรู้บนร่างกาย ในกิจกรรมการรู้ทันความ</p>

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมมัยศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
		อารมณ์และการแบ่งสติ ส่งผลให้ยับยั้ง ทางอารมณ์และความคิดที่สัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า
7) เชื่อมโยงทำงานของจิต Doing และBeing Mode - วิธีการที่ฉันสามารถ นำมาดูแลตัวเองอย่าง เหมาะสมที่สุด(How Can I Best Take Care of Myself)	ขณะที่สติเป็นการรู้อารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ที่เป็น ทุกข์ของตนเองจนเห็นการ เปลี่ยนแปลง ปล่อยวางได้ การเมตตาและการให้อภัย เป็นสภาวะจิตที่ต่อยอด โดย สติทำให้เกิดความมั่นคง และยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากจิตที่มีสติจะสามารถ ยอมรับ ให้อภัยและมีเมตตา ช่วยขจัดความขุ่นเคืองใจ และทำให้มีจิตใจที่เบิกกว้าง	<b>กิจกรรมที่ 7 การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัย</b> เป็นแนวทางหนึ่งใน การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในชีวิตและ สิ่งต่างๆรอบตัว การแผ่เมตตา ซึ่งการ ส่งความปรารถนาดีเป็นจิตที่ต่อยอดมา จากสติที่ยอมรับและรู้จักการให้อภัย เป็นอิสระจากความคิดหรืออารมณ์ ที่เป็นลบจากเหตุการณ์ที่มีผลกับ ความรู้สึกที่เคยเกิดขึ้นนำไปสู่การปล่อย วางความรู้สึกเศร้าหมองหรือความขุ่น เคืองด้วยใจที่เป็นทุกข์ และตระหนัก การรับรู้แนวทางการดูแลตนเอง การ เห็นคุณค่าตนเองอย่างใส่ใจและยอมรับ ตามที่เป็นจริง และมีมุมมองต่อตนเอง และบุคคลอื่นในทางบวก ซึ่งสามารถ นำมาต่อยอดการดูแลตนเองโดย การปรารถนาให้ไม่มีความทุกข์(self compassion)ต่อการใส่ในการดูแล ตนเองร่วมกับภาวะซึมเศร้า
8) การนำประสบการณ์ที่ เรียนรู้มาจัดการกับอารมณ์ ต่อในอนาคต (Using What has been Learned to Deal with Future Moods	เมื่อเผชิญความยุ่งยาก จิตใจของเราอาจตอบสนอง ด้วยการเกิดอาการผิดปกติ บางอย่างได้ หากเราเข้าใจ และยอมรับ มองสิ่งที่เกิดขึ้น	<b>กิจกรรมที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ</b> มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนความรู้สึกของ ทักษะประสบการณ์จากการเรียนรู้ ทั้งหมด(กิจกรรมที่ 1-7)ที่เกิดขึ้น นำมาสู่การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับ

แนวคิด MBCT Segal,Williams, &Teasdale(2002)	แนวคิดและกระบวนการ MBTC (ยงยุทธ วงศ์ภิมย์ศานต์, 2559)	โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบน พื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)
)เน้นนำหลักการที่เรียนรู้มาทั้งหมด ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตให้สมดุล	อย่างมีสติและปล่อยวางได้ก็จะสามารถป้องกันจิตใจของเราจากการเจ็บป่วยในอนาคต เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจได้ดีที่สุดก็คือการดำเนินชีวิตโดยไม่ประมาท โดยการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวันให้เป็นวิถีชีวิตของเรา	ปฏิบัตินิยามการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองในแต่ละบุคคล จุดเปลี่ยนของอารมณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นอย่างใส่ใจ สามารถนำสติร่วมกับมีมุมมองความคิดทางบวก นำสติและสมาธิมาฝึกใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รู้ทันความคิดและอารมณ์ทางลบของตนเองป้องกันไม่ให้เกิดสภาวะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีโอกาสกำเริบซ้ำได้ โดยใส่ใจและตระหนักรู้การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ เช่น การใช้จ่ายควบคุมอารมณ์หรือยาต้านเศร้าให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแต่ละบุคคล

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### การวิจัยในประเทศไทย

รศดาพร สันติวงษ์ (2550) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 20-59 ปี ที่ได้ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วว่ามีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ในระดับอ่อนจนถึงระดับน้อยกว่าซึมเศร้ารุนแรงอยู่ในระดับคะแนน 8-20 คะแนน จำนวน 8 คน มาบำบัดแบบกลุ่มเป็นเวลา 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที เน้นการพัฒนาสติเป็นพื้นฐานในการปรับความคิดตามแนวคิด Segal,Williams, & Teasdale (2002) ประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมมิลตันฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) และแบบวัดประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน (Day-to-Day Experiences) พบว่าระดับความรู้สึกลดลงและมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

พลภัทร์ โล่เสถียร (2553) ได้การศึกษาการบำบัดโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายแรกที่เจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านานาน 5 ปี มีคะแนน MADRS ที่ลดลงในเวลา 3 เดือน และ 3 ปี สามารถที่จะหยุดยาต้านเศร้าได้และไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนกรณีผู้ป่วยรายที่ 2 เจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเรื้อรังมานาน 20 ปี หลังจากเข้ารับการฝึกสติประมาณ 3 เดือน พบว่า คะแนน MADRS ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดลดลง และมีการติดตามการรักษา 8 เดือน สามารถลดขนาดยาต้านเศร้าและหยุดยาได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พรเพ็ญ อาริกิจ (2555) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย พิจารณาจากเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า โดยมีกรอบแนวคิดที่พัฒนามาจาก CBT ของ Beck(1979) และ MBCT ของ Segal, Williams, & Teasdale(2002) ดำเนินกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ พบว่าภาวะซึมเศร่าลดลงจากการประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) สรุปว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลง

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตรนารา และขจรศักดิ์ วรรณทอง (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มตัวอย่าง 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย เป็นกลุ่มปิด สัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง 6 ครั้งรวม 6 สัปดาห์ และเน้นให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร่าจากประเมินโรคซึมเศร่าด้วย 9 คำถาม ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมัธยฐานของคะแนนโรคซึมเศร่าและความครุ่นคิดน้อยกว่า และระดับการมีสติมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3

### การวิจัยในต่างประเทศ

Mason & Hargreaves (2001) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบสร้างทฤษฎี(Grounded Theory) ของ ที่ศึกษาเรื่องการบำบัดความคิดบนพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) สำหรับภาวะซึมเศร่าได้อธิบายว่าลักษณะของโปรแกรมดัดแปลงมาจาก MBCT ของ Segal, Williams, & Teasdale(2000) ที่ใช้เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร่าเพิ่มให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในประสบการณ์แต่ละช่วงขณะในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาบริบททางสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรม MBCT จำนวน 7 คน ทฤษฎีพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ได้อธิบายว่าแนวคิดที่มีมาอยู่ก่อน (Preconception) และความคาดหวังต่อการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การฝึก

โปรแกรม MBCT ในครั้งต่อไปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยประจักษ์ถึงความสำคัญของการฝึกในโปรแกรมว่าการฝึกสติเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัด

Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้นำแนวคิดของ Kabat-Zinn(1990)ที่ได้ศึกษาแนวคิดทางปรัชญาของพุทธศาสนา และผสมผสานจิตวิทยาตะวันตกที่เป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ที่เรียกว่า MBSR ซึ่ง Segal, Williams, & Teasdale(2002) นำมาประยุกต์เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานทางปัญญา(Cognitive Based Therapeutic Strategies) มาเป็นจิตบำบัดแนวใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาที่นำมาใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล(The Cognitive Theory of Depression Therapy) เรียกว่า Mindfulness-Based Cognitive (MBCT)และนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิก พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง ซึ่งมีงานวิจัยในหลากหลายประเทศที่ได้นำหลักการและกระบวนการของ MBCT (Segal, Williams, & Teasdale,2002) มาใช้บรรลุผลสัมฤทธิ์ในการลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Segal, Williams, & Teasdale,2012)

Williams (2008) ได้ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้การฝึกสติเป็นฐานในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประเมินผลขึ้นต้นในช่วงระหว่าง episode พบว่า การใช้ MBCT(Segal, Williams, & Teasdale,2002) การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติซึ่งเป็นการผสมผสานหลักการบำบัดความคิด การทำสมาธิและทักษะการบรรลุผลสำเร็จด้วยสติด้วยการรู้ตัวในเรื่องของความคิด สามารถมองความคิดด้านลบตามสภาวะเหตุการณ์ที่เป็นจริงได้ ซึ่งมีการพิสูจน์แล้วว่า MBCT มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในภาวะซึมเศร้า มีผลลัพธ์ที่ดีในช่วงระหว่างอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการนำสติกำกับอารมณ์ที่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง มีทักษะจัดการกับปัญหาของตนเอง ลดความคิดทำร้ายตนเอง และยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมประสิทธิผลการรักษาโดยการฝึกสติมาใช้สนับสนุนเป็นแนวทางการเลือกหนึ่งในวิธีการบำบัดรักษาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Miklowitz et al. (2009)ได้ศึกษาวิจัยการบำบัดทางความปัญญาบนพื้นฐานสติ(MBCT) สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 22 รายอายุเฉลี่ย 40.6 ปี ได้รับการวินิจฉัย Bipolar I จำนวน 14 ราย และ Bipolar II จำนวน 8 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกของมหาวิทยาลัยอ็อกซฟอร์ด(Oxford) และมหาวิทยาลัยโคโลราโด โบลเดอร์ (Colorado Boulder)ภายใต้การใชยาควบคุมอารมณ์และยาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาควบคุมอารมณ์และยาต้านอาการทางจิต โดยใช้MBCT ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีผลลัพธ์ที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนในอาการเมเนียและวิตกกังวลมีผลลัษณ์น้อยกว่า และสรุปว่าการดูแลด้วย MBCT เป็น



ทางเลือกหนึ่งในการรักษาสำหรับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าก่อนเกิดเป็นโรค(subsyndromal) กล่าวถึง MBCT เป็นแนวทางการเลือกหนึ่งสำหรับดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

Chadwick, Kaur, Swelam, Ross & Ellett (2010) ได้ทำการการศึกษาการฝึกสติในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การฝึกสติมาแล้วอย่างน้อย 18 สัปดาห์ กลุ่มที่ศึกษามีจำนวน 12 คน อายุระหว่าง 24-58 ปี พบว่ามีความสนใจฝึกสติในช่วงระยะซึมเศร้าหรือ hypomania ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 เป็น bipolar affective disorder (F31, ICD 10) ปัจจุบันไม่เคยได้รับจิตบำบัดการติดตามการฝึกสติในกลุ่มมี protocol ที่คล้ายคลึงกันมาจาก MBCT สรุปมีผลลัพธ์ 7 ประเด็น 1) การมุ่งความสนใจกับสิ่งที่กระทำในปัจจุบัน 2) การตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตนเองได้อย่างกระจ่างชัดขึ้น 3) เข้าใจยอมรับในอารมณ์ของตนเองตามจริง 4) การปรับสติเหมาะสมกับสภาวะอารมณ์ที่แตกต่าง เช่น ขณะที่อารมณ์สูงมาารู้ลมหายใจทำให้ใจสงบ 5) อารมณ์ทางลบลดลงและมีความคงที่ขึ้น 6) เห็นความเชื่อมโยงของความคิดทางลบที่ยังไม่ได้เป็นจริง 7) ลดอารมณ์ทางลบที่ติดแน่นอยู่ภายในจิตใจและป้องกันอารมณ์ที่รุนแรง(mania)

Weber et al.(2010) ได้ศึกษาการบำบัดทางความปัญญาบนพื้นฐานสติ(MBCT) ในการทดลองนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กับผู้ป่วยนอก Bipolar I, II และ NOS อายุ 18-65 ปี โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและอาการ Hypomania โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 23 ราย ใน 15 รายที่เข้าร่วม MBCT ได้อย่างน้อย 4 กิจกรรม ตามโปรแกรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับในระดับปานกลางและมาก พบว่าทักษะสติส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีช่วยป้องกันการกำเริบของอาการในระยะ Mania, hypomania และควรเพิ่มความคงทนในการทำสมาธิมีผลกับการฝึกสติ

Deckersbach et al. (2011) ได้ศึกษาการบำบัดทางความปัญญาบนพื้นฐานสติ(MBCT) ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายบุคคล โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรค วงจรการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า การครุ่นคิด วิตกกังวล หดหู่ หรืออารมณ์ที่เพิ่มขึ้น และความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญ ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 12 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) จำนวน 9 ราย และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 (bipolar II disorder) จำนวน 3 ราย ตาม DSM-IV โดยประเมินอาการหลงเหลือจากภาวะซึมเศร้าและอาการแมเนีย มีการฝึกสติโดยการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ร่วมกับการตรวจความรู้สึกตัวทั่วร่างกายอย่างสั้น (Body scan) การนั่งสมาธิ การรับรู้ลมหายใจ การมีสติในกิจวัตร

ประจำวัน การมีสติรับรู้ในสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ผลลัพธ์จากการติดตามการรักษาในระยะเวลา 3 เดือน แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของระดับการมีสติ อาการหลงเหลือจากอารมณ์ซึมเศร้าต่ำลง และผู้ป่วยมีความสามารถในการกำกับควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น การครุ่นคิดและวิตกกังวลลดลง มีสุขภาวะทางจิตดี มีการแสดงออกของอารมณ์เชิงบวก และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของแต่ละบุคคลซึ่งอยู่ร่วมกับโรคได้

จากทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบจิตบำบัดแนวใหม่ที่มุ่งเน้นสติ มีผลลัพธ์ที่ดีในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้น้อยลงได้ ซึ่งมีงานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยนำหลักการแนวคิดของ MBCT (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ที่ได้นำมาใช้ในให้กับผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งยังไม่พบการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วงภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และสามารถกำกับให้อารมณ์คงที่ มีความมั่นคงทางจิตใจเพิ่มขึ้น



## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 และยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่

**กิจกรรมครั้งที่ 1 การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิด** เป็นการเรียนรู้เข้าใจเรื่องโรค อากาการและการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น เน้นการฝึกสมาธิอย่างสั้นเพื่อเชื่อมโยงกับฝึกสติ

**กิจกรรมครั้งที่ 2 สถิติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ** การฝึกสติขั้นพื้นฐาน เช่น สถิติรับรู้ประสาทสัมผัสทั้งห้า อิริยาบถต่างๆ และการสติตามการใช้งาน รู้ในกิจที่ทำต่างๆนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

**กิจกรรมครั้งที่ 3 สถิติทันอารมณ์** สถิติเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกและไม่ยึดติดกับอารมณ์

**กิจกรรมครั้งที่ 4 สถิติทันความคิด** ใช้สติเฝ้าสังเกตและรู้ทันความคิดทางลป ในแบบต่างๆที่เกิดขึ้นโดยไม่ยึดติด

**กิจกรรมครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธ์ภาพตามที่เป็นจริง** ฝึกใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิด สถิติพิจารณาอย่างรอบด้าน มีมุมมองทางบวก ในการใช้ชีวิตในสังคม

**กิจกรรมครั้งที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร** เป็นการฝึกสติร่วมกับการสื่อสาร ภาษาท่าทางที่เหมาะสม รู้จักยังคงคิดพิจารณาอย่างมีสติในการพูดหรือมีการ แสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม

**กิจกรรมครั้งที่ 7 การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย** เป็นแนวทางหนึ่ง ในการขจัดความขุ่นเคืองที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ส่งเสริมความรู้สึกปรารถนาดีทั้ง ต่อตนเอง บุคคลรอบข้างและสิ่งมีชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสันติ

**กิจกรรมครั้งที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ** เป็นการนำหลักการที่ได้รับ จากการเรียนรู้ทั้งหมดนำมาปรับใช้ในชีวิตอย่างสมดุลสอดคล้องกับวิถีชีวิต

ภาวะซึมเศร้า  
(Beck, 1967)

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit&Beck,2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

X หมายถึง โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder) ที่มีภาวะซึมเศร้า(Depressive episode) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลนภาลัย

**กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

(ICD-10) ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck(1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ (2554) และได้นำมาปรับปรุงข้อความตามคำแนะนำ และนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (ตั้งแต่ 16 คะแนน) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย มีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และสามารถอ่าน-เขียนและพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

#### **เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)**

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปีทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง ( ระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน) ขึ้นไป
3. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

#### **เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)**

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หูแว่ว ภาพหลอนหรือหลงผิด และมีอารมณ์หรือพฤติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้
2. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมตามกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

#### **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองโดยมีจำนวนกลุ่มที่ศึกษาอย่างน้อยที่สุด 30 คน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ(Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงจึงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้ในกลุ่มตัวอย่างมีค่าที่ใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร กล่าวคือ สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Rice, 2006)

ในการนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากร และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย(drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจับคู่(Matched Pair) ซึ่งกำหนดระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามีการจับคู่ต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) (ดังตารางในภาคผนวก จ)

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ซึ่งได้รับการอนุญาตให้สามารถดำเนินการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมดังกล่าวในวันที่ 23 มกราคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560 (ตั้งเอกสารภาคผนวก ข)

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและสารสนเทศ (เวชระเบียน) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและปฏิบัติตามขั้นตอนระเบียบของโรงพยาบาล ดัดบัตรแสดงตนของเจ้าหน้าที่พยาบาล และไม่ทำการบันทึกภาพหรือบันทึกประวัติผู้ป่วยก่อนได้รับอนุญาต

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(Bipolar disorder) ณ แผนกคัดกรองผู้ป่วยนอก ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความสนใจที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมดังกล่าว จึงขออนุญาตศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา) และประเมินระดับคะแนนซิมเศร่า(BDI) เพื่อประเมินว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดการเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพบว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กำหนด มีความสมัครใจและเห็นยินยอมการเข้าร่วมในงานวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากในเพศหญิงมีลักษณะการครุ่นคิดซ้ำๆทางลบมากกว่าในเพศชาย( Nolen-Hoeksema,2001) ภาวะซึมเศร่า ( Beck,1967) และยาต้านเศร่า(พลภัทร์ โลเสถียรกิจ, 2553) เนื่องจากยามีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร่า ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร่าโดยไม่เรียงลำดับเลขที่ตามเวชระเบียนที่เข้ามาตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังจับคู่กลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว จึงนำมาจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบจำนวนทั้งหมด 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก จ )

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และเครื่องมือในงานวิจัยทั้งหมดเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการอนุมัติโดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 23 มกราคม 2560

ถึง 31 พฤษภาคม 2560 ซึ่งผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยทุกราย ให้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการทดลอง และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และมีการนำเสนอผลการวิจัยที่แปลผลในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยโดยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ( ดังรายละเอียดในภาคผนวก ซ )

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck,1967)

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดระดับการมีสติ(Brown&Ryan,2003) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุดมีดังนี้

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ซึ่งเป็นโปรแกรมตามแนวคิดหลักการของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) และโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-base Therapy and Counseling :MBCT)ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) โดยมีขั้นตอนของดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และหลักการทำสติบำบัดในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดหลักของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ร่วมกับกระบวนการโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-base Therapy and Counseling : MBCT) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) และทบทวนวรรณกรรมต่างๆมากำหนดโครงสร้างกิจกรรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบก่อนนำไปศึกษาทดลองก่อนมีการนำไปใช้จริง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที พร้อมทั้งจัดทำคู่มือและแผ่นพับในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า

### การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรงตามเนื้อหา(content validity) คือ นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลระดับปริญญาเอกสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง ภายหลังปรับปรุงกิจกรรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติจำนวน 3 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ก่อนที่จะนำไปใช้ ให้มีความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนความเหมาะสมของเวลา โดยทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความชัดเจนถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง

หลังจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประเด็นที่แก้ไข ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิด ปรับการระลึกถึงบุคคลในดวงใจโดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงให้ชัดเจนว่าสมาธิที่จิตสงบช่วยดึงคุณค่าสิ่งดีงามต่างๆภายในเปิดเผยออกมาแทนความรู้สึกเศร้าหรือความเครียดที่ครอบงำอยู่ และกำหนดเวลาให้เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 4** สติรู้ทันความคิด ปรับลดไปกิจกรรมของความเข้าใจลักษณะการครุ่นคิดทางลบของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความอดทนต่ำโดยปรับให้ชัดเจนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงลักษณะความคิดทางลบที่เป็นมุมมองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติไปทดลองใช้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และอุปสรรคที่สามารถเกิดขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

ภายหลังการทดลองโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง กิจกรรมละ 90 นาที โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาของกิจกรรมที่ได้รับ สามารถเห็นความแตกต่างของอาการป่วยและลักษณะอารมณ์และความคิดที่เป็นความเคยชิน



ของตนเองกับการนำสติมาปฏิบัติใช้ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นและได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากที่สุด ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำมาใช้จริง

## **ชุดที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย**

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษา และการรักษาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนนตามลำดับ ความรุนแรงของความซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ รวมกัน คะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 0 – 63 คะแนน โดยมีข้อคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 15 และข้อคำถามอาการทางร่างกาย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 – 21 ซึ่งการแปลผลคะแนน การคิดค่าคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนน 0 – 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (normal)

คะแนน 10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 16 – 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate severe depression)

คะแนน 30 - 63 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)

## **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลระดับปริญญาเอกซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 ท่าน เพื่อให้พิจารณาเนื้อหามีความครอบคลุมหรือไม่ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อโดยใช้ มาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่สอดคล้องให้ 1 คะแนน สอดคล้องน้อยให้ 2 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน สอดคล้องมากให้ 4 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: Content Validity Index) โดยการกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน กำหนดเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ

4 ใน 5 ท่าน ค่า CVI ที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้(Hambleton et al.,1975 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

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

หลังจากเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ มีความครอบคลุม และถูกต้องเหมาะสมในด้านภาษาการสื่อสารให้กับผู้ป่วยก่อนนำมาใช้จริงในงานวิจัย

## 2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรCronbach's Alpha Coefficient

สรุปจากการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity)และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อนำมาเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

### แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ควรเพิ่มเติมในส่วนของจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากมีผลต่อการอาการความรุนแรงของโรค

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการปรับปรุงแก้ไขของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1.พบว่าจากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)เท่ากับ 0.98 ดังนั้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ปรับปรุงในครั้งนี้มีความเหมาะสมผ่านตามเกณฑ์

2.ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ถูกต้องสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือเพิ่มเติมในข้อคำถาม 19 น้ำหนักลดลง ปรับใหม่เป็น ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากเดิม สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 (American Psychiatric Association,2013)

3. ภายหลังจากนำปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 30 ราย แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)ที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Nunnally,1978 ) โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS) ของ Brown & Ryan (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัสตาพร สันติวงษ์(2550) และมีการปรับปรุงเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยพรเพ็ญ อาริกิจ (2554) มีคำถามเพื่อวัดระดับความใส่ใจ และการตระหนักรู้ของบุคคล ซึ่งระดับการรู้สติ ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินตัวเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นตัวแปรสถิติที่มีองค์ประกอบเดียวเน้นศักยภาพในการคงต่อความใส่ใจและทนกับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น แต่ยังไม่สามารถประเมินศักยภาพของการยอมรับหรือการไม่ตัดสินใจร่วมกับความใส่ใจ โคนอนุมานเป็นคะแนนที่มาจากความใส่ใจที่ตระหนักรู้ของตนเอง มีมาตราวัดบอกความถี่แบ่งออก 6 ระดับในเหตุการณ์แต่ละวันที่บุคคลกระทำและแปลค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา
- 2 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
- 4 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยมาก
- 6 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกือบไม่เคยเกิดขึ้น

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 15 โดยคะแนนสูงสุดคือ 90 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ 15 คะแนนส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 45 – 90 คะแนนคือ ระดับการมีสติดีแบบวัดนี้ใช้และผ่านการทดสอบความเที่ยงในงานวิจัยเรื่อง The Benefits of Being Present: The Role of Mindfulness in Psychological Well-Being โดย (Brown & Ryan, 2003)มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลองจากการประเมินระดับการมีสติอยู่ในเกณฑ์ระดับดี คือ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 45 – 90 คะแนน หากผู้ป่วยไม่ผ่านตามเกณฑ์กำหนดผู้วิจัยจะร่วมค้นหาสาเหตุและพิจารณาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามสาเหตุที่เกิดขึ้น

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการปรับปรุงแก้ไขของแบบวัดระดับการมีสติ

1. พบว่าจากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบวัดระดับการมีสติ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)เท่ากับ 0.96 โดยผู้วิจัยปรับปรุงให้สอดคล้องและมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านตามเกณฑ์

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบแบบวัดระดับการมีสติ ของผู้ป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ถูกต้องสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับความหมายให้ชัดเจนในข้อคำถามที่ 10 “ฉันทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นอัตโนมัติโดยที่

ไม่รู้ว่าจริงๆแล้ว ตัวเองกำลังทำอะไรอยู่” เปลี่ยนเป็น “ฉันทำงานทุกอย่างเป็นอย่างดีโดยที่ไม่รู้ว่าจริงๆว่าตัวเองกำลังทำอะไรอยู่”

3. ภายหลังจากนำปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 30 ราย แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)ที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Nunnally,1978 )โดยแบบวัดระดับการมีสติได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมจึงประเมินระดับการมีสติทันทีในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ พบว่าทุกคนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ )

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการทดลอง ระยะประเมินหลังการทดลอง เพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมผู้วิจัย ให้มีความพร้อมทางด้านทักษะ ความรู้และประสบการณ์ตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสติบำบัด ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารหรือในงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้อบรมจากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสติบำบัด(Mindfulness-Based Therapy and Counseling ) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เมื่อวันที่ 29-31 มกราคม 2559 และเข้าอบรมฝึกจิตเมื่อวันที่ 2-7 พฤษภาคม 2559 ณ เสถียรธรรมสถาน กรุงเทพมหานคร

1.2 เตรียมโปรแกรมและเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีการดำเนินการทดลองและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

1.3 เตรียมสถานที่ โดยจัดทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์) และเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา กำหนดการจัดกิจกรรมตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษาทดลอง เมื่อได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้วจึงประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อเข้าดำเนินการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มช่วยในการเก็บข้อมูลและร่วมสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดผู้ศึกษาให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจโดยให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(Pre-test)

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน(Matched paired) คือ เพศ(Nolen-Hoeksema,2001) ภาวะซึมเศร้า(Beck,1967) และการใช้ยาต้านเศร้า (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีผลกระทบกับงานวิจัยและจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และชี้แจงกำหนดนัดหมายตาม วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ที่ได้รับข้อมูลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติที่ครบทุกขั้นตอน มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรมๆละ 90 นาที ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(Post-test)อีกครั้ง โดยแจ้งกำหนดการต่างๆในวันแรกและมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะเพื่อให้ได้รับข้อมูลและตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล คำแนะนำตามสภาพปัญหา คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยารักษา และการนัดหมายของแพทย์เพื่อติดตามอาการ และมีการนัดพบต่อไปอีก 8 สัปดาห์โดยมีการชี้แจงกำหนดนัดหมายในการขอความร่วมมือตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(Post-test)รับทราบก่อนดำเนินโปรแกรม

กำหนดการนัดหมายการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ดังนี้

กิจกรรม	กลุ่ม ตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับ ความว้าวุ่น ครุ่นคิด	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	24 กุมภาพันธ์ 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	24 กุมภาพันธ์ 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
กิจกรรมที่ 2 สติกับการดำเนิน ชีวิตอย่างสงบ	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	3 มีนาคม 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	3 มีนาคม 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
กิจกรรมที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	10 มีนาคม 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	10 มีนาคม 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
กิจกรรมที่ 4 สติรู้ทันความคิด	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	17 มีนาคม 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	17 มีนาคม 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
กิจกรรมที่ 5 ทบทวน สัมพันธ์ภาพตามที่เป็นจริง	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	24 มีนาคม 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	24 มีนาคม 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
กิจกรรมที่ 6 นำสติปรับ การสื่อสาร	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	31 มีนาคม 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวช
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	31 มีนาคม 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์

กิจกรรม	กลุ่ม ตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 7	กลุ่มที่ 1	7 เมษายน 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก
การแผ่เมตตา	(9 คน)			รพ.จิตเวช
ความรักและ	กลุ่มที่ 2	7 เมษายน 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
การให้อภัย	(9 คน)			
กิจกรรมที่ 8	กลุ่มที่ 1	12 เมษายน 2560	9.00-11.00 น.	แผนกผู้ป่วยนอก
การดำเนินชีวิต	(9 คน)			รพ.จิตเวช
อย่างมีสติ	กลุ่มที่ 2	12 เมษายน 2560	13.00-15.00 น.	นครสวรรค์
	(9 คน)			

## 2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ ในแบบผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับการประเมินอาการสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน การนัดหมายและการติดตาม การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสตินำไปใช้กับผู้ป่วยนอก(OPD) โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มจะดำเนินการกลุ่มด้วยตนเองทุกขั้นตอนและมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มได้รับทราบตามกระบวนการกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที และมีการมอบหมายการบ้านหลังทำกิจกรรมเพื่อความต่อเนื่อง (มีรายละเอียดกิจกรรมตามภาคผนวก ค)

## รายละเอียดของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลของอารมณ์ความรู้สึกตนเองที่ต้องการคาดหวังกับความว้าวุ่นใจจากความคิดทางลบที่เป็นความทุกข์ใจ โดยเรียนรู้และเข้าใจภาวะซึมเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของตนเองที่มาจากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ(Automatic Pilot)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และสามารถฝึกสมาธิในรูปแบบลี้มตาและหลับตาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายประโยชน์ของสมาธิ และวางแผนการนำสมาธิไปใช้ในชีวิตประจำวัน

#### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม พูดคุยแนะนำตัวด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สร้างความร่วมมือและความไว้วางใจ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม กติกา และแนวการปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาวิธีแนวทางหรือวางแผนเป้าหมาย (Segal, Williams, & Teasdale ,2002) ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มดำเนินการโดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุและอาการ และให้สมาชิกในกลุ่มได้เข้าใจถึงร่วมกันอภิปรายผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้อาการกำเริบ การดูแลรักษาต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพทั่วไป การตระหนักถึงการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ทบทวนมุมมองที่เกิดขึ้นที่เป็นลบหรือเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจากภาวะซึมเศร้า การมองคุณค่าในตนเองลดลง ความท้อแท้ ความเบื่อหน่ายสิ้นหวัง ความตั้งเครียดความเศร้าหมองภายในจิตใจ บังความตั้งถามความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นกลไกการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในส่วนของ Doing mode เป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติ หรือตามความเคยชิน ที่เชื่อมโยงกับความคิดทางลบจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การปฏิบัติสมาธิเป็นพื้นฐานของการฝึกสติ (Segal, Williams, & Teasdale ,2002) ซึ่งสามารถทำในแบบลี้มตาโดยมองที่ปลายจมูกเล็กน้อยหรือมองที่ภาพใดภาพหนึ่งพร้อมรู้ลมหายใจเข้า-ออกซึ่งรู้สึกถึงลมหายใจที่สัมผัสปลายจมูกตามธรรมชาติโดยไม่ต้องมีคำบริบทใดๆกำกับให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะจิตที่เป็นสมาธิ สงบนิ่ง จดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการทำสมาธิในแบบหลับตาสามารถจัดการกับความคิดมารู้ลมหายใจและจัดการกับความว้าวุ่นที่เกิดขึ้น และเชื่อมโยงให้เห็นมุมมองความคิดที่เป็นลบกับการทำสมาธิเพื่อให้จิตใจที่นิ่งสงบโดยอภิปรายร่วมกันถึงความแตกต่างจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงประโยชน์และเล็งเห็นความสำคัญของการฝึกสมาธิ



ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มกล่าวกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก และสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลตนเองเป็นระยะ เข้าใจมุมมองความคิดที่ลบบมีส่วนทำให้ภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น การทำสมาธิให้จิตสงบจะสามารถเปิดรับมุมมองที่กว้างขึ้นซึ่งเป็นมุมมองทางบวกในการเผชิญกับการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้น เรียนรู้และเข้าใจอย่างสร้างสรรค์ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในการดูแลตนเองร่วมกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และให้เห็นความสำคัญและมอบหมายการบ้านให้มีการทำสมาธิอย่างต่อเนื่อง

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจในกิจกรรมและตอบคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ลักษณะอาการที่เกิดกับตัวเอง ผู้วิจัยพูดคุย แสดงท่าทางและแว่ตาคาที่เป็นมิตร ใช้คำพูดและน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล กล่าวทักทายและแนะนำสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นความรู้สึกให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงความสำคัญของการนำประสบการณ์ของตนเองมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เหมือนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เชื่อมประสาน(facilitator) ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมถึงความรู้สึกการมีคุณค่าต่อการดูแลตนเอง ผ่อนคลายไม่กดดันหรือตัดสินความคิดนั้นๆ ไปในทิศทางใด ประเด็นเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและพูดระบายความรู้สึกทุกขีใจต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีสองด้านทั้งเศร้าและร่าเริง คึก สนุก และตอนนี้รู้สึกทุกข์กับโรคที่เป็นอยู่ เศร้าหดหู่กับการรักษา และการกลับเป็นซ้ำของโรคด้วย และทุกขีใจเรื่องครอบครัว ภาระหนี้สินที่ต้องประสออยู่”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ทำให้รู้สึกทุกข์ เศร้า ไม่อยากพูด และบางครั้งรู้สึกหงุดหงิดง่าย ใช้เงินเก่ง และมีเรื่องทุกขีใจจากปัญหาในครอบครัวที่ไม่เข้าใจตนเอง”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีลักษณะอารมณ์สองอย่างคือมีอาการเศร้าสุดขีด และบางช่วงก็มีอารมณ์สุข สนุก คึกครื้นมาก นอนไม่หลับ ทำงานได้ทั้งวัน ความทุกข์ที่เป็นอยู่คืออยากหายจากโรคนีเสียที เพราะรู้สึกว่าโรคนีทำให้ไม่มีสมาธิทำงานและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระคนอื่นทำให้งานเสียหาย จึงลาออกจากงานประจำ ”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคทางอารมณ์ที่ไม่คงที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงในสองอย่าง บางครั้งเศร้าไม่อยากทำอะไรเลย นอนได้ทั้งวัน หมดเรียวหมดแรง มีความคิดอยากตาย และในยามที่มีอารมณ์คึกคัก ก็อยากจะทำงานหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน คิดโครงการหลากหลายอย่าง ทำงานมากบางครั้งไม่หลับไม่นอนเลย และทุกขีใจเพราะงานต่างๆที่คาดหวังไว้ก็ไม่สำเร็จ และคนรอบข้างก็ไม่สนับสนุนให้ทำอะไรเลย ตอนนี้รู้สึกท้อแท้และเศร้า”

ผู้ป่วยสามารถอธิบายและเข้าใจโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและได้ระบายความรู้สึกความทุกขีใจที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นมุมมองทางลบและการมองคุณค่าในตนเองที่ลดลง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลองทบทวนสิ่งดีๆพร้อมทั้งให้หายใจเข้า-ออกยาวๆ 4-5 ครั้ง บอกคุณลักษณะของบุคคลใกล้ชิดที่เรา

เคารพนับถือ เคารพรักและบุคคลที่เรารู้สึกดีด้วยและสะท้อนให้ผู้ป่วยมีความคิดทางด้านบวกเป็นมุมมองความคิดในกรอบใหม่(Reframing) การซึมซับความรู้สึกดีเข้าแทนความเครียดหรือความเศร้าที่ครอบงำอยู่ เช่น

“บุคคลที่เคารพรัก คือ แม่ เนื่องจากแม่ให้การดูแล มีความเมตตาอ่อนโยนและยอมรับฟังเรื่องราวปัญหาต่างๆ”

“บุคคลที่รักผูกพันคือ ลูก เนื่องจากลูกเป็นความหวังของเขา ลูกคอยให้กำลังใจตลอด อยากรอดทนดูแลตนเองเพื่ออยู่กับลูก”

“บุคคลเป็นที่รัก คือ ภรรยา เนื่องจากภรรยาเข้าใจเขามาตลอด ดูแลช่วยเหลืออยู่เคียงข้าง รู้สึกอุ่นใจ”

“บุคคลที่เคารพรัก คือ พี่ เพราะดูแลช่วยเหลือน้องๆ รู้สึกพุดคุยแล้วสบายใจ มีนิสัยที่เอื้อเพื่อแบ่งปัน สนับสนุนเคยพุดคุยแล้วสบายใจ ”

ภายหลังเล่าเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยใส่ใจกับเรื่องราวดีๆและตระหนักรู้ในคุณค่าที่ดั่งมณีนี้อยู่ในจิตใจของทุกคนจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และดำเนินกิจกรรมการฝึกสมาธิเป็นเวลา 10 นาที โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกแรงๆ 5 ลมหายใจรับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ชัดเจนที่สุด และค่อยๆ หลับตา เมื่อมีความคิดเกิดขึ้นให้ดึงกลับมาสู่ลมหายใจ ไม่ขยายความคิดใดๆกลับมาสู่ลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน และให้แนวทางการจัดการกับความง่วงที่เกิดขึ้น และต่อด้วยการนั่งสมาธิในแบบลิ้มตา หลังจากนั่งสมาธิผู้ป่วยสามารถบอกความรู้สึกหลังการทำสมาธิและประโยชน์ที่ได้จากการทำสมาธิของตนเองพร้อมทั้งประเมินการฝึกสมาธิของตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และมอบหมายการฝึกสมาธิเป็นการบ้านเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเน้นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการฟื้นฟูของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วงที่มีอารมณ์ทางลบ

## กิจกรรมที่ 2 สถิตกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถฝึกสติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสามารถอธิบายประโยชน์ของสติได้และสามารถวางแผนการฝึกสติไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้ มีการทบทวนกติกา และแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม พุดคุยประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจากกิจกรรมที่ 1 แสดงความรู้สึกว่าอย่างไรจากการบ้านที่มอบหมาย โดยสะท้อนความคิดตามประสบการณ์ของบุคคลจากการปฏิบัติสมาธิ เมื่อมีสิ่งรบกวนขณะที่ปฏิบัติอยู่ที่บ้าน หรือสิ่งที่ไม่สบายใจ ซึ่งผู้นำกลุ่มยอมรับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตำหนิหรือวิจารณ์

การโดยผู้ป่วยสามารถตอบได้ถึงจุดอ่อน (Vulnerabilities) และมีสิ่งเร้าใดกระตุ้น และสามารถนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไร

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับโรคเน้นความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ มุมมองทางลบหรือนิสัยความเคยชินเดิม บั่นทอนความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองและยังขยายอารมณ์ทางลบให้เพิ่มขึ้น การฝึกสติเป็นความรู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพโดยรู้ลมหายใจเพียงเล็กน้อยและรู้จักที่ทำต่างๆ ณ ปัจจุบันไปด้วย จะไม่ถูกสอดแทรกจากความคิดและอารมณ์ที่เป็นลบ ความวุ่นวายใจ ไม่วอกแวกได้ง่าย การแบ่งสติตามการใช้งานทั้งภายนอกและภายใน สติกำกับประสาทสัมผัสทั้งห้าและอริยาบถต่างๆ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม เป็นการฝึกสติในส่วนของ Being Mode ของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) เป็นการยอมรับกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง จากการฝึกรับรู้ลมหายใจของตนเอง เป็นการดึงความรู้สึกตัวให้มาอยู่กับปัจจุบัน ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามจริง บอกถึงความแตกต่างการกระทำที่มากความเคยชินและการกระทำอย่างมีสติ นำไปสู่ความเข้าใจในการจัดการกับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเองได้

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นให้เห็นถึงประโยชน์ของการฝึกสติและสมาธิที่มีคุณภาพ สามารถแบ่งสติตามการใช้งานและเห็นความแตกต่างระหว่างสติกับสมาธิ เชื่อมโยงการนำมาใช้งานอย่างเหมาะสม และสามารถนำมาจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยการดึงสติมารับรู้ปัจจุบันด้วยลมหายใจตนเองอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง และเน้นความสำคัญโดยมอบหมายการบ้านและการนัดหมายครั้งต่อไป

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการปฏิบัติการฝึกสมาธิที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการฝึกสมาธิเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความใส่ใจและบันทึกให้คะแนนการฝึกสมาธิของตนเองตามที่กำหนด และผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์สมาธิเมื่ออยู่บ้าน ต่อไปนี้

สมาชิกที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิได้ 8-10 คะแนน สรุปว่า สมาธิทำให้จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน สงบนิ่งขึ้นเป็นช่วงๆ และการทำสมาธิทำให้ผ่อนคลายความเครียด ความรู้สึกเศร้าและวิตกกังวลน้อยลง สมาธิในแบบสิมตาก็ทำให้ไม่ฟุ้งซ่านด้วย

สมาชิกที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิได้ 6-7 คะแนน สรุปว่า ยังมีบางช่วงจิตใจยังวุ่นวายไม่สามารถควบคุมความคิดของตนเองได้ และช่วงนอนหลับสามารถทำสมาธิให้หลับไปเลยก็รู้สึกว้าวหลับได้ดีขึ้น

หลังจากผู้ป่วยสามารถทบทวนตนเองจากการบ้านในเรื่องการฝึกสมาธิให้ใจสงบนี้ผู้วิจัยจึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความเข้าใจในเรื่องของสติ ซึ่งผู้ป่วยร่วมมือตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เช่น สติ คือความรู้สึกตัว รู้เท่าทันอารมณ์หรือการกระทำต่างๆ สติ คือความ

ใส่ใจทำสิ่งต่างๆไม่ประมาทและไม่หลงลืม และทำให้เราระมัดระวังมากขึ้น สมาชิกสามารถบอกได้ถึง การนำสติมาใช้งานในชีวิตประจำวันและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เช่น สติในการรับรสชาติ ซึ่งผู้วิจัยให้รับรสสัมผัสของลูกอม สมาชิกมีความเห็นว่าถ้ารับรู้พร้อมกับรู้ลมหายใจเบาๆสามารถ อธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดและชัดเจนขึ้น เช่น “รู้สึกถึงรสที่เย็นไปถึงคอ” “รสชาติหวาน เย็นจนเหมือนชาที่ลิ้น” หลังจากนั้นใช้สติในการยืน เดิน และนั่ง สมาชิกในกลุ่มบอกถึงความรู้สึกได้ ว่าถ้ายืนและนั่งด้วยสติความรู้สึกถึงเท้าสัมผัสพื้นมีความมั่นคงมากขึ้น การเดินอย่างมีสติสมาชิกรู้สึก ต้องระมัดระวังมากขึ้นใส่ใจมากขึ้นและต้องมีความรู้สึกตัวว่าอยู่ในสถานการณ์ใด ผู้ป่วยสามารถบอก การใช้สติกับสถานการณ์ที่สมมุติขึ้นอย่างเหมาะสม เช่น การข้ามถนนต้องมีสติกับการมองเห็น ระมัดระวัง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์มีคนมาตำหนิหรือทำให้เกิดความไม่พอใจต้องใช้สติมารู้ลมหายใจ ที่มากขึ้น และเมื่อมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรู้สึกหงุดหงิดหรือเศร้าก็มารู้ลมหายใจ ตนเองให้มากขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยประเมินตนเองหลังการฝึกสติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และ สมาชิกสามารถบอกถึงประโยชน์และความแตกต่างของการทำสมาธิและสติ เช่น สมาธิ คือ ความรู้สึกถึงความสงบนิ่ง จดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และสติเป็นการรู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพที่เป็นปัจจุบันและ รู้ในกิจต่างๆและหน้าที่ต่างๆที่ต้องกระทำต่อไป

ภายหลังกิจกรรมสรุปประเด็นให้เข้าใจคุณลักษณะและกระบวนการความแตกต่างของสมาธิ และการฝึกสติให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจชัดเจน และนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เน้นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้บันทึกประเมินตนเองในการทำสมาธิ และการฝึกสติเป็นการบ้านใน 1 สัปดาห์ ส่งเสริมความสามารถแยกลักษณะการกระทำที่มาจาก ความเคยชินเดิมๆและเปลี่ยนแปลงโดยนำสติมาใช้กับตนเองต่อไป

### กิจกรรมที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกที่เกิดบนร่างกาย และปล่อยวางได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์ทางลบ และสามารถปล่อยวางได้

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ ทบทวน กติกาและแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำสมาธิและการฝึกสติ และทบทวนการบ้านในกิจกรรมที่ 2 ให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องร่วมกัน

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มชี้ให้เห็นความตระหนักของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อารมณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกาย เห็นความเคยชิน หรือนิสัยที่จมอยู่ในความทุกข์ความเศร้าเนื่องมาจากอาการของโรค การตระหนักถึงสัญญาณนำมาที่ ส่งผลให้ความซึมเศร้าก่อตัวขึ้น การทำ Body scan โดยใช้สติรับรู้ถึงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นบน ร่างกายตนเอง และรู้ทันภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยเสี่ยงที่มากกระตุ้น ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

การเขียนเล่าระบายเรื่องราวความทุกข์ความไม่สบายใจ เสนอความคิดเห็นในการเรียนรู้ร่วมกันต่อการจัดการกับอารมณ์ตนเองอย่างมีสติ ยอมรับและไม่ตัดสินกับอารมณ์นั้น และให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงไปของลักษณะอารมณ์ที่ไม่คงที่ ดึงสติมาอยู่กับลมหายใจที่เป็นปัจจุบันและรู้จักปล่อยวาง ความความรู้สึกทางลบ และสามารถพูดให้กำลังใจกับตนเอง(Self Dialogue) เพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าตนเองและยอมรับอารมณ์เศร้าที่เกิดเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเท่านั้น และมีมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ลบเพื่อนำไปสู่การปล่อยวางความรู้สึกที่เป็นลบ

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นให้เห็นถึงการตระหนักรู้ในอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค มีมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ต่อการเจ็บป่วยจากโรคทางอารมณ์และการนำสติมากำกับรู้เท่าทันความรู้สึกอารมณ์ที่เป็นลบ ซึ่งมีการสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะให้เห็นคุณค่าของตนเอง ส่งเสริมสติกับอารมณ์ทางบวกที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายอย่างเหมาะสม

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน คือ การฝึกสมาธิกับการฝึกสติ(การรู้ในสิ่งที่ทำ)และผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่ออยู่บ้านของผู้ป่วยตามคะแนนในภาพรวมดังตัวอย่าง

“สมาธิที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิ 7 คะแนนและการฝึกสติได้ 8 – 9 คะแนน เล่าว่าการทำสติสามารถกระทำได้ทุกเวลาแค่รู้สึกตัวรับรู้ในสิ่งที่กระทำอยู่แต่ต้องเป็นปัจจุบันขณะ แต่สมาธิยังทำได้ไม่นานเพราะจิตยังไม่ค่อยนิ่ง บางครั้งมีวิตกกังวลและมีอารมณ์เศร้าปะปนอยู่จึงไม่ค่อยสงบนัก”

“สมาธิที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิ 8 คะแนนและการฝึกสติได้ 7 คะแนน” เล่าว่าช่วงเวลาที่เศร้ายังไม่อยากทำอะไร อยากอยู่เฉยๆไม่กล้าตัดสินใจอะไรๆ มีสวดมนต์ไหว้พระและนั่งสมาธิให้จิตใจสงบสม่ำเสมอ และขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยเหลือ แต่มีสติในการรับประทานยาและเตือนตนเองเนื่องจากกลัวอาการจะกำเริบซ้ำ”

“สมาธิที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิ 6 คะแนนและการฝึกสติได้ 8 คะแนน การทำสมาธิเป็นเรื่องยากเพราะยังคิดหลายเรื่องและหยุดที่จะคิดไม่ค่อยได้ แต่ผมฝึกสติรู้ในสิ่งที่ทำในการทำงานทำให้รู้สึกเหนื่อยกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบน้อยลงและการออกกำลังกายอย่างมีสติก็ช่วยคลายเครียดหรือคลายความทุกข์ใจ”

หลังจากสมาชิกในกลุ่มสามารถทบทวนตนเองจากการบ้านในเรื่องการฝึกสมาธิและการฝึกสติเพื่อให้เกิดทักษะและความต่อเนื่องในการเรียนรู้ ซึ่งทุกคนมีความตระหนักเห็นถึงความสำคัญของ

กิจกรรมที่ได้รับไป ก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งนี้เรื่อง “สติรู้ทันอารมณ์” ในกิจกรรมมีการสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกายในขณะที่ทำสมาธิ ซึ่งผู้ปวยอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ผู้ปวยรู้สึกตึงที่กล้ามเนื้อคอชัดเจน รู้สึกตึงที่แผ่นหลังสองข้าง รู้สึกคันที่คอ รู้สึกปวดตึงที่ขา ซึ่งผู้ปวยนำมาเล่าอธิบายความรู้สึกนั้นๆ “รู้สึกอึดอัดที่คอและไม่พอใจไม่ชอบในความรู้สึกนั้น” “รู้สึกปวดเมื่อยที่ขาอยากให้หายปวด” และพอให้กำกับการเตือนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นเพียงคนเฝ้าดู หรือผู้เห็นอาการที่เกิดขึ้นบนร่างกาย ผู้ปวยสามารถรับรู้ที่แตกต่างจากเดิมและสามารถดึงกลับมาสู่ลมหายใจ เช่น “พอใช้ความคิดว่าเป็นผู้ดูเท่านั้น ความรู้สึกเริ่มจางคลายลง” “รู้สึกว้าวถ้าอึดอัดปวดตึงที่หลังทนมไม่ได้ก็กลับมาสู่ลมหายใจและสำรวจความรู้สึกนั้นอีกครั้ง ลดลงจากเดิม” หลังจากสอบถามความคิดเห็นและประโยชน์จากการลงนำสติมาสำรวจอารมณ์ทางลบโดยให้เล่าเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เช่น “ผมได้ซื้อขยารถกับพี่ที่รู้จักแต่โดนโกง เหาารถผมไปจ่ายเงินไม่ครบ รู้สึกทุกข์ใจแต่ก็ทำใจและพยายามปล่อยวางความรู้สึกมาอยู่ปัจจุบัน มาอยู่ที่ลมหายใจและคิดว่าต้องดำเนินชีวิตต่อไป” “รู้สึกเศร้าที่ไม่มีงานทำ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองไปเลยจากโรครอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว แต่มีลูกให้กำลังใจและตนเองก็จะพยายามมาสู่สติด้วยการรับรู้หรือหายใจเข้า-ออกแรงขึ้นเรียกสติตัวเอง ปล่อยวางความรู้สึกเศร้า เครียดนั้นไปให้ได้” จากการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคน สมาชิกสามารถบอกถึงประโยชน์จากการนำสติไปประยุกต์ใช้ได้ และมีสีหน้าที่ผ่อนคลายจากอารมณ์ทางลบ และให้สมาชิกกลุ่มประเมินระดับสติรู้ทันความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง พบว่าอยู่ในระดับทำได้ปานกลางถึงมาก และผู้วิจัยเน้นย้ำความสำคัญการฝึกสติ และการสำรวจความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นบนร่างกายให้อยู่กับปัจจุบัน โดยมอบหมายการบันทึกประเมินตนเองในการฝึกปฏิบัติที่บ้านเน้นให้เห็นความสำคัญการนำสติเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

#### กิจกรรมที่ 4 สติรู้ทันความคิด

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปวยรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้น และแยกความคิดกับความจริงได้
2. เพื่อให้ผู้ปวยสามารถสังเกตความคิดทางลบและปล่อยวางได้

##### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มีความไว้วางใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ของสติรู้ทันความคิด ทบทวนกติกาและแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม การฝึกปฏิบัติสติที่ต่อเนื่องทำให้รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของโรครอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว มุมมองทางความคิดมีส่วนสำคัญที่ทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงดำเนินอยู่จากความเคยชินหรือนิสัยการมองด้วยความคิดที่เป็นลบ การรู้จักสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นแล้วนำมาติดป้ายความคิดกำกับอย่างสั้นๆ (Labeling) ยอมรับอย่างรู้สึกตัวว่ามีความคิดผุดขึ้นมา ไม่ขยายความคิดนั้นเพียงรู้เท่าทันความคิด

เน้นหากความคิดลบเมื่อเกิดขึ้นให้รู้ตัวและไม่คิดตาม ให้กลับมารู้ลมหายใจที่ปกติทำอย่างนี้ทุกครั้ง และให้ลองทบทวนเหตุการณ์ที่รบกวนจิตใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้การตีความกับความคิดนั้นอย่างเหมาะสม และสามารถกลับมารู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันได้ไม่ยึดติดหรือให้ความสำคัญกับความคิดทางลบเพื่อนำไปสู่การปล่อยวางความรู้สึกที่มาจากความคิดนั้น และแลกเปลี่ยนมุมมองทางบวกอันเนื่องจากความทุกข์ที่ลดลงเท่ากับการนำความสุขเข้ามาในชีวิต

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นในมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ในการรู้เท่าทันความคิดนำไปสู่การปล่อยวางความยึดติดหรือความคาดหวังให้มาอยู่กับปัจจุบัน

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน คือ การฝึกสมาธิกับการฝึกสติทั่วร่างกาย (Body scan) และผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่ออยู่บ้านของผู้ป่วยตามคะแนนในภาพรวมดังตัวอย่าง

“สมาธิที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิ 7 คะแนนและการฝึกสติทั่วร่างกาย (Body scan) อยู่ในระดับ 8 คะแนน เล่าว่าการทำสติรู้ทั่วร่างกายจะรับรู้ได้ดีในช่วงเวลาที่เหนื่อยจากการออกกำลังกาย ความรู้สึกชัดเจนขึ้น แต่สมาธิบางครั้งไม่ค่อยมีเวลาเท่าไรแต่ใช้การสวดมนต์แทน ”

“สมาธิที่ประเมินคะแนนการทำสมาธิ 5 คะแนนและการฝึกสติทั่วร่างกาย (Body scan) อยู่ในระดับ 7-8 คะแนน” เล่าถึงการสำรวจร่างกายทำได้เป็นบางครั้ง ยังมีปัญหาครุ่นคิดซ้ำๆ เรื่องเดิมๆ แต่พอมารู้ที่ลมหายใจเข้าออกแรงๆ ว้าวๆ 3-5 ครั้งก็ช่วยบรรเทาความรู้สึกนั้นกลับมาอยู่กับปัจจุบันได้แต่การนั่งสมาธิทำยังไม่ค่อยได้ทำได้เพียงชั่วคราวเดียว ” “สมาชิกลงสนทนว่าการทำสมาธิเป็นเรื่องยาก เนื่องจากยังคิดหลายเรื่องและยังหยุดที่จะคิดห้ามใจตนเองไม่ค่อยได้ ส่วนการสำรวจความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้ความรู้สึกไวขึ้นและบางครั้งใช้การกำและแบมือเพื่อให้สติมารู้สึกตัวที่ชัดเจนขึ้นเมื่อเกิดอารมณ์ทางลบ ทำให้เข้าใจตนเองมากขึ้น”

หลังจากสมาชิกในกลุ่มสามารถทบทวนตนเองจากการบ้านเพื่อให้มีความต่อเนื่องในการเรียนรู้แต่ละกิจกรรม ทุกคนมีการแชร์ประสบการณ์กันและตระหนักเห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมที่ได้รับไป ก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งนี้เรื่อง “สติรู้ทันความคิด” ในกิจกรรมนี้มีการสำรวจมุมมองความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบและการครุ่นคิดทางลบของตนเอง โดยร่วมแสดงความคิดเห็นในสถานการณ์เรื่อง ท่องไปบนถนนคนเดิน สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าว เช่น “มีความคิดว่าไม่ต้องใส่ใจเนื่องจากคนนั้นอาจมองไม่เห็น” “เขาอาจไม่อยากจะมาอยู่หรืออยากคุยกับเรา” “รู้สึกไม่พอใจอยู่เหมือนกันแต่ก็เฉยๆ” โดยสรุปเป็นความรู้สึกไม่ค่อยพอใจและมีมุมมองความคิดลบว่าตนเองไม่ดีจึงไม่มีใครสนใจ ส่วนการสำรวจการ

ครุ่นคิดทางลบพบว่า สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและท้อแท้บ่อยครั้ง โดยบอกเล่าถึงความคิดว่าไม่มีใครสนใจความคิดที่จะทำโครงการหรือกิจการของตนเองจึงรู้สึกเศร้าท้อแท้ไม่อยากคิดอะไร รู้สึกล้มเหลวกับสิ่งต่างๆที่ทั้งหมดแรงที่จะคิดวางแผนอะไรต่อไป คิดซ้ำๆถึงเหตุการณ์ที่ซบรลชนต้องเสียเงิน และเหตุการณ์โดนโกงซื้อขายรถทำให้รู้สึกท้อแท้และไม่มีอำนาจที่จะจัดการเนื่องจากไม่มีหลักฐานเอาผิดทางกฎหมายได้เหมือนกับว่าต้องเผชิญปัญหาอยู่คนเดียว และเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยลองทบทวนบันทึกกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันที่เป็นปัจจุบันใน 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ใจในเรื่องราวที่มีจำนวนน้อยกว่ากิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันที่เป็นจริงแต่เนื่องจากความคิดทางลบเดิมมีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้ความรู้สึกนั้นส่งผลกับตนเองและความเจ็บป่วยที่เข้ามา หลังจากนั้นให้ทดลองใช้เทคนิคการตีปายความคิดในเหตุการณ์ปัญหา ความทุกข์ใจต่างๆที่เป็นความคิดในด้านลบในแบบยอมรับและไม่ตัดสินหรือขยายความคิดนั้นโดยใช้ประโยคสั้นๆกำกับได้ เช่น “หากคิดถึงเหตุการณ์โดนโกงในอดีตกับความรู้สึกผิดผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่า ตอนนี้กำลังเศร้า หรือไม่สบายใจผ่านไปแล้วนะ” “ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัวคนใกล้ชิด สามารถตีปายความคิดนั้นว่า ฟุ้งซ่านจนคิดมากไปแล้วนะ” และผู้ป่วยกลับมารู้ลมหายใจ ตื่นจากความคิดทางลบที่มาจากความเคยชินเดิมที่ฝังใจอยู่ ให้กลับมาอยู่ปัจจุบันเป็นการฝึกจัดการความคิดด้วยสติเป็นคำพูดกำกับทั้งในแบบลืมนตาและหลับตา และสมาชิกในทีมสามารถบอกเล่าถึงประโยชน์ในการจัดการกับความคิดด้วยสติที่มาอยู่กับปัจจุบัน ไม่ขยายเรื่องราวที่ผ่านไปแล้วและมีมุมมองความคิดทางบวกอย่างเหมาะสมได้ เช่น “ทุกอย่างได้ผ่านไปแล้ว ตอนนี้ก็ต้องดำเนินชีวิตต่อไป ไม่ประมาทอีก” “เศร้าไปก็เท่านั้นไม่ทำให้อะไรดีขึ้น ชีวิตต้องสู้” “ความผิดพลาดสอนให้การเราได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขมัน” สมาชิกแต่ละคนช่วยแสดงความคิดเห็นและพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พบว่าผู้ป่วยร่วมมือและประเมินระดับการสำรวจความคิดและการตีปายอย่างเหมาะสมทำได้ในปานกลางถึงมาก และผู้วิจัยเน้นย้ำในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตนเองโดยมอบหมายการบันทึกให้คะแนนตนเองในเรื่องการฝึกสมาธิ สติรู้ทั่วร่างกาย และสติกับความคิด ในครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพ และผลต่อสัมพันธภาพนั้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิดทางลบ และมองเห็นสัมพันธภาพในแง่มุมมองใหม่

#### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มีความไว้วางใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ความสำคัญของสัมพันธภาพกับบุคคลที่ใกล้ชิด ทบทวนกติกาและ



แนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติของสติอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยให้อารมณ์และความคิดที่มั่นคงมากขึ้นร่วมกับสัมพันธภาพ

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่ม อธิบายโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากอุปสรรคความยุ่งยากใจหรือปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง และการนำแนวทางสติในมารู้เท่าทันอารมณ์และความคิด โดยการพิจารณาอย่างใคร่ครวญด้วยสติให้เกิดมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากภาวะซึมเศร้ายังคงดำเนินอยู่มาจากความเคยชินหรือนิสัยการมองด้วยความคิดที่เป็นลบ การสะท้อนและการรู้จักการชื่นชมในทุกๆระยะเมื่อสามารถรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีสติ

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นในมุมมองอย่างสร้างสรรค์ในสัมพันธภาพที่มีกับตนเองและคนรอบข้างร่วมกับเน้นการมีสติในการรู้เท่าทันอารมณ์และความคิดนำไปสู่การปล่อยวางความยึดติดหรือความคาดหวังให้มาอยู่กับปัจจุบัน

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน คือ การฝึกสมาธิกับการฝึกสติทั่วร่างกาย และสติกับความคิด และผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่ออยู่บ้านของผู้ป่วยตามคะแนนในภาพรวมดังตัวอย่าง

“สมาชิกที่ประเมินคะแนนสติกับความคิดตนเองอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน เช่น เล่าว่าการติดป้ายความคิดนั้นสามารถทำให้รู้ตัวอย่างมีสติและยอมรับกับความคิดที่ผุดขึ้นมา” “มีความคิดทางลบชอบเกิดขึ้นตลอดเวลา การรู้สึกตัวมีความสำคัญมาก” “มีเสียงแว่วขึ้นมา แล้วนำมาติดป้ายความคิดว่าไม่เป็นประโยชน์ที่จะคิด และไม่ให้ความสำคัญ ทำให้รู้ตัวไม่คิดตาม”

“สมาชิกที่ประเมินคะแนนสติกับความคิดตนเองอยู่ในช่วง 6-7 คะแนน เช่น “ความคิดและอารมณ์เกิดขึ้นพร้อมกัน ยิ่งแยกไม่ออกว่าต้องการอะไรแต่พยายามให้รู้สึกตัวเคลื่อนไหวร่างกาย และกำหนดรู้ที่ลมหายใจ อารมณ์ลดลงได้” “ความคิดทางลบเกิดขึ้นก็เอาความคิดทางบวกแทรกเลย การรู้ตัวใส่ใจกับความคิดอย่างมีสติก็พอทำได้” “บางครั้งเพื่อไม่ได้ใส่ใจกับความคิดก็เลยติดป้ายได้เป็นบางครั้งเท่านั้น แต่ใช้แนวทางไม่ขยายความคิดทางลบที่มากขึ้น ความรู้สึกเศร้าก็ลดลงด้วย”

หลังจากสมาชิกในกลุ่มสามารถทบทวนตนเองจากการบ้านเพื่อให้ความต่อเนื่องในการเรียนรู้แต่ละกิจกรรม ทุกคนใส่ใจกับการปฏิบัติและประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นซึ่งตระหนักถึงความสำคัญในกิจกรรมตามโปรแกรม ก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งนี้เรื่อง “ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง” ให้สำรวจสัมพันธภาพกับคนที่ใกล้ชิดว่าเป็นใครและอธิบายสิ่งที่

ทำให้รู้สึกไม่ชอบหรือไม่พอใจในใบกิจกรรมมีดังนี้ “พี่ ที่ไม่ชอบเพราะว่าพูดไม่เพราะกลัวว่าร้ายตลอด” “แม่ ที่ไม่ชอบที่คอยควบคุมบังคับทำสิ่งที่ไม่ชอบ” “หัวหน้างานและเพื่อนที่ทำงาน ไม่ชอบเพราะเหมือนโดนกลั่นแกล้ง ใส่ร้าย” และหลังจากนั้นใช้สติโดยรู้ลมหายใจใคร่ครวญถึงสิ่งที่ตนเองได้กระทำตอบโต้ ในกลุ่มแสดงความคิดเห็นดังนี้ “ได้พูดจาและโต้ตอบกันรุนแรง ทะเลาะ หงุดหงิดใส่เลย” “ไม่ทำตาม เพิกเฉย บางครั้งเดินหนี” “ไม่พูดคุยด้วยเนื่องจากไม่ชอบ” หลังจากนั้นเน้นการเฝ้าดูที่ลมหายใจพร้อมกับลองใคร่ครวญย้อนถึงสิ่งดีดีหรือเรื่องราวดีดีที่เคยเกิดขึ้นร่วมกัน “เขาเคยใส่ใจและดูแลเรามาก่อน ไม่ทอดทิ้งเรา ให้ความช่วยเหลือ” “ดูเหมือนว่าเขายังสนใจเราอยู่” “เขาทำงานบ้านและต้องมาดูแลเราด้วย” “ทำให้เราไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” “เคยพึ่งพาเรื่องเงินมาก่อน” และให้กลุ่มได้อภิปรายถึงประโยชน์ของการมีสติร่วมกับสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงประโยชน์ในภาพรวมได้ดังนี้ “ทุกคนต้องอยู่ร่วมกันการมีสติทำให้รู้จักคิด ควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือการใช้ความรุนแรง ก้าวร้าวต่อกัน และควรเห็นอกเห็นใจซึ่งกัน” “การมีสติทำให้เราใส่ใจดูแลกันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและไม่โดดเดี่ยว” “การมีสติทำให้รู้จักควบคุมตนเองมากขึ้น สัมพันธภาพที่ไม่ดีก็ยอมลดลงด้วย” และหลังจบกิจกรรมกลุ่มผู้วิจัยมอบหมายการบ้านในการฝึกสมาธิและการฝึกสติในชีวิตประจำวันและเน้นย้ำให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและแจ้งกำหนดกิจกรรมในครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อยกับบุคคลใกล้ชิดและผลที่ตามมาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำสติมากำกับในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางได้อย่าง

เหมาะสม

#### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มีความไว้วางใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกาและแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติของสติอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยให้อารมณ์นั้นคงมากขึ้น

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มอธิบายโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มาจากอุปสรรคความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005) โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการสื่อสารและภาษาท่าทางจากความเคยชินและนิสัยมุมมองที่เป็นลบ และเปรียบเทียบความแตกต่างการนำสติมาปรับกับการสื่อสารและภาษาท่าทางอย่างมีสติให้รู้เท่าอารมณ์และความคิดทุกครั้ง การแสดงความคิดเห็นด้วยมุมมองอย่างสร้างสรรค์ และนำเสนอเทคนิควิธีการสื่อสารทางบวก ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจใจกัน และนำไปสู่การเติมเต็มความรู้สึกนึกคิดที่

ดีต่อกัน คือ การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือ I Message แทนที่การพูดแบบ You Message และการรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่าย เป็นการสื่อสาร 2 ทาง (Two-way communication) คือ นอกจากจะเป็นการสื่อสารจากเราไปยังอีกฝ่ายหนึ่งแล้ว การให้อีกฝ่ายหนึ่งได้มีโอกาสโต้ตอบกลับมา จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนกันและความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันมากขึ้น และมีการแสดงความคิดเห็นขึ้นชมกับการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารและการรู้จักควบคุมตัวเอง

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นในมุมมองอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและการแสดงภาษาท่าทางอย่างเหมาะสมโดยการฝึกสติเพื่อรู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองและการอยู่ร่วมกันในสังคม

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน สมาชิกในกลุ่มมีการปฏิบัติได้ครบ โดยผู้วิจัยพูดคุยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกสมาธิ สติทั่วร่างกายและสติกับความคิดขณะอยู่ที่บ้าน ประเมินคะแนนในภาพรวม ดังนี้

“สมาธิที่ประเมินการฝึกสมาธิอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน ให้ความเห็นว่า การฝึกสมาธิทำให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย แต่ต้องหาสถานที่สงบๆ ในการฝึกทำให้มีสมาธิมากขึ้น

“สมาธิที่ประเมินสติรู้ทั่วร่างกายอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน ให้ความเห็นว่า การฝึกสติรู้ทั่วร่างกายทำให้รู้ทันความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น

“สมาธิที่ประเมินสติกับความคิดอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน ให้ความเห็นว่า ความคิดทางลบไม่ควรขยายต่อและการติดยาทำให้เรารู้ว่ามีความคิดที่ไม่ดีเกิดขึ้นมาและควบคุมมันต่อไปได้ บางครั้งก็นำความคิดทางบวกมาผสม การมองในแง่ดีและการอยู่กับปัจจุบันที่มากขึ้น

“สมาธิที่ประเมินการฝึกสมาธิอยู่ในช่วง 5-7 คะแนน ให้ความเห็นว่า การฝึกสมาธิยังเป็นเรื่องยาก และรู้สึกว่าการปฏิบัติยังไม่สงบนิ่งได้ และสถานที่ไม่เอื้อกับการฝึกสมาธินานาน จึงใช้รูปแบบอื่นเช่นการออกกำลังกายให้ผ่อนคลายแทน

“สมาธิที่ประเมินสติรู้ทั่วร่างกายอยู่ในช่วง 5-7 คะแนน ให้ความเห็นว่า การฝึกสติรู้ทั่วร่างกายพอทำได้บ้างเป็นบางครั้ง จะรู้ได้ดีเมื่อมีความรู้สึกรุนแรงเกิดขึ้นแล้ว เช่น ปวดศีรษะ ปวดตึงที่ขา หรือมีอาการเศร้าเสียใจ หดหู่ ท้อแท้ และพยายามกลับมารู้ลมหายใจอยู่กับปัจจุบัน

“สมาธิที่ประเมินสติกับความคิดอยู่ในช่วง 5-7 คะแนน ให้ความเห็นว่า ความคิดของเขาเกิดขึ้นหลายอย่างบางครั้งสับสนและยังต้องการค้นหาเหตุผลจากสิ่งเหล่านี้จึงติดยาความคิดได้บ้างและไม่ได้บ้าง และหยุดความคิดทางลบได้เป็นเพียงขณะหนึ่งเท่านั้น ยังมีความคิดวนเวียนกับเรื่องเดิมๆที่ทำให้ทุกข์ แต่การอยู่กับปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดีมากทำให้ทุกข์น้อยลง

หลังจากสมาชิกในกลุ่มสามารถทบทวนตนเองจากการบ้านเพื่อให้ความต่อเนื่อง โดยสมาชิกใส่ใจกับการปฏิบัติและประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นซึ่งตระหนักถึงความสำคัญในกิจกรรมตามโปรแกรม ก่อนเริ่มกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มได้นั่งสมาธิ 3-5 นาทีและสติรู้ทั่วร่างกาย 5 นาที ดำเนินต่อด้วยกิจกรรมเรื่อง “นำสติปรับการสื่อสาร” และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นจากตัวอย่างลักษณะการสื่อสารเดิมหรือความเคยชินของสมาชิกในกลุ่มจากการแสดงความคิดเห็นและใคร่ครวญปรับเปลี่ยนอย่างมีสติที่แตกต่างในใบกิจกรรมได้ดังนี้ “ผม รู้สึกหงุดหงิดและทะเลาะใส่พี่สาวของผมประจำ เพราะมายุ่งเรื่องครอบครัวของผม และพูดว่าผมไม่ชอบผมจัดการเองได้” ซึ่งนำสติมากำกับความรู้สึกตอนนั้นว่า หงุดหงิด โกรธและมีความคิดไม่พอใจ เศร้า นำมาประยุกต์ใช้ในการพูดสื่อสารด้วยภาษาฉันในแง่บวกทางบวกอย่างสร้างสรรค์ว่า “ผมรู้ว่าพี่ห่วงใยผมมากและผมคิดว่าได้เลือกใช้ชีวิตครอบครัวที่ทำให้ผมมีความสุขแล้วครับ” และกรณีศึกษาเช่น “ฉันรู้สึกโกรธ หงุดหงิดใส่ และลูกน้องก็ไม่พอใจเนื่องจากฉันชอบสั่งคั่วเขาในเรื่องงานไม่เรียบร้อยไม่ได้ตั้งใจฉันเลย ” นำมาประยุกต์ใช้ในการพูดสื่อสารด้วยภาษาฉันในแง่บวกทางบวกอย่างสร้างสรรค์และไม่ใช้อารมณ์ และให้มีสติคิดว่าลูกน้องได้รับเงินเดือนน้อยกว่าเรา การพูดคุยกันส่วนตัวอย่างเห็นใจซึ่งกันและกัน และใช้ภาษาฉันว่า “ฉันเห็นถึงความตั้งใจและความอดทนต่างๆในงานนี้นะ แต่เพื่อให้เกิดการพัฒนาของงานที่ต่อเนื่องยิ่งขึ้นอีก สำหรับฉันเป็นการเข้าใจจุดอ่อนปรับปรุงให้ตนเองก้าวหน้าต่อไปนะ” และในกรณี “ทะเลาะกับแฟนว่าฉันใช้เงินมาก ใช้คำพูดต่อกันรุนแรง ซึ่งฉันก็รู้สึกเศร้ากับเหตุการณ์ที่ผิดพลาดไป นำมาประยุกต์ใช้ในการพูดสื่อสารด้วยภาษาฉันในแง่บวกทางบวกอย่างสร้างสรรค์และไม่ใช้อารมณ์ และการมีสติในคำพูด “ฉันเข้าใจถึงความห่วงใย ฉันยอมรับและจะแก้ไขในสิ่งที่เสนอแนะมา ” ซึ่งจากการสังเกตสมาชิกในทีมใส่ใจและแสดงความคิดเห็นในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารทางลบที่นำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมร่วมกับการมีสติรู้จักยั้งคิด พิจารณาและไตร่ตรองรายละเอียดเนื้อหาของผู้ฟังและผู้รับสาร นอกจากนี้ยังให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การสื่อสารทางบวกให้กำลังใจตนเองและบุคคลใกล้เคียงต่อไป และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการฝึกตามโปรแกรมโดยผู้วิจัยมอบหมายให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามใบงานการบ้านและกำหนดการนัดหมายในกิจกรรมต่อไป

### กิจกรรมที่ 7 การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงสติกับการให้อภัยและการเมตตาตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงสติกับการอภัยและเมตตากับผู้อื่นได้

#### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มีความไว้วางใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกาและแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และการฝึก

ปฏิบัติของสติอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยให้อารมณ์และความคิดที่มั่นคงมากขึ้นและเป็นสภาวะจิตที่ต่อ ยอดคลที่สะท้อนความรู้สึกคุณค่าชีวิตของตนเองและความปรารถนาดีที่มีต่อกันกับสิ่งรอบตัว

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มสนทนาและร่วมอภิปรายการยึดติดกับมุมมองทางความคิดทางลบกับ บุคคลรอบข้างเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า การปล่อยวางทางความคิดและอารมณ์ทำให้ เป็นอิสระจากความทุกข์ ความขุ่นเคืองใจ ยอมรับเหตุผลและความบกพร่องที่มีซึ่งเกิดขึ้นมีเป็น ธรรมดาในมนุษย์ทุกคน ส่งเสริมการเห็นคุณค่าของชีวิตและการอยู่ร่วมกันในแบบการให้ความรัก ความเมตตา ให้อภัยทั้งตนเองและผู้อื่น เรียนรู้กับการทำให้จิตใจสงบจากการปล่อยวางความรู้สึกที่ เป็นทุกข์ ความรู้สึกผิดพลาดหรือความคาดหวังให้กลับมารู้ด้วยสติที่เป็นปัจจุบัน

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นใน มุมมองอย่างสร้างสรรค์ในการลักษณะนิสัยการมีเมตตา ความรักและการให้อภัย ที่มีกับตนเองและ คนรอบข้างเพื่อเห็นคุณค่าในชีวิต

### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนิน กิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน สมาชิกในกลุ่มมีการปฏิบัติได้ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและมีการบันทึกต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยพูดคุยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และเห็นประโยชน์ของการฝึกสมาธิ สติทั่วร่างกาย และสติกับความคิดขณะอยู่ที่บ้าน สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกได้ ดังนี้ การฝึกสมาธิทำให้เกิดความสงบและสติทำให้ใส่ใจและรู้สึกตัวว่า กำลังกระทำอะไรอยู่และดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจุบัน สติทำรู้ทันความคิดและอารมณ์และสามารถจัดการ กับมันได้ ใส่ใจกับความรู้สึกด้านบวกและเห็นคุณค่าในตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในกิจกรรม ต่อมา คือ “การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย” จากการสังเกตผู้ป่วยร่วมมือและความตั้งใจใน การปฏิบัติการแผ่เมตตาตามขั้นตอนดังนี้ ลำดับแรกเริ่มจากการแผ่เมตตาให้กับร่างกายและจิตใจ ของตนเอง และประเมินตามใบกิจกรรม พบว่า สมาชิกในกลุ่มมีความรู้และตระหนักถึงคุณค่าใน ตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และแสดงความคิดเห็นในมุมมองทางบวกได้ เช่น “ทำให้รู้สึกรัก ตนเองมากขึ้น” “บางครั้งลืมใส่ใจดูแลร่างกายของตนเอง” “ความทุกข์เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับ ชีวิตทุกคน” “พ่อแม่ให้ร่างกายเรามาเราควรใส่ใจดูแลตนเอง” ลำดับที่สองเป็นการแผ่เมตตาให้กับ คนที่ทำให้เรามีความทุกข์ในการให้อภัยผู้อื่นและการแผ่เมตตาเพื่อส่งความปรารถนาดีให้กับคนที่เรารักและสรรพชีวิตต่างๆ โดยให้สมาชิกลองระลึกถึงบุคคลที่ทำให้เราเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจและแผ่ เมตตาให้ และระลึกถึงบุคคลที่เรารักเพื่อแผ่เมตตาให้ พบว่าสมาชิกประเมินความสามารถในการแผ่ เมตตาเพื่อให้อภัยอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และมีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ “แผ่เมตตาเป็นสิ่งที่ดี ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น” “บุคคลที่ทำให้เราเป็นทุกข์ยังมีความรู้สึกการให้อภัย เป็นเรื่องที่ยากแต่ก็พอทำได้และไม่อยากจะทำเรื่องใดๆอีก ” “การแผ่เมตตาทำให้เราและคนที่จาก

ไปที่เรารักได้บุญกุศลด้วย” “การแผ่เมตตาของผมจะท่องเป็นบทสวดแทนทำให้รู้สึกดีเช่นกัน” “การแผ่เมตตาทำให้รู้สึกจิตใจอ่อนโยนขึ้นและเห็นอกเห็นใจกัน” ลักษณะสีหน้าและแววตาของสมาชิกแจ่มใส หลังจากนั้นวิจัยมอบหมายการปฏิบัติขณะอยู่บ้าน

### กิจกรรมที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเห็นความสำคัญต่อการจัดการกับปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีสติ รู้จักแสดงความคิดเห็น อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม

2. เพื่อวางแผนการดูแลตนเองที่เชื่อมโยงการพัฒนาจิตกับสมาธิและสติของผู้ป่วยเข้ากับวิถีชีวิตพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถรับมือกับภาวะซึมเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

#### การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มีความไว้วางใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกาและแนวปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติของสติอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยให้อารมณ์และความคิดที่มั่นคงมากขึ้น

ระยะที่ 2 ผู้นำกลุ่มอธิบายมุมมองทางความคิดทางลบมีส่วนสำคัญที่ทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงดำเนินอยู่จากความเคยชินหรือนิสัยเดิม ร่วมแสดงความคิดเห็นประสบการณ์การเรียนรู้จากการนำสติมาเพื่อกำกับหรือจัดการกับอารมณ์และความคิดอย่างต่อเนื่องในอนาคต รู้เท่าทันกับลักษณะอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างรู้ทัน และมีมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ในการดำเนินชีวิตร่วมกับนำสติมาอยู่ ณ ปัจจุบันโดยรู้สึกถึงลมหายใจรู้ในกิจต่างๆที่ทำ และมีมุมมองที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง

ระยะที่ 3 ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่มและให้สมาชิกในกลุ่มเสนอแนะความคิดเห็นการใช้สติกับชีวิตประจำวันให้เป็นวิถีชีวิตบริบทที่เหมาะสมกับตนเองที่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ

#### สรุปการประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มมีการกล่าวทักทายผู้นำกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมมีการฝึกสมาธิ 3-5 นาที และหลังจากนั้นเริ่มทบทวนการบ้าน สมาชิกในกลุ่มมีการปฏิบัติได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและมีการบันทึกต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยพูดคุยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเห็นประโยชน์ของการฝึกสมาธิ สติทั่วร่างกาย สติกับความคิด และการแผ่เมตตา และให้เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆที่ยังส่งผลกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกำเริบซ้ำและการวางแผนการนำสติมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของแต่ละคน ดังนี้ “โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่กลับมามีอาการซ้ำ เนื่องจากความเครียดในเรื่องงานกระตุ้น บางครั้งมีหิวแล้วได้ยินเสียงคนว่าร้าย

การมีสติเป็นการรู้เข้าใจตนเองที่เป็นปัจจุบัน ยอมรับ ไม่ตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น”  
 “อาการกำเริบเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอวกแวกไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากทำหลายอย่าง  
 การใช้สติรู้ตัวในการกระทำกิจการต่างๆอย่างให้เหมาะสมกับเวลา” “อาการกำเริบเกิดจากการลืม  
 ไม่ได้รับประทานยา การมีสติทำให้ใส่ใจดูแลตนเองดีขึ้น และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดีขึ้น”

ภายหลังสรุปกิจกรรมที่ 1-7 ที่ผ่านมาโดยให้ผู้ป่วยช่วยสรุปประเด็นสาระทั้งหมดและแสดง  
 ความคิดเห็นร่วมกัน ดังนี้ การรู้จักและเข้าใจเรื่องโรคของตนเอง การทำสมาธิและการจัดการกับ  
 ปัญหาความทุกข์ภายในจิตใจอย่างมีสติ การรู้เท่าทันของอารมณ์และความคิดทางลบของตนเองและ  
 ดึงกลับมาอยู่กับปัจจุบันไม่ขยายต่อความคิดลบหรืออารมณ์ทางลบ ให้ปล่อยวางความรู้สึกเหล่านี้ก่อน  
 เพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ การใช้สติในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเรียนรู้การแผ่  
 เมตตาและให้อภัยซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความตั้งใจและวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยการนำ  
 สติมาใช้ในชีวิตประจำวันและเตรียมพร้อมทั้งโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีสติในการดูแล  
 ตนเองหรือเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำต่อไป

### กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการพยาบาลในการดูแลให้บริการพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม ได้แก่  
 การประเมินคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำการใช้ยาและอาการข้างเคียงและ  
 ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหา รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยารักษา และการนัด  
 หมายของแพทย์เพื่อติดตามอาการ

2. ผู้วิจัยมีการนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 สัปดาห์ ขอความร่วมมือตอบแบบ  
 ประเมินภาวะซึมเศร้า(Post-test) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจสอบความเรียบร้อยของ  
 แบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### 3. ระยะประเมินหลังการทดลอง

3.1 การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะ  
 ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการกำกับการทดลองภายหลังดำเนินโปรแกรมเสร็จ  
 สิ้นทันที โดยให้ตอบแบบประเมินวัดระดับการมีสติ ซึ่งผู้เข้าร่วมการทดลองทุกคนผ่านตามเกณฑ์ คือ  
 ระดับคะแนนวัดการมีสติไม่ต่ำกว่า 45 คะแนน (ดังตารางในภาคผนวก ฉ)

3.2 การประเมินผลภาวะซึมเศร้าของการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (Post-test) โดยดำเนินการ  
 ในสัปดาห์ถัดไปอีก 1 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของ  
 การเจริญสติ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการติดตามนัดหมายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ตอบแบบ  
 ประเมินภาวะซึมเศร้า(Post-test)และตรวจสอบความเรียบร้อยให้ครบถ้วนสมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

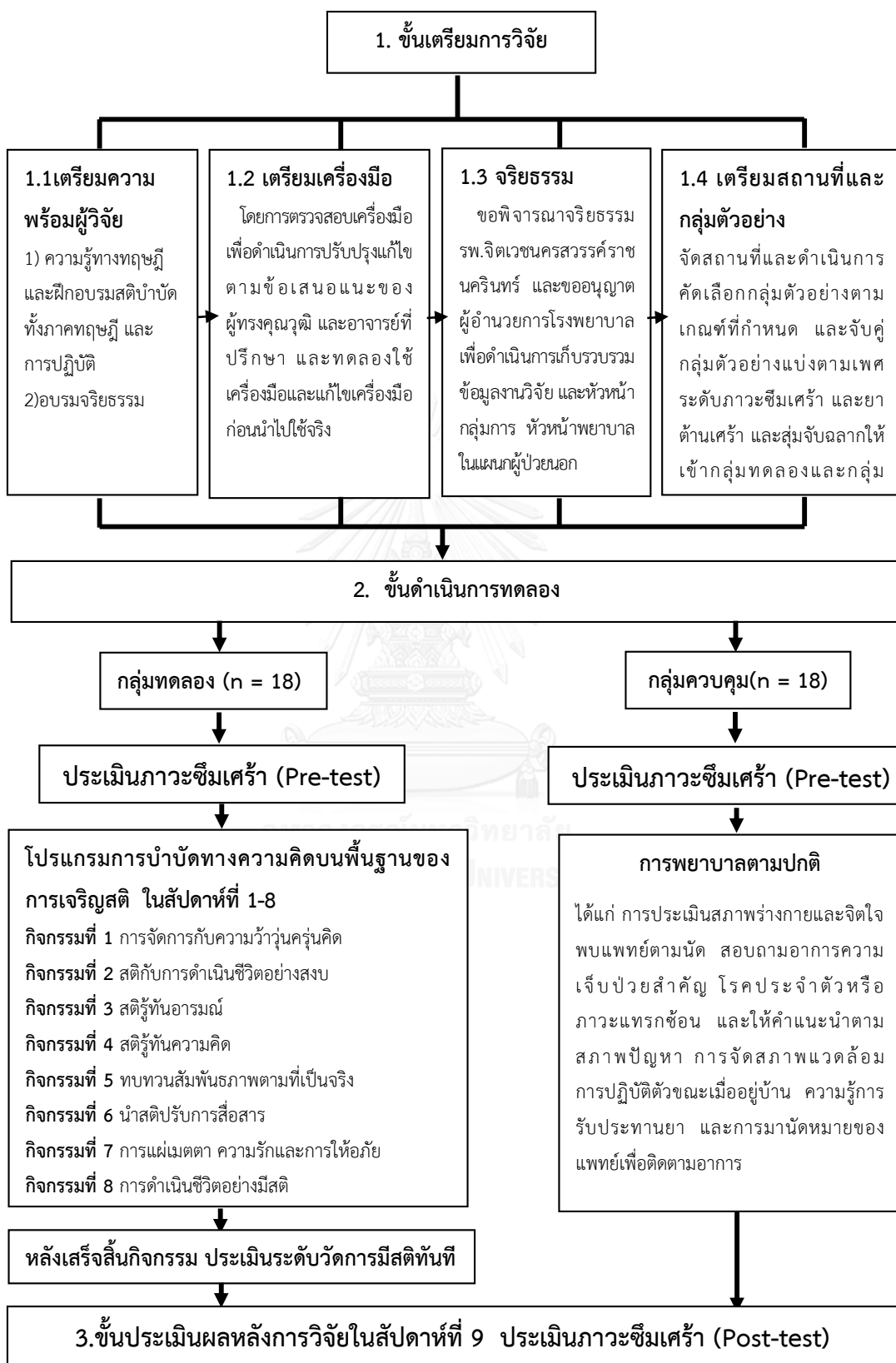
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความแตกต่างมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม คือ ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05





## สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของ “การใช้โปรแกรมผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ จำนวน 36 คน จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นไปตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และจับคู่ (matched-pairs) ในเรื่องเพศ คະแนนภาวะซึมเศร้า และยาต้านเศร้า ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-post test control group)

ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอนในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายโดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

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

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบผลคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบผลคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว  
จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=18)		(n=18)		(n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	27.8	5	27.8	10	27.8
หญิง	13	72.2	13	72.2	26	72.2
<b>อายุ</b>						
20 – 29 ปี	1	5.6	2	11.1	3	8.3
30 – 39 ปี	2	11.1	2	11.1	4	11.1
40 – 49 ปี	4	22.2	9	50.0	13	36.1
50 – 59 ปี	11	61.1	5	27.8	16	44.4
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	8	44.4	12	66.7	20	55.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	22.2	1	5.6	5	13.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	11.1	3	16.7	5	13.9
อนุปริญญา/ปวส.	1	5.6	1	5.6	2	11.1
ปริญญาตรี	3	16.7	1	5.6	4	11.1
<b>อาชีพ</b>						
งานบ้าน ไม่ได้ประกอบ	6	33.3	9	50.0	15	41.7
อาชีพ	3	16.7	1	5.6	4	11.1
รับจ้าง	5	27.8	5	27.8	10	27.8
ค้าขาย	4	22.2	2	11.1	6	16.7
เกษตรกร	-	-	1	5.6	1	2.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ						
<b>รายได้</b>						
เพียงพอ	5	27.8	4	22.2	9	25.0
ไม่เพียงพอ	13	72.2	14	77.8	27	75.0

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	7	38.9	6	33.3	13	36.1
คู่	10	55.6	10	55.6	20	55.6
หม้าย	1	5.6	1	5.6	2	5.6
หย่า/ร้าง/แยก	-	-	1	5.6	1	2.8
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>						
1-10 ปี	15	83.3	14	77.8	29	80.6
11-20 ปี	2	11.1	3	16.7	5	13.9
21-30 ปี	1	5.6	1	5.6	2	5.6
มากกว่า 30 ปี	-	-	-	-	-	-
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>						
ยาต้านเศร้า	2	11.1	2	11.1	4	11.1
ยาควบคุมอารมณ์/ยาจิตเวช	16	88.9	16	88.9	32	88.9
การรักษาด้วยไฟฟ้า	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 และ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-59 ปี เป็นร้อยละ 44.4 โดยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี เป็นร้อยละ 61.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 50 และรองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 27.8 ระดับการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพงานบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ และมีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 72.2 และ 77.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ร้อยละ 55.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 1-10 ปีร้อยละ 83.3 และ 77.8 ตามลำดับและได้รับการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่เป็นยาควบคุมอารมณ์และยาจิตเวช ร้อยละ 88.9 และยาต้านเศร้าร้อยละ 11.1

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(BDI)ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test , Post-test)

ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า		ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	
	ก่อนการทดลอง Pre-test	หลังการทดลอง Post-test	ก่อนการทดลอง Pre-test	หลังการทดลอง Post-test
1	18 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	17 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)
2	19 (ปานกลาง)	13 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	18 (ปานกลาง)
3	19 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
4	18 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	17 (ปานกลาง)	18 (ปานกลาง)
5	17 (ปานกลาง)	10 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
6	18 (ปานกลาง)	15 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	18 (ปานกลาง)
7	19 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
8	19 (ปานกลาง)	14(เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	18 (ปานกลาง)
9	19 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
10	18 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
11	21 (มาก)	14 (เล็กน้อย)	20 (มาก)	18 (ปานกลาง)
12	16 (ปานกลาง)	13 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	19 (ปานกลาง)
13	16(ปานกลาง)	8 (ปกติ)	16 (ปานกลาง)	18 (ปานกลาง)
14	18 (ปานกลาง)	11 (เล็กน้อย)	19 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
15	17 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	17 (ปานกลาง)	15 (ปานกลาง)
16	19 (ปานกลาง)	13 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
17	17 (ปานกลาง)	12 (เล็กน้อย)	16 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)
18	18 (ปานกลาง)	13 (เล็กน้อย)	18 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)
ค่าเฉลี่ย	18.11	12	18.06	17.44
S.D.	1.23	1.65	1.11	1.10

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(BDI)ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ(paired t-test) (n=18)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	18.11	1.23	ปานกลาง			
				17	17.39	.00
หลังการทดลอง	12.00	1.65	เล็กน้อย			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	18.06	1.11	ปานกลาง			
				17	2.01	.06
หลังการทดลอง	17.44	1.10	ปานกลาง			

จากตารางที่ 4 อธิบายการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในงานวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติเท่ากับ 18.11 (ระดับปานกลาง)และหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าเท่ากับ 12.00 (ระดับเล็กน้อย) และเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 18.06 (ระดับปานกลาง) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.44 (ระดับปานกลาง) และเมื่อมีการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีคะแนนซึมเศร่าอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 ผลเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า(BDI)ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้นเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

(Independent paired t-test) (n=18)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	18.11	1.23	ปานกลาง	34	.14	.89
กลุ่มควบคุม	18.06	1.11	ปานกลาง			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	12.00	1.65	เล็กน้อย	34	-11.68	.00
กลุ่มควบคุม	17.44	1.10	ปานกลาง			

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบศึกษาสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก(ICD-10) และมีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก(ICD-10) และมีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์



### เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปีทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)
3. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หูแว่ว ภาพหลอนหรือหลงผิดและมีอารมณ์หรือพฤติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้
2. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมตามกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอน

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยมีจำนวนกลุ่มที่ศึกษาอย่างน้อยที่สุด 30 คน เพื่อให้ข้อมูลจากการทดลองมีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงจึงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้ในกลุ่มตัวอย่างมีค่าที่ใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร (Rice,2006) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย(drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ โดยประยุกต์มาจากแนวคิดโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) ร่วมกับกระบวนการโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-base Therapy and Counseling :MBCT) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) มากำหนดเป็นโครงสร้างของกิจกรรมในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด
- กิจกรรมที่ 2 สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ
- กิจกรรมที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 สติรู้ทันความคิด

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง

กิจกรรมที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 7 การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัย

กิจกรรมที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับใช้บันทึกข้อมูลรายละเอียดส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ(2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ การคิดค่าคะแนน โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนน 0 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (normal)

คะแนน 10 - 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 16 - 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 20 - 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate severe depression)

คะแนน 30 - 63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) มีการแก้ไขเนื้อหาให้ครอบคลุมและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)เท่ากับ 0.98 ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัยซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

**ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS) ประกอบด้วยข้อคำถามมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ และมีมาตรวัด

6 ระดับ บอกความถี่ของเหตุการณ์แต่ละวันที่บุคคลทำและแปลค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา
- 2 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
- 4 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยมาก
- 6 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกือบไม่เคยเกิดขึ้น

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) มีการแก้ไขเนื้อหาให้ครอบคลุมและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบวัดระดับการมีสติ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)เท่ากับ 0.96 ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภาลัยซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยง(Reliability)ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

#### ขั้นตอนการดำเนินงานทดลองวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะในการเตรียมการศึกษาวิจัย คือ ระยะแรกเป็นขั้นการเตรียมการวิจัย ระยะที่สองเป็นขั้นดำเนินการวิจัย ระยะที่สามเป็นขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

#### ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสติบำบัดนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เตรียมโปรแกรมและเครื่องมือ มีการดำเนินการทดลองและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง
3. เสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนซึ่งผ่านการตรวจสอบของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
4. จัดเตรียมสถานที่ในการทดลองและเสนอแผนกำหนดการในการทดลองวิจัย

5. เตรียมผู้ช่วยเหลือผู้วิจัย จำนวน 1 คน

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสมบัติผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานวิจัย จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน และให้ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(pre-test)

7. ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เพศ ภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาต้านเศร้า เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีผลกระทบต่องานวิจัยและจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กำหนดนัดหมายตาม วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว

#### **ระยะดำเนินการวิจัย**

1. กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ การประเมินอาการทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจและสังคม การให้คำแนะนำต่างๆตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ โดยนัดหมายแจ้งกำหนดการ วัน เวลา และสถานที่ และรายละเอียดของกิจกรรม

#### **ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการวิจัย**

1. ดำเนินการกำกับการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติทันที โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดระดับการมีสติของกลุ่มทดลองทุกคน พบว่า อยู่ในเกณฑ์ผ่านการประเมิน คือ มีระดับคะแนนการมีสติ 45-90 คะแนน

2. การประเมินผลการทดลอง(Post-test) โดยดำเนินการติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยแจกและเก็บแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมิน และในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมีการให้คู่มือความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

3. ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของการทดลองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม คือ ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ พบว่าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติพบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีผลต่อภาวะซึมเศร้ามลดลงในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

#### ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของไครดา สุรเทวมิตร(2554) จำนวนทั้งหมด 132 ราย ในโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางและสู่มกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพศหญิงร้อยละ 68.94 และเพศชายร้อยละ 31.06 สอดคล้องกับการศึกษาของ Benazzi (2000) และ Robb et al.(1998) พบว่าเพศหญิงมีอัตราการของภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้สูงกว่าในเพศชาย โดยสมาชิกในกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-59 ปี เป็นร้อยละ 44.4 จัดเป็นกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี เป็นร้อยละ 61.1 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

1-10 ปีร้อยละ 83.3 และ 77.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในทวีปยุโรปรวม 10 ประเทศ มีการติดตามโรคซึ่งพบได้ในทุกช่วงวัย โดยพบการวินิจฉัยในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงสุดในช่วง 55-57 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี (Pini et al., 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baldessarini, Tondo, & Hennen (2003) ในศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 450 ราย พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีการดำเนินอาการของโรคครั้งแรกจนได้รับการรักษามีระยะเวลานานถึง 7.8 ปี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการดำเนินอาการของโรคก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลายาว สอดคล้องกับประกอบกับจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศนิวซีแลนด์จำนวน 211 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่รุนแรงในช่วงอาการเมเนียเป็นเวลา 28 วัน ในขณะที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่รุนแรงของช่วงซึมเศร้าเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน (Kawa et al., 2005) เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Judd et al. (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีการดำเนินของโรคคงอยู่และยาวนานโดยช่วงเวลาที่มียาอาการซึมเศร้านั้นจะยาวนานกว่าในช่วงอาการเมเนียถึง 3 เท่า โดยหากปล่อยให้มียาภาวะซึมเศร้ายาวนานจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตลดลง (Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2005) และระดับการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.4 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 55.6 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำงานบ้านหรือทำงานอยู่ที่บ้านร้อยละ 33.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 72.2 และ 77.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowden (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน เช่น ขาดหรือลางาน ไม่สามารถทำงานได้ และหากปล่อยภาวะซึมเศร้าให้มีอาการเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลต่อการรู้คิดที่บกพร่อง (Cognitive Impairment) และนำไปสู่ความเสื่อมของการทำหน้าที่ (Suppes & Dennehy, 2005) ซึ่งจากความบกพร่องทางอารมณ์หรือพฤติกรรมนั้น มีผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการในด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคม ด้านฝึกอชีพ ด้านฝึกทักษะที่สำคัญ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีปัญหาในการกำกับควบคุมอารมณ์ และมีกระบวนการของความคิดที่บกพร่อง (Robinson & Nicol, 2006; Marchand, 2012) และการเจ็บป่วยมีความเรื้อรัง การดำเนินของโรคที่ยาวนาน และเป็นภาระในการดูแลที่ยาวนานมากกว่า 10 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผู้ป่วยยังขาดการป้องกันที่เชื่อมโยงกับการวินิจฉัยดังกล่าว (Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2003; Calabrese et al., 2006; Suppes et al., 2001) ในด้านการรักษากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่เป็นยาควบคุมอารมณ์และยาทางจิตเวช ร้อยละ 88.9 และยาด้านเศร้าร้อยละ 11.1 สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาด้านเศร้า (antidepressants) ของ Altshuler et al. (1995) อาจมีผลต่อการดำเนินของโรคอารมณ์

แปรปรวนสองขั้วโดยเฉพาะในเพศหญิงจากการติดตามผลระยะยาวในผู้ป่วยจำนวน 51 ราย พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาต้านเศร้า กระตุ้นให้เกิดอาการของแมเนียร้อยละ 35 และยังคงผลถึงความถี่ของการเกิดอาการ(cycle acceleration)ในผู้ป่วยร้อยละ 26 ที่เหนียวนาให้เกิดอาการแมเนีย แม้ว่ายาซึมเศร้าจะมีประสิทธิภาพในการรักษาในระยะอาการเฉียบพลัน สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วงซึมเศร้า(depressive episode)แต่ในการรักษาในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในช่วงซึมเศร่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอไม่ว่าจะใช้ยาต้านเศร้าตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยา Lithium (Quitkin et al., 1982 ; Sachs et al.,1994 ; Calabrese et al. , 2006; Marchand, 2012) ดังนั้นในปัจจุบันแนวทางการรักษามีการเปลี่ยนแปลงไปจากการให้ความสำคัญในการรักษาในระยะสั้นมาให้ความสำคัญกับการรักษาในระยะยาวและเปลี่ยนจากการรักษาที่เน้นให้อาการป่วยดีขึ้น(syndromal recovery)มาเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยคงความสามารถที่จะกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติร่วมกันในสังคม(functional recovery)(ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2549)

## ตอนที่ 2 อภิปรายลักษณะของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยอภิปรายผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีระดับการรู้สติที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองจากแบบวัดระดับการมีสติ (Brown & Ryan, 2003) ในประสบการณ์ชีวิตประจำวัน(Day-to-Day Experiences)มีลักษณะสำคัญที่เน้นศักยภาพในการตระหนักรู้(Awareness)และวัดความใส่ใจหรือการรับรู้(Attention)ที่สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวัน โดยลักษณะความตั้งใจใส่ใจอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการสร้างภาพการตระหนักรู้เป็นประสบการณ์ในแต่ละวันซึ่งบุคคลอาจกระทำตามลักษณะความเคยชินหรือเป็นนิสัยเดิม ประเมินค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนน 6 ระดับ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเรียนรู้อย่างมีแบบแผน รูปแบบที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ(Automatic Pilot)กับการกระทำอย่างมีสติ โดย Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายกลไกการตอบสนองผ่านการทำงานของจิต โดย Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างที่เป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชิน/เป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบมีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา และเรียนรู้การฝึกสติผ่านสมาธิยังช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้กระบวนการควบคุมการรู้คิดหรืออภิปัญญา(Meta-cognitive awareness) ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านกระบวนการละตนเองออกจากกิจกรรมที่ค้างใจ (Preservative cognitive activities)(Corcoran, Farb, Anderson, & Segal, 2010) สอดคล้องกับคำอธิบายของ Segal, William, & Teasdale (2002) ตามโปรแกรม MBCT ในเรื่องการฝึกสมาธิ

เพื่อให้เกิดสติด้วยการให้ความรู้ และการพัฒนาสติสมาธิจะต้องถูกกระตุ้นให้ใคร่ครวญไตร่ตรองใน ทุกทุกขณะ เป็นสภาวะจิตที่สามารถดึงกลับมาใส่ใจ(Attention) และตระหนักรู้(Awareness) มากขึ้นในวิถีทางแตกต่างจากเดิม ในการรับรู้สัมผัสที่เกิดบนร่างกายจากเทคนิคการทำ Body scan สังเกตความรู้สึกต่างๆและความคิดที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจมากกว่าการตอบสนองอย่างอัตโนมัติในลักษณะ ของความเคยชินหรือนิสัยเดิม ซึ่งในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใส่ใจตระหนักรู้อยู่ ณ ปัจจุบันขณะ อย่างเข้าใจยอมรับ และไม่ตัดสิน ตลอดจนความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) จากการประเมินความคิดที่เป็นปรากฏการณ์ทางจิตที่เกิดขึ้น โดยไม่ ขยายความเพิ่มมากขึ้นจากเดิม แม้ว่าอารมณ์ที่เกิดจะเป็นทางบวกหรือลบก็ตาม (Buchheld et al., 2001; Hayes & Wilson, 2003) สถิติจึงเป็นความรู้สึกตัวที่มีคุณภาพ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ความสามารถอดทนต่อสิ่งเร้าที่มากระทบทางจิตใจทั้งภายในและภายนอก

การนำเทคนิคของการบำบัดทางความคิดหรือทางปัญญา ได้แก่ มีการสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจินตนาการ(Imagery) การคิดกรอบใหม่(Reframing)และการปรับเปลี่ยนแผน วิถีการคิดใหม่(Restructuring thought Patterns) การรู้จักความรัก ความเมตตาและการให้อภัยเพื่อ จัดการกับอารมณ์ความยุ่งยากใจร่วมกับการสะท้อนความรู้สึกที่มาจากความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกทุกขณะ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับผลลัพธ์ในการดูแลตนเองดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในด้านของอารมณ์ทางลบนำไปสู่ความซึมเศร้าที่เป็นอันตราย กับตนเองและบุคคลอื่นได้ ร่วมกับความใส่ใจตระหนักเห็นคุณค่าของชีวิต โดยสามารถปฏิบัติตัว อย่างเหมาะสมกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามแนวทางการเจริญสติ (Mindfulness) มีความมั่นคงทางอารมณ์และความเข้มแข็งทางจิตใจ

2. ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในด้านความคิดทางลบที่นำไปสู่ลักษณะของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบหรือการครุ่นคิดทางลบ ซึ่งเป็นมุมมองทางลบให้กระจ่างชัด และนำสติใส่ใจ ใคร่ครวญรู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้นจากการยอมรับ ไม่ตัดสิน มีความยั้งคิด และไม่ขยายความคิดทาง ลบให้เพิ่มมากขึ้น และดึงความรู้สึกตัวให้กลับมาอยู่ในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม จากความคิดทางลบ จากความเคยชินหรือคุ้นชินเดิมยอมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่(Segal, William, & Teasdale, 2012)

3. ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เข้าใจสภาพปัญหา การจัดการแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญกับ ปัญหาต่างๆที่เข้ามาในชีวิตนำมาบูรณาการร่วมกับแนวทางการใช้สติในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันใน สังคมอย่างสมานฉันท์ ยอมรับความคิดเห็นซึ่งแตกต่างกันอย่างเปิดกว้าง และรู้จักที่จะให้ความรัก ความเมตตาและให้อภัย ขจัดความขัดแย้ง และความขุ่นเคืองภายในจิตใจ ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่วงจรของ ภาวะซึมเศร้าต่อไป



**จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ

อภิปรายผลตามกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติได้ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด** เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพกัน ระหว่างสมาชิกในทีมและผู้นำกลุ่มให้เกิดความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ยากพูดคุยได้ มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วบางรายมีความต้องการ พูดคุยระบายเรื่องราวต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์และความยุ่งยากว้าวุ่นใจ ซึ่งเป็นการสำรวจและ ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ หลังจากนั้นอธิบายลักษณะอาการ และให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะความคิดและอารมณ์ทางลบ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติและการครุ่นคิดทางลบนำมาเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตในแบบ Doing Mode จากความเคยชินหรือเป็นนิสัยเดิมในลักษณะของความคิดความรู้สึกเชิงลบ หลังจากส่งเสริม การตระหนักรู้ในการเห็นคุณค่าของตนเอง สะท้อนมาจากบุคคลที่เคารพหรือรู้สึกผูกพันใกล้ชิดเป็น ความดีงามที่ได้ซึมซับมา และความเครียดหรือความเศร้าครอบงำสิ่งดีๆเหล่านี้ เป็นสะท้อนให้เห็น คุณค่าของตนเอง และมีการทำสมาธิเป็นพื้นฐานของการฝึกสติ (Segal, Williams & Teasdale ,2002) โดยการฝึกสมาธิแบบสั้น(mini meditation)โดยวิธีรับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่รู้สึก ชัดเจนมากที่สุดและเฝ้าดูลมหายใจนั้นอย่างต่อเนื่องใน 2 แบบ คือ แบบลึบตาและแบบหลับตา เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วออกแวกและอาจถูกกระตุ้นได้ง่าย จึงกำหนดระยะเวลา การทำสมาธิและแจ้งให้ทราบก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง อธิบายลักษณะของสมาธิเป็นสภาวะที่จิตพัก อย่างมีคุณภาพการรับรู้ที่ว่าง หรือเป็นอิสระจากความคิดและความรู้สึกอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น และเมื่อฝึกอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่องจะสามารถพัฒนาจิตให้เกิดความสงบของจิตใจจะช่วยบรรเทา ความว้าวุ่นใจหรือความยุ่งยากใจ สอดคล้องกับการฝึกสติและสมาธิร่วมกับมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ลักษณะวงจรการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จากภาวะซึมเศร้า ความหดหู่ ครุ่นคิด วิตกกังวล และอารมณ์หงุดหงิด มีผลลัพธ์ที่ดีในการกำกับควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น มีการแสดงออกของอารมณ์เชิงบวก และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของแต่ละบุคคลซึ่งอยู่ร่วมกับ ไรค์ได้ มีประสิทธิภาพที่ดีเมื่อบำบัดควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์(Deckersbach et al ,2011)

**กิจกรรมที่ 2 สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ** เป็นการเรียนรู้หน้าที่ของสติ ซึ่งสติจะเป็นตัว ควบคุมการปฏิบัติหน้าที่และเป็นตัวป้องกันยับยั้งตนเอง(Segal, Williams, & Teasdale, 2002) โดยการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ โดยมีหลักการวิธีรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันไว้เพียงเล็กน้อย

และรู้จักที่ทำต่างๆ ณ ปัจจุบันไปด้วย มีการเชื่อมโยงให้เห็นความแตกต่างของการทำงานในส่วน Doing Mode ซึ่งเป็นความเคยชิน คุ่นชินหรือเป็นนิสัย ดึงมาสู่ส่วนของ Being Mode คือ การกระทำด้วยสติ (Segal, Williams & Teasdale, 2002) โดยจะมีการกระตุ้นให้ใคร่ครวญพิจารณาอย่างละเอียดรอบด้านในมุมมองที่แตกต่างจากเดิม เริ่มจากฝึกสติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การฝึกสติกับประสาทสัมผัสทั้งห้า การฝึกสติกับอริยาบถของร่างกาย และการฝึกสติตามการใช้งานเพื่อจัดการกับความรูสึกของตนเองที่เกิดขึ้นโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่าง ๆ นำมาสู่การฝึกสติเพื่อควบคุมต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน รู้จักชื่นชมและให้กำลังใจมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งกิจกรรมนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน และตระหนักรู้ในกิจต่างๆ ที่ต้องกระทำ โดยอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างของกลไกการพัฒนาของจิตระหว่าง สติ และสมาธิ แยกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติที่ชัดเจน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ให้มีการใช้ประโยชน์จากสองสิ่งนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสมาธิเป็นสภาวะจิตที่พั่วอย่างมีคุณภาพ โดยรูสึกตัวตลอดเมื่อพัก ในขณะที่สติเป็นสภาวะจิตที่ทำงาน โดยไม่วอกแวกและไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ เพราะฉะนั้นจึงเป็นสภาวะที่แตกต่างกัน กลไกหรือวิธีการนำไปใช้จึงแตกต่างกัน การอธิบายกลไกของสมาธิ คือรู้ลมหายใจที่เข้าออก เพื่อให้ความคิดนั้นได้หยุดลง ให้มีการพัก จิตจะนิ่งและสงบลง ขณะที่กลไกของสติ คือ รู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อยบางเบา ลมหายใจเสมือนเครื่องมือให้กลับมาเป็นปัจจุบัน และรู้ในกิจหรือการกระทำที่ดำเนินอยู่ทั้งกายนอกและภายใน ซึ่งสองสภาวะนี้ต่างเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อจิตออกจากสมาธิแล้วก็ยอมมีสติได้ง่ายขึ้น เป็นการตระหนักรู้และใส่ใจได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การฝึกสติเป็นประจำก็ช่วยให้ฝึกสมาธิได้ง่ายเช่นกัน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) และสามารถทำกิจต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยไม่มุ่งความสนใจไปกับความรู้สึกทางลบจนมากเกินไปจึงช่วยบรรเทาความซึมเศร้าให้จางคลายลงหรือลดลงได้ เป็นการดึงสติมารู้กับปัจจุบันในทุกขณะ (Segal, Williams & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับเทคนิคที่สำคัญของสติบำบัด คือการเป็นผู้สังเกตการณ์(observer)ในความรู้สึกนึกคิดหรือการกระทำ และบางอย่างการเข้าใจด้วยเหตุผลยังไม่พอ จึงมีการเข้าใจผ่านกระบวนการทางจิตใจจนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง(emotional insight) กล่าวว่ “การกระทำให้เกิดความรู้สึกตัวและเข้าใจกับปัญหาของตนเอง จึงต้องทำตัวเสมือนผู้ดูละครมากกว่าการเป็นผู้เล่น” (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

**กิจกรรมที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์** เป็นการฝึกสติให้สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ทางลบและสามารถนำมาสู่การจัดการกับอารมณ์ทางลบโดยเฉพาะอารมณ์เศร้าได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมนี้มีการฝึกสติมารู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย(Body scan)เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบน

ร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ที่เกิดบนร่างกายได้จากการแสดงความคิดเห็นว่ารู้สึกตึงที่คอและแผ่นหลัง รู้สึกอึดอัดและขาบริเวณใบหน้า และเมื่อกำกับการเตือนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นเพียงคนเฝ้าดูหรือผู้เห็นอาการที่เกิดขึ้นบนร่างกาย ผู้ป่วยสามารถรับรู้ที่แตกต่างจากเดิมและสามารถดึงกลับมาสู่ลมหายใจและอธิบายถึงความรู้สึกที่เบาบางลงจากเดิม ภายหลังจากนั้นมีการยกตัวอย่างผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกทุกข์ใจ ผู้ป่วยได้ซื้อขายรถกับพี่ที่รู้จักสนิทสนมกันแต่กลับถูกโกง เอารถผมไปและจ่ายเงินไม่ครบตามที่ตกลงไว้ รู้สึกทุกข์ใจมาก เพราะความคาดหวังกับเงินในส่วนนี้จะมาใช้หนี้และใช้จ่ายอื่นๆ และอธิบายเชื่อมโยงกับสติร่วมกับการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยการหายใจเข้า-ออกแรงๆดึงความรู้สึกตัวมารับรู้อยู่ที่ลมหายใจของตนเอง จากเรื่องราวที่ส่งผลต่อความรู้สึกทางลบ รู้สึกถึงความทุกข์ใจ ให้มาพิจารณาไตร่ตรองสังเกตความรู้สึกนั้นที่เกิดขึ้นบนร่างกายนั้นว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการของร่างกาย เช่น รู้สึกอึดอัดใจเด่นเร็วขึ้น มีความตึงที่กล้ามเนื้อเกิดขึ้น และนำมาสู่กับการอธิบายอย่างสร้างสรรค์ด้วยสติที่รู้ลมหายใจของตนเองทุกครั้ง และเรียนรู้ต่อการจัดการกับอุปสรรคทางจิตใจที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกเศร้าที่ทำให้ภรรยาต้องเสียใจและรู้สึกว่าจะไม่น่าเกิดเหตุการณ์เช่นนั้น และผู้ป่วยยอมรับว่าเหตุการณ์นั้นมันได้ผ่านไปแล้วไม่สามารถกลับไปแก้ไข ซึ่งต้องอยู่กับปัจจุบันและดำเนินชีวิตต่อไป ผู้วิจัยสะท้อนถึงการเป็นผู้รู้ความรู้สึกและอารมณ์อยู่ห่างๆ เพื่อจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ ยอมรับตามที่เป็นอย่างจริง เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคที่มาจากความต้องการภายในใจ และไม่ตัดสินอารมณ์ความรู้สึกนั้น (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีสติในการปล่อยวางจากความรู้สึกทางอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์ขุ่นเคืองที่เกิดขึ้นก่อน และพิจารณาอย่างรอบด้านในแบบแผนการใช้ชีวิตต่อไป โดยผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงการใช้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และสามารถพูดให้กำลังใจตนเองเพื่อส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับความรู้สึกว่ามีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น และเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) นำไปสู่การปล่อยวางอารมณ์ทางลบเป็นสำคัญ แล้วจึงส่งเสริมความคิดในทางบวกจากการใส่คำกำกับทางอารมณ์มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ทางลบและใช้หลักเหตุผลลดการตอบสนองของ amygdala และส่วนของ limbic ที่สัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ อีกทั้งยังเพิ่มพื้นที่การทำงานที่ของสมองส่วนอื่น (Lieberman et al., 2007) การพิจารณาสภาวะทางอารมณ์เสมือนเป็นเพียงผู้สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนำไปสู่การปล่อยวางทางปัญญา (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) แม้ว่าจากการศึกษาของ Versace et al. (2010) พบพยาธิความผิดปกติของระบบประสาทเป็นผลให้มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การตั้งสติมา

ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันพร้อมกับรับรู้ความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Body scan) ไม่ตอบโต้หรือขยายความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Segal et al., 2002) ร่วมกับการใช้ยารักษาที่มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553)

**กิจกรรมที่ 4 สติรู้ทันความคิด** เป็นการฝึกสติให้สามารถรู้เท่าทันความคิดทางลบที่เกิดขึ้น โดยสำรวจลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบจากใบงานกิจกรรมจำลองสถานการณ์ในเรื่องถนนคนเดิน เมื่อมีคนรู้จักเดินข้ามถนนแต่ไม่ทักทายเราจะรู้สึกอย่างไร เพื่อสำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) พบว่า ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า คนนั้นอาจมองไม่เห็นเรา เขาอาจจะไม่ยอมมาคุยหรือเข้าใกล้เรา เราไม่มีความสำคัญกับเขา แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมองคุณค่าในตนเองเป็นไปในทางลบ และสำรวจการครุ่นคิดทางลบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยมักจะพูดถึงเหตุการณ์ในอดีตเป็นความคิดซ้ำๆ ที่วนเวียนมาที่ยังติดตึงใจหรือค้างคาใจกับเรื่องราวนั้น เช่น มีความคิดว่าทำอะไรก็รู้สึกล้มเหลวกับสิ่งต่างๆ โคนโก่ง ความเจ็บป่วยของตนเองทำให้ต้องลาออกจากงานไม่สามารถทำงานต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Silveira, & Kauer-Sant'Anna. (2015) พบว่าการครุ่นคิดทางลบพบได้ในทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายถึงการครุ่นคิดมีส่วนในการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าโดยการจัดการกับโหมดของการครุ่นคิด (ruminative mode) ต้องเริ่มจากการสังเกต ไม่ใช่การตัดสิน และสำรวจรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย (bodily sensation) ไปพร้อมกัน ซึ่งทุกคนสามารถเรียนรู้รูปแบบความซับซ้อนในการแก้ไขปัญหาจากแบบแผนทางความคิดและความรู้สึก อีกทั้งยังป้องกันความครุ่นคิดหรือความคิดทางลบที่ทวีความรุนแรงนำไปสู่การกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้า เชื่อมโยงกับแนวคิดของ Beck (1967) กล่าวถึงมุมมองทางความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง ต่อโลกสังคม หรือต่ออนาคตเป็นวงจรรำไปสู่วภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยได้นำเรื่องราวทางความคิดมาตีความตีความอย่างสั้นๆ โดยใช้สติเป็นเพียงผู้สังเกตความคิดนั้นอยู่ห่างๆ โดยผู้ป่วยบอกว่า ไม่พอใจ เศร้าใจ กังวลใจ เป็นการยอมรับต่อความคิดทางลบที่เกิดขึ้นมาตามที่เป็นจริง และไม่ตัดสินความคิดหรือขยายความคิดต่อเหตุการณ์ไปในทิศทางบวกหรือลบ (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001; Hayes & Wilson, 2003) สติที่มีคุณภาพไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์และความคิด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) จะสามารถเข้าใจว่าเป็นเพียงความคิดที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความจริง ณ ปัจจุบัน หรือเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งให้เรียนรู้ถึงการจัดการกับอุปสรรคทางจิตใจ (Dealing with Barriers) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับการอธิบายรูปแบบของสติช่วยให้กระบวนการทางความคิดที่ทำงานในสมองส่วนหน้า

เป็นตัวเชื่อมต่อข้อมูลจากประสบการณ์ในอดีตเข้ากับปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยิ่งยงใจ ชะลอความต้องการทางพฤติกรรม และกำกับควบคุมอารมณ์ของตนเอง โดยการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน และจากการยอมรับโดยไม่ตัดสิน ให้เกิดช่องว่างการส่งสัญญาณรับรู้ต่อการควบคุมอารมณ์ของตนเอง การยืดหยุ่นทางความคิด การแก้ไขปัญหาคือ การวางแผนอย่างมีระเบียบให้สามารถสำเร็จลุล่วง (Teper, Segal, & Inzlicht, 2013; Moore & Malinowski, 2009) นอกจากนี้การส่งเสริมการให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่มเป็นการสนับสนุนการใส่ใจในเรื่องที่ดี (positive distraction) แทนการครุ่นคิดทางลบ (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) โดยมุ่งความสนใจอยู่กับสิ่งที่ต้องกระทำในปัจจุบัน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งความคิดทางลบสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งควรจัดการและรู้เท่าทันความคิดลบก่อนแสดงออกของอารมณ์ทางลบ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไม่สอดคล้องตามที่เป็นจริง (Beck, 2011)

**กิจกรรมที่ 5 ทบทวนสัมพันธ์ภาพตามที่เป็นจริง** จากความแปรปรวนของอารมณ์ที่ไม่คงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ก่อให้เกิดปัญหาในทางสัมพันธ์ภาพ ไม่ไว้วางใจใคร และไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและมักแยกตัว (Solomon et al., 1995) โดยให้ผู้ป่วยสำรวจสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิด พบว่าผู้ป่วยเล่าเรื่องราวที่ความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิดหรือคนที่ดูแลผู้ป่วย กรณีตัวอย่างเช่นไม่ชอบที่สาวเนื่องจากชอบบังคับ ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย รู้สึกอึดอัดใจ แต่เมื่อใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพในแง่มุมใหม่อย่างมีสติ โดยกระตุ้นให้รับรู้ลมหายใจไปพร้อมกันและอภิปรายสัมพันธ์ภาพในการที่จะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น โดยบอกเล่าเรื่องราวที่ดีทบทวนอย่างมีสติ ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นในมุมมองเชิงบวกร่วมกับสติได้เห็นการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นอย่างเหมาะสมว่า พี่สาวก็เป็นห่วงเป็นใยสนใจและให้การดูแลตนเองมาตลอด เห็นความหวังดีของพี่สาวในการช่วยดูแลเรื่องต่างๆ ให้ขณะที่ตนยังป่วยอยู่ และผู้ป่วยเล่าถึง “แม่ ที่ไม่ชอบที่คอยควบคุมบังคับทำสิ่งที่ไม่ชอบ เช่น ทำงานบ้าน ห้ามนอนดึกหรือออกไปเที่ยวข้างนอก” เมื่อนำสติมารู้ลมหายใจและทบทวนสัมพันธ์ภาพไปสู่การปรับหรือการอยู่ร่วมกัน โดยลองใคร่ครวญย้อนถึงสิ่งที่ดีหรือเรื่องราวที่ดีที่เคยเกิดขึ้นร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยบอกได้ว่าเพราะแม่หวังดีกับตนเอง แม่ต้องทำงานในบ้านและนอกบ้าน และต้องมาดูแลเราด้วย ทำให้เราไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ยอมรับความรู้สึกอารมณ์เกิดมาจากความไม่พอใจและเป็นความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องราวเพียงขณะนั้น และกรณี “หัวหน้างานและเพื่อนที่ทำงาน ไม่ชอบเพราะเหมือนโดนกลั่นแกล้ง ใส่ร้าย” และหลังจากนั้นใช้สติโดยรับรู้ลมหายใจใคร่ครวญถึงสิ่งที่ตนเองได้กระทำตอบโต้ “ได้พูดจาและโต้ตอบกันรุนแรง ทะเลาะ หงุดหงิดใส่เลย” “ไม่ทำตาม เพิกเฉย บางครั้งเดินหนี” “ไม่พูดคุยด้วยเนื่องจากไม่ชอบ” หลังจากนั้นเน้นการเฝ้าดูที่ลมหายใจพร้อมกับลองใคร่ครวญย้อนถึงสิ่งที่ดีหรือเรื่องราวที่ดีที่เคยเกิดขึ้นร่วมกัน สามารถเล่าได้ว่า “เขาเคยใส่ใจและ

ให้ความช่วยเหลือเรามาก่อน” “ดูเหมือนว่าเขายังสนใจเราอยู่” “เป็นแรงผลักดันให้เรามุ่งมั่นตั้งใจขึ้น” ดังนั้นการนำสติมาทบทวนพิจารณาด้วยใจที่เป็นกลางช่วยให้มองเห็นความจริงที่รอบด้าน รายละเอียดสิ่งต่างๆที่มากขึ้นให้มีความสามารถในการยั้งคิดและจัดการกับอารมณ์ของตนเองจากการปล่อยวางความรู้สึกทางลบก่อนเป็นสำคัญ และค้นหามุมมองใหม่ในสัมพันธภาพอย่างมีสติและสร้างสรรค์ส่งเสริมความคิดทางบวกอย่างเหมาะสมและตระหนักถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yan, Hammen, Cohen, Daley, & Henry (2004) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวหรือทางสังคมของผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในเชิงลบสูง (high expressed emotion) มีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าที่ความรุนแรงขึ้นของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นการฝึกสติ คือ การส่งเสริมการรู้สึกตัวที่มีคุณภาพไม่สอดแทรกด้วยความคิดหรืออารมณ์ทางลบนำไปสู่การปล่อยวางทางปัญญา(ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ไตร่ตรองรายละเอียดในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิมอย่างสร้างสรรค์ ไม่ตัดสินและขยายความคิดทางลบที่รุนแรงขึ้น รู้จักตั้งสติมารับรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน(Segal, Williams & Teasdale,2002)

**กิจกรรมที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร** จากการศึกษาพบว่าปัญหาความยุ่งยากด้านการสื่อสารภาษาท่าทาง และการดำเนินชีวิตประจำวันและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Chand,2004 ; Michalak et al., 2005; Almeida,2010) โดยให้ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความยุ่งยากใจหรืออุปสรรคปัญหาจากการสื่อสารและภาษา พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเล่าบอกถึงความรู้สึก อารมณ์และความคิดทางลบที่เกิดขึ้น เช่น “ผม รู้สึกหงุดหงิดและทะเลาะใส่พี่สาวของผมประจำ เพราะมายุ่งเรื่องครอบครัวของผม และพูดว่าผมไม่ชอบ ผมจัดการเองได้” และหลังจากนั้นเริ่มทำสมาธิอย่างสั้น(mini meditation )และสติที่รู้ลมหายใจทุกครั้งขณะสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ช้าลง จากการสังเกตอารมณ์และสีหน้าผ่อนคลายขึ้น และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสื่อสารทางบวกที่เป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจกันและนำไปสู่การเติมเต็มความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อกันโดยวิธีการบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเองผ่านภาษาในรูปแบบ I Message แทนที่การพูดแบบ You Message พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการสื่อสารไปในทางบวกได้จากคำพูด “ผมรู้ว่าพี่ห่วงใยผมมาก และผมคิดว่าได้เลือกใช้ชีวิตครอบครัวที่ทำให้ผมมีความสุขแล้วครับ” จากการสื่อสารด้วยคำพูดหรือภาษาท่าทางที่เป็นลบมักเกิดขึ้นแบบไม่ทันรู้ตัวเหมือนอัตโนมัติหรือความเคยชิน จากการยอมรับไม่ตัดสินอารมณ์และความคิด สามารถนำมาจัดการกับปัญหาอย่างมีสติ(Segal, Williams, & Teasdale,2002) ประกอบการส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าต่อการดูแลตนเอง เช่น การพูดให้กำลังใจซึ่งกัน การประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเองไปในทางบวกอย่างเหมาะสม และเน้นให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารอย่างมีสติมีการรับรู้ลมหายใจของตนเอง การฝึกพูดสื่อสารกับตัวเองและคนรอบข้างทางบวกจะช่วย

ให้พัฒนาความสามารถในการคิดแบบมีหลักการและเหตุผลมากขึ้น เป็นการส่งเสริมมุมมองความคิดอย่างสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี มีทัศนคติทางบวก ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง(Scheier, & Carver, 1993)

**กิจกรรมที่ 7 การแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย** ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้อภัยและเมตตาตนเองเป็นสภาวะจิตที่ต่อยอดจากสติที่ช่วยขจัดความขุ่นเคืองในใจและมีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับพร้อมการปรับเปลี่ยนตนเองในทางดีขึ้น พบว่า หลังจากการแผ่เมตตาให้กับตนเองและประเมินการใส่ใจหรือการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในมุมมองทางบวกได้ เช่น “ทำให้รู้สึกรักตนเองมากขึ้น” “บางครั้งลืมใส่ใจดูแลร่างกายของตนเอง” “ความทุกข์เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับชีวิตทุกคน” “พ่อแม่ให้ร่างกายเรามาเราควรใส่ใจดูแลตนเอง” ในทำนองเดียวกันกับผลการวิจัยจากนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตาตนเอง (self-compassion) กับสภาวะทางจิต อธิบายว่าเป็นความเข้าใจยอมรับในตนเองมากกว่าการตำหนิตนเอง เมื่อมีความทุกข์และล้มเหลวเกิดขึ้น มองประสบการณ์ที่ผ่านมาด้วยการใช้เหตุผลแทนที่จะเป็นความคิดและมีอารมณ์ทางด้านลบ จากความคิดเชิงบวกกับตนเองและเข้าใจในตนเองเป็นมิติหนึ่งในการยอมรับตนเองที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางจิตมากที่สุด (Saricaoğlu & Arslan, 2013) ซึ่งการแผ่เมตตาและกรุณาทำให้เกิดสภาวะจิตของอารมณ์เชิงบวก (XIV Bstan-dzin-rgya, & Culter, 2009) และลักษณะความคิดทางลบแบบครุ่นคิดซ้ำๆเกี่ยวกับเหตุการณ์เลวร้ายสามารถกระตุ้นการขยายอารมณ์ทางลบที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ (Greenberg, 1995) และยังส่งผลทางลบกับลักษณะนิสัยแบบให้อภัย (Forgiveness) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมองตนเองในฐานะเหยื่อที่ถูกกระทำหรือถูกทำร้าย(victim status) ซึ่งการมีมุมมองในลักษณะเช่นนี้จะส่งผลต่อปัญหาความทุกข์ทรมานที่ติดค้างใจในชีวิต และส่งผลลบต่อสุขภาพจิต(Seagull & Seagull, 1991; อูมาพร ตรีงคสมบัติ, 2559)และอาจเป็นแรงจูงใจของการเป็นผู้กระทำผิดได้ (Berry et al., 2001) ดังนั้นการบำบัดที่มีการยกโทษทำให้ความโกรธ ความซึมเศร้า และอาการเครียดลดลง(Reed & Enright, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Menahem & Love (2013) กล่าวถึง ผู้ป่วยที่มีความเชื่อของศาสนาพุทธ ความทุกข์หรือความรู้สึกทางลบที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีตเป็นการยึดติดกับอดีตที่เจ็บปวดหรือความไม่พึงพอใจ การให้อภัยมีส่วนช่วยส่งเสริมความสงบ สันติทางด้านจิตใจของตนเองเช่นเดียวกับผู้อื่น และช่วยยับยั้งการขยายภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งการบำบัดแบบการให้อภัย เป็นการทดแทนความขุ่นเคืองหรือความไม่พอใจ ด้วยสติที่ตระหนักรู้และเข้าใจอกเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงไปสู่มุมมองทางด้านจิตวิญญาณและเข้าใจธรรมชาติทางความคิด ลดอาการทางจิตและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Menahem & Love, 2013) อย่างไรก็ตาม การแผ่เมตตาหรือการเมตตาต่อตนเอง (self-compassion) ยังคงแฝงด้วยแก่นความเชื่อ (core beliefs) มีความเปราะบางที่ต้องระมัดระวังในกระบวนการ MBCT จากมุมมองต่อตนเองยังอยู่ในทางลบ เช่น รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่รักตัวเอง และ

รู้สึกไม่สมบูรณ์แบบพอ และยังไม่มีความรู้หรือภาษาที่ให้ความหมายชัดเจนของการแสดงอารมณ์หรือการเมตตาต่อตนเองเนื่องจากเป็นสภาวะที่ยากต่อความรู้สึกที่มาจากภายใน (Segal, Williams, & Teasdale, 2012)

ดังนั้นการฝึกฝนสติจนเกิดความตระหนักรู้ใส่ใจกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินหรือขยายความคิดลบนั้น มีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ทางลบ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเองให้ลดลง (Williams, Duggan, Crane, & Fennell, 2006)

**กิจกรรมที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ** เป็นกิจกรรมที่รวมเอากิจกรรม 1-7 มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ สามารถนำสติมาจัดการกับปัญหาและเตรียมรับมือกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อาจมีอาการกำเริบซ้ำในอนาคต ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าเรื่องราวสาเหตุที่ส่งผลกับการกำเริบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้และการนำสติมาใช้ เช่น อาการกำเริบซ้ำเนื่องจากความเครียดในเรื่องงานกระตุ้น บางครั้งมีหิวแหว่ได้ยินเสียงคนว่าร้าย การมีสติเป็นการรู้เข้าใจตนเองที่เป็นปัจจุบัน ยอมรับ ไม่ตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น” “อาการกำเริบเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอวกแวกไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากทำอะไรหลายอย่าง การใช้สติรู้ตัวในการกระทำกิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมกับเวลา” “อาการกำเริบเกิดจากการลืมไม่ได้รับประทานยา การมีสติทำให้ใส่ใจดูแลตนเองดีขึ้น และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดีขึ้น” สอดคล้องกับการมองเห็นทางโดยนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ในชีวิตได้อย่างสมดุลและการตระหนักรู้ถึงความตั้งใจ ความเข้มแข็งที่เป็นพลังนำไปสู่ความคิดทางบวกที่ใช้ดูแลตนเอง(White & Freeman, 2000 ;Segal, Williams,&Teasdale,2002) ซึ่งแนวทางของสติมีกระบวนการปล่อยวางจากความคิดและอารมณ์จากการไม่ขยายความคิดและอารมณ์ทางลบเพิ่มมากขึ้นจากเดิม(Segal, Williams, &Teasdale, 2002) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าคลายจาง หรือน้อยลง จากกระบวนการทางความคิดที่บกพร่อง ให้สติมารับรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งScherer-Dickson (2004) กล่าวถึงสติเสมือนการเบี่ยงเบนความสนใจให้มารับรู้อยู่กับปัจจุบันและสามารถป้องกันการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีความสำคัญในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในด้านของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่ทำให้เกิดโปรแกรมการวิจัยทางการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อพัฒนาการดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติได้ดีขึ้นควบคู่ไปกับการรักษาที่ได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ



**จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นสรุปว่าสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz et al.(2009) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 22 ราย ได้แก่ มหาวิทยาลัยฮ็อกซฟอร์ด จำนวน 14 รายและมหาวิทยาลัยโคโลราโดจำนวน 8 ราย ของประเทศสหรัฐอเมริกาภายใต้การเฝ้าระวังควบคุมอารมณ์และยาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ตามโปรแกรม MBCT ที่ประกอบด้วยกลยุทธ์การฝึกสติ สมาธิ และเทคนิคการผสมผสานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการสังเกตติดตามอาการซึมเศร้าและขยายความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลง รวมถึงอาการเมเนีย และความวิตกกังวลจึงสนับสนุนและกล่าวว่า MBCT เป็นแนวทางการเลือกหนึ่งสำหรับดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ประกอบกับมีรายงานการศึกษาผู้ที่ได้รับการฝึกสติและสมาธิในโปรแกรม MBSR และ MBCT เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการประเมินการตรวจคลื่นสมองด้วยเครื่อง EEG เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การทำงานของสมองซีกซ้ายที่เชื่อมต่อทางขวาของสมองส่วนหน้า (Frontal brain regions) มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงอารมณ์เชิงบวกมากกว่าการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ ดังนั้นจึงมีส่วนช่วยการกำกับอารมณ์ทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Davidson et al., 2003; Barnhofer, 2010; Segal, Williams, & Teasdale, 2012)

ในการนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและยาต้านเศร้า โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมในทุกขั้นตอนของกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม มีการทบทวนการมอบหมายการบ้านตามกิจกรรมให้เกิดความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ส่งผลโปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการมีสติที่รู้ทันทางความคิดและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเรียนรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การตั้งเป้าหมายที่เน้นการอยู่กับปัจจุบัน มีการแสดงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง คือ การให้อภัย การแผ่เมตตา การให้ความรักทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง มีการแสดงออกในเชิงบวกอย่างเหมาะสม ค้นหาแนวทางการจัดการปัญหาและการเผชิญปัญหาอย่างมีสติ ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต

## ข้อเสนอแนะทั่วไป

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ สำหรับให้การพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ประกอบกับมีทักษะในการประสานงานเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมในแบบกลุ่มและทักษะการเจริญสติที่สามารถดำเนินตามโปรแกรมฯ อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ให้สามารถลดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.3 การเลือกสถานที่ใช้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ และการปฏิบัติในแนวทางการฝึกสติ เช่น การนั่งสมาธิ การรับรู้ลมหายใจ การฝึกสติในอิริยาบถต่างๆ เป็นต้น โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบ ปลอดภัย ปราศจากสิ่งเร้าหรือเสียงดังรบกวน มีอากาศถ่ายเทสะดวกและผ่อนคลาย

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันให้กับญาติหรือผู้ดูแลในการลดภาวะซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำให้กับผู้ป่วย

2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และยังเป็น การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่การดำเนินชีวิตในสังคม ชุมชน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2551). เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 เรื่องความผิดปกติทางอารมณ์(Mood disorder). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานการประเมินโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545. นนทบุรี.

กลุ่มงานสื่อสารสังคม กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต. (เมษายน 2560). กรมสุขภาพจิต แนะนำ “ไปโพลาร์” โรคอารมณ์สองขั้ว รักษาหายได้ สำคัญที่ต้องกินยา. เนชั่นสุดสัปดาห์, 25(1297), 37.

กุลปรียา ศิริพานิช, ธนัช มนต์วิพงศ์สกุล และสรวิศ รัตนชาติชูชัย. (2556) ความสัมพันธ์ระหว่างการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลโดยมีสติเป็นตัวแปรกำกับ. กรุงเทพมหานคร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ. (2559). รายงานข้อมูลผู้มารับบริการในสถานพยาบาลประจำปี พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จันทิมา องค์โฆษิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.

จารุณี อินทฤทธิ์. (2556). โรคอารมณ์แปรปรวนและการพยาบาล ( Nursing Care for Patients with Bipolar disorders). ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และดร.ศุภร์ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2 . (น.108-121). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

จำลอง ดิษณวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 1-2. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2544). แนวทางการรักษาผู้ป่วย Bipolar disorder. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(4), 345-352.

- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). **ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดาวชมพู นาคะวิโร, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ และศิริจิต สุทธจิตต์.(2556). **จิตบำบัดด้วยสติ**. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). **สติบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. กรุงเทพฯ: บริษัทมติชน จำกัด(มหาชน).
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และอดิศร จันทร์สุข. (2552). **ศิลปะการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง : คู่มือกระบวนการจัดตั้งปัญญา**. กรุงเทพมหานคร : เอสพีเอ็นการพิมพ์.
- ธวัชชัย ลีฬหานาจ. (2553). **Euthymia ประเด็นในเวชปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 1)**. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ธวัชชัย ลีฬหานาจ. (2554). **การวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1)**. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร หร่งบุตรศรี และผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ. (2552). **สมาธิบำบัดในทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธวัชชัย ลีฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2549). **ตำราโรคไบโพลาร์**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นันทนา สุขสมนรินทร์. และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 24 (1) : 68-82.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)**. กรุงเทพฯ บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญเยี่ยม คำชัย. (2554). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเยี่ยม คำชัย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 25(3), 110-127.
- เบญจลักษณ์ มณีทอน. (2551). **จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป**. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพรรณ สุดใจ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน**. **วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ**, 53-63.

- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 26(3), 71-80.
- พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2546). **กายหายไข้ ใจหายทุกข์ / พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต)**. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก จำกัด.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2551). จิตบำบัดแนวพุทธ: การบำบัดด้วยสติ. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 16 : 19-29.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 18(3), 189-199.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, อรรถณ สวนซัง, ฐปนีย์ พุมลเจริญ และนภา จิรัฐจินตนา. (2556). ผลของการฝึกสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้าแบบผู้ป่วยนอก. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 21(3), 132-141.
- พิชัย อัญญสกุล. (2558). โรคอารมณ์สองขั้ว. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. (น.155-166). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาคติวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยใน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 27(1), 62-78.
- ภาสกร สวนเรือง และกิตต์กวี โพธิ์โน. (2557). การศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยไบโพลาร์ โดยใช้แบบทดสอบการฉายภาพ. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 32(5), 303-316.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงษ์. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41(4) : 235-246.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพฯ: ปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4)**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยาบาลฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลฝาง. **วารสารสวนปรุง**, 23(2), 1.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2559). **คู่มือสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Manual**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ยุทธนา ภาระนันท์. (2556). **คิดเชิงบวก..กุญแจไขพลังสมอง**. เข้าถึงจาก <http://www.Oknation.net/blog/youthana/>
- ธณชัย คงสกนธ์ และอวยชัย โจรนนิรันดร์กิจ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 48(4), 211-219.
- รัสดาพร สันติวงษ์. (2550). **การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. (2558). **สถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนครินทร์ ประจำปี พ.ศ. 2556-2558**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ (2559). **สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2544). **คู่มือการใช้จ่ายด้านโรคจิต ฉบับการใช้จ่ายด้านอารมณ์ซึมเศร้า**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

- วรลักษณ์ ธีราโมทย์ และธวัชชัย ลีฬหานาจ. (2549). จิตบำบัดใน Bipolar disorder. ใน ธวัชชัย ลีฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์ (บรรณาธิการ), **ตำราโรคไบโพลาร์** (หน้าที่ 249-262). กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2553). แบบวัดความคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 29(2), 29-38.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2548). **จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2550). การพัฒนาบุคลิกภาพแนวพุทธ : สติปัญญา 4 และสมาธิ. **วารสารศิลปศาสตร์**, 7(2).
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2556). **รายงานผู้มารับบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปี พ.ศ. 2556**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศเพื่อการจัดการและบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง. (2559). **รายงานสถิติประจำปี 2557-2559**. โรงพยาบาลสวนปรุง: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ไศรดา สุระเทวมิตร. (2553). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไศรดา สุระเทวมิตร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 25(1), 63-74.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตรนารา และขจรศักดิ์ วรรณทอง. (2557). ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 59(4): 381-393.
- สมพร กันทรดุขฎีเตรียมชัยศรี. (2549). **การปฏิบัติสมาธิเพื่อเยียวยาสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
- สมพร บุขราทิจ และเอียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2542). **จิตเวชปฏิบัติ 43**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2556). **จิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- สายฝน เอกวางกูร และอุจน์จิตร कुमारักษ์. (2558). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1** (หน้าที่ 219). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์: โรงพิมพ์ ไทม์ พริ้นติ้ง.
- สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง : การทบทวนวรรณกรรม. **วารสารสวนปรุง**, 32(1): 28-41.
- สุชาติ พหลภาคย์.(2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น: ศิริภรณ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2549). ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค. ใน ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (บรรณาธิการ), **ตำราโรคไปโพลาร์** (หน้าที่ 1-39).
- สุชาติ พหลภาคย์. (2553). **เทคนิคในการทำให้จิตใจของผู้ป่วยที่เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมั่นคงขึ้น**. ขอนแก่น: คลังนานา.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แสงอุษา สุทธิธนากุล. (2545). **โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. ในมานิช หล่อตระกูล(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังสมบัติ. (2559). **สร้างชีวิตใหม่: คู่มือจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาแนว Humanistic-Existential-Experiential (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. กรุงเทพฯ: นายวิสุทธิ ตรังสมบัติ.

### ภาษาอังกฤษ

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. **Psychological review**, 96(2), 358.
- Akiskal, H. S. (1994). Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. **The Journal of clinical psychiatry**.
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: clinical features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), **Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry** (8<sup>th</sup> ed., pp. 1611-1652). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). The relation of psychotherapy integration to the established systems of psychotherapy. **Journal of psychotherapy integration**, 7(4), 275.

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1998). **The integrative power of cognitive therapy**:  
 Guilford Press.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson,  
 M. S., . . . Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to  
 Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at  
 high and low cognitive risk for depression. **Journal of abnormal psychology**,  
*109*(3), 403.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M.  
 (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive,  
 and developmental risk factors. **Clinical psychology review**, *25*(8), 1043-1075.
- Almeida, J. R., Versace, A., Hassel, S., Kupfer, D. J., & Phillips, M. L. (2010). Elevated  
 amygdala activity to sad facial expressions: a state marker of bipolar but not  
 unipolar depression. **Biological psychiatry**, *67*(5), 414-421.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalaukas, K., Rosoff, A., & Ackerman, L.  
 (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy  
 revisited. **American journal of psychiatry**, *152*(8), 1130-1138.
- Anderson, K. Lance L. Hawley, Danielle Schwartz, Peter J. Bieling, Julie Irving,  
 Kathleen Corcoran, Norman AS Farb, Adam.
- Antai-Otong, D. (2003). **Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts**:  
 Thomson Delmar Learning.
- Association, A. P. (2002). **Practice guideline for the treatment of patients with  
 bipolar disorder (revision)**: American Psychiatric Pub.
- Association, A. P. (2003). APA (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental  
 disorders, 4**.
- Association, A. P. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders  
 (DSM-5®)**: American Psychiatric Pub.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Treatment-latency and previous  
 episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to  
 maintenance treatment in bipolar I and II disorders. **Bipolar disorders**, *5*(3),  
 169-179.

- Ball, J., Corry, J., & Mitchell, P. (2007). Mindfulness meditation and bipolar disorder. **Innovations and Advances in**, 37.
- Ballenger, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. **Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health**, 274-275.
- Barden, N. (2004). Implication of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in the physiopathology of depression. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, 29(3), 185.
- Barnhofer, T., Chittka, T., Nightingale, H., Visser, C., & Crane, C. (2010). State effects of two forms of meditation on prefrontal EEG asymmetry in previously depressed individuals. **Mindfulness**, 1(1), 21-27.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). **Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder**: Guilford Press.
- Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 30(6), 279-292.
- Beblo, T., Sinnamon, G., & Baune, B. T. (2011). Specifying the neuropsychology of affective disorders: clinical, demographic and neurobiological factors. **Neuropsychology review**, 21(4), 337-359.
- Beck, A. T. (1967). **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects**: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology.
- Beck, A. T., & Steer, R. (1987). Manual for the revised Beck depression inventory. **San Antonio, TX: Psychological Corporation**.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. **San Antonio**, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical psychology review**, 8(1), 77-100.
- Beck, J. S. (2011). **Cognitive behavior therapy: Basics and beyond**: Guilford Press.

- Benazzi, F. (2000). Female vs. male outpatient depression: A 448-case study in private practice. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, *24*(3), 475-481.
- Benazzi, F. (2001). Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. **Psychotherapy and psychosomatics**, *70*(5), 232-238.
- Berns, G. S., & Nemeroff, C. B. (2003). **The neurobiology of bipolar disorder**. Paper presented at the American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics.
- Berry, J. W., Worthington Jr, E. L., Parrott III, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). **Personality and Social Psychology Bulletin**, *27*(10), 1277-1290.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L., & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects. **Clinical psychology review**, *31*(8), 1349-1360.
- Bipolar friend club. (2012). **Bipolar disorder**. Bipolar friendclub Srithanya Hospital: Bangkok.
- Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. **Trends in cognitive sciences**, *11*(7), 307-316.
- Boomsma, D., Van Beijsterveldt, C., & Hudziak, J. (2005). Genetic and environmental influences on Anxious/Depression during childhood: a study from the Netherlands Twin Register. **Genes, Brain and Behavior**, *4*(8), 466-481.
- Bowden, C. L. (2005). Bipolar disorder and work loss. **Am J Manag Care**, *11*(3 Suppl), S91-94.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. **Behavior therapy**, *43*(2), 365-380.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of personality and social psychology**, *84*(4), 822.

- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). **Journal for Meditation and Meditation Research**, *1*(1), 11-34.
- Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2005). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. **Personality and Individual Differences**, *38*(1), 103-113.
- Cacheaux, L. P., Ivens, S., David, Y., Lakhter, A. J., Bar-Klein, G., Shapira, M., . . . Kaufer, D. (2009). Transcriptome profiling reveals TGF-beta signaling involvement in epileptogenesis. **J Neurosci**, *29*(28), 8927-8935. doi:10.1523/JNEUROSCI.0430-09.2009
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R., Frye, M. A., & Reed, M. L. (2004). Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a US community-based sample. **The Journal of clinical psychiatry**, *65*(11), 1499-1504.
- Calabrese, J. R., Muzina, D. J., Kemp, D. E., Sachs, G. S., Frye, M. A., Thompson, T. R., . . . Hirschfeld, R. M. (2006). Predictors of bipolar disorder risk among patients currently treated for major depression. **Medscape General Medicine**, *8*(3), 38.
- Chadwick, P., Kaur, H., Swelam, M., Ross, S., & Ellett, L. (2011). Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: a qualitative study. **Psychotherapy Research**, *21*(3), 277-285.
- Chand, P. K., Mattoo, S. K., & Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, *58*(3), 311-318.
- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., & Daley, S. E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, *82*(1), 143-147.
- Colombo, C., Benedetti, F., Barbini, B., Campori, E., & Smeraldi, E. (1999). Rate of switch from depression into mania after therapeutic sleep deprivation in bipolar depression. **Psychiatry research**, *86*(3), 267-270.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, *33*(1), 21-31.
- Connor, T. J., Kelliher, P., Shen, Y., Harkin, A., Kelly, J. P., & Leonard, B. E. (2000). Effect of subchronic antidepressant treatments on behavioral, neurochemical, and endocrine changes in the forced-swim test. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, *65*(4), 591-597.
- Corcoran, K. M., Farb, N., Anderson, A., & Segal, Z. V. (2010). **Mindfulness and Emotion Regulation: Outcomes and Possible Mediating Mechanisms**. New York: Guilford Press.
- Cusin, C., Serretti, A., Lattuada, E., Mandelli, L., & Smeraldi, E. (2000). Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. **Psychiatry research**, *97*(2), 217-227.
- Davanzo, P., Yue, K., Thomas, M. A., Belin, T., Mintz, J., Venkatraman, T., . . . McCracken, J. (2003). Proton magnetic resonance spectroscopy of bipolar disorder versus intermittent explosive disorder in children and adolescents. **American journal of psychiatry**, *160*(8), 1442-1452.
- David, Y., Cacheaux, L. P., Ivens, S., Lapilover, E., Heinemann, U., Kaufer, D., & Friedman, A. (2009). Astrocytic dysfunction in epileptogenesis: consequence of altered potassium and glutamate homeostasis? **J Neurosci**, *29*(34), 10588-10599. doi:10.1523/JNEUROSCI.2323-09.2009
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. **Psychosomatic medicine**, *65*(4), 564-570.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. **Psychosomatic medicine**, *65*(4), 564-570.
- Davidson, R. J., & Lutz, A. (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation [in the spotlight]. **IEEE signal processing magazine**, *25*(1), 176-174.

- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., . . . Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, *18*(2), 133-141.
- Department, K. s. e. (2008). Bipolar disorder, 2 psychotic personality. 35.
- Desbordes, G., Negi, L. T., Pace, T. W., Wallace, B. A., Raison, C. L., & Schwartz, E. L. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. **Frontiers in human neuroscience**, *6*.
- Dobson, K. S. (2010). **Handbook of cognitive-behavioral therapies** (3<sup>rd</sup> ed.): Guilford Press.
- Dore, G., & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. **Journal of Affective Disorders**, *67*(1), 147-158.
- Dulay, M. F., Murphey, D. K., Sun, P., David, Y. B., Maunsell, J. H., Beauchamp, M. S., & Yoshor, D. (2009). Computer-controlled electrical stimulation for quantitative mapping of human cortical function. **J Neurosurg**, *110*(6), 1300-1303.  
doi:10.3171/2008.2.JNS17666
- Edenfield, T. M., & Saeed, S. A. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. **Psychology research and behavior management**, *5*, 131.
- Ellicott, A., Harnin, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (2001). Life events and the course of bipolar disorder. **The Science of Mental Health: Bipolar disorder**, *147*, 78.
- Forsyth, D. M., Poppe, K., Nash, V., Alarcon, R. D., & Kung, S. (2010). Measuring changes in negative and positive thinking in patients with depression. **Perspectives in psychiatric care**, *46*(4), 257-265.
- Freeman, A., & Diefenbeck, C. (2005). Depression. In S. Freeman & A. Freeman (Eds.), **Cognitive behavior therapy in nursing practice** (pp. 51–84). New York: Springer Publishing Company.
- Freud, S. (1977). **Introductory lectures on psychoanalysis**: WW Norton & Company.
- Freud, S., & Berman, A. (1956). De la technique psychanalytique.

- Freud, S., & Bonaparte, P. M. (1954). **The origins of psychoanalysis** (Vol. 216): Imago London.
- Freud, S., & Freud, A. (2001). **Complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 1): Random House.
- Ghaznavi, S., & Deckersbach, T. (2012). Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. **Biology of mood & anxiety disorders**, 2(1), 2.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. **The American journal of psychiatry**, 152(11), 1635.
- Goldberg JF, Harrow M, & Grossman LS. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. **Am J Psychiatry** 1995, 152(3), 379-384. doi:https://doi.org/10.1176/ajp.152.3.379
- Goldberg, J. F., Garno, J. L., Portera, L., Leon, A. C., Kocsis, J. H., & Whiteside, J. E. (1999). Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. **Journal of Affective Disorders**, 56(1), 75-81.
- Green, M. F., Satz, P., & Christenson, C. (1994). Minor physical anomalies in schizophrenia patients, bipolar patients, and their siblings. **Schizophrenia Bulletin**, 20(3), 433.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). **Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients**: Guilford press.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence**: Elsevier Health Sciences.
- Hamet, P., & Tremblay, J. (2005). Genetics and genomics of depression. **Metabolism**, 54(5), 10-15.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, 23(1), 56.
- Hantouche, E., Akiskal, H. S., Azorin, J., Châtenet-Duchêne, L., & Lancrenon, S. (2006). Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients. **Journal of Affective Disorders**, 96(3), 225-232.
- Hawley, L. L., Schwartz, D., Bieling, P. J., Irving, J., Corcoran, K., Farb, N. A. S., . . . Segal, Z. V. (2014). Mindfulness Practice, Rumination and Clinical Outcome in



- Mindfulness-Based Treatment. **Cognitive Therapy and Research**, 38(1), 1-9.  
doi:10.1007/s10608-013-9586-4
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 10(2), 161-165.
- Hines-Martin, V., Malone, M., Kim, S., & Brown-Piper, A. (2003). Barriers to mental health care access in an African American population. **Issues in Mental Health Nursing**, 24(3), 237-256.
- Hirschfeld, R., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., . . . McNulty, J. P. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. **The Journal of clinical psychiatry**, 64(1), 53-59.
- Hirschfeld, R., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. **The Journal of clinical psychiatry**.
- Hirschfeld, R., & Vornik, L. A. (2005). Bipolar disorder—costs and comorbidity. **Am J Manag Care**, 11(3 Suppl), S85-S90.
- Hirschfeld, R. M., Cass, A. R., Holt, D. C., & Carlson, C. A. (2005). Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. **The Journal of the American board of family practice**, 18(4), 233-239.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. **Psychiatric Clinics of North America**, 33(3), 701-710.
- Hölzel, B. K., Brunsch, V., Gard, T., Greve, D. N., Koch, K., Sorg, C., . . . Milad, M. R. (2016). Mindfulness-Based Stress Reduction, Fear Conditioning, and The Uncinate Fasciculus: A Pilot Study. **Frontiers in behavioral neuroscience**, 10.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, 191(1), 36-43.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). **Cognitive vulnerability to depression**: Guilford Press.

- Johnson, B. S. (1997). **Psychiatric-mental health nursing adaptation and growth**. Texas: Library of congress.
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. **Clinical psychology review**, 25(8), 1008-1027.
- Johnson, S. L., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. **Cognitive Therapy and Research**, 32(5), 702-713.
- Jones, J. S., Fitzpatrick, J. J., & Rogers, V. L. (2016). **Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach**: Springer Publishing Company.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Maser, J., Rice, J. A., . . . Keller, M. B. (2003). The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? **Journal of Affective Disorders**, 73(1), 19-32.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., . . . Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. **Archives of General Psychiatry**, 59(6), 530-537.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Coryell, W., Leon, A. C., Maser, J. D., & Solomon, D. A. (2008). Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. **Archives of General Psychiatry**, 65(4), 386-394.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center: New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1992). Psychosocial factors: Their importance and management. **Prevention of Coronary Heart Disease, Little, Brown and Company, Boston.**
- Kabat-Zinn, J., Maissou, A., Kristeller, J., & Gay Peterson, L. Fletcher, KE, Pbert, L., Lenderking, WR, & Santorelli, Sf (1992).«Effectiveness of a Meditation Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders». **American journal of psychiatry**, 149, 936-943.
- Kane, J. M., Quitkin, F. M., Rifkin, A., Ramos-Lorenzi, J. R., Nayak, D. D., & Howard, A. (1982). Lithium carbonate and imipramine in the prophylaxis of unipolar and

- bipolar II illness: a prospective, placebo-controlled comparison. **Archives of General Psychiatry**, 39(9), 1065-1069. .
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Chiò, A., & Pancheri, P. (2001). **Psichiatria: manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica**: Centro scientifico internazionale.
- Karipipot, A. (2006). Pediatric bipolar depression. **BIPOLAR DEPRESSION**, 101.
- Kauer-Sant'Anna, M., Tramontina, J., Andreazza, A. C., Cereser, K., Costa, S. d., Santin, A., . . . Kapczinski, F. (2007). Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. **Bipolar disorders**, 9(s1), 128-135.
- Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Elisabeth Wells, J., . . . Olds, R. J. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. **Bipolar disorders**, 7(2), 119-125.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Havens, J. R., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Frye, M. A., . . . Leverich, G. S. (2003). Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. **Comprehensive psychiatry**, 44(4), 263-269.
- Keitner, G. I., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Miller, I. W., Mallinger, A., Kupfer, D. J., & Frank, E. (1996). Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. **Comprehensive psychiatry**, 37(5), 362-367.
- Kelsoe, J. E. (2009). Mood disorder: Genetics. In Sadock & V. Sadock (Eds.), **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry** (9<sup>th</sup> ed., pp. 1653-1654). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kendler, K. S. (2006). "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders. **Focus**.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. **Clinical psychology review**, 31(6), 1041-1056.
- Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. **Psychological medicine**, 33(5), 827-838.

- Kennerley, H., Kirk, J., & Westbrook, D. (2016). **An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications**: Sage.
- Kenny, M., & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. **Behaviour research and therapy**, *45*(3), 617-625.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. **Annual review of psychology**, *48*(1), 191-214.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., . . . Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. **American journal of psychiatry**, *163*(9), 1561-1568.
- Kim, E. Y., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, *99*(1), 37-44.
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. **British Journal of Clinical Psychology**, *44*(1), 99-112.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. **Bulletin of the World health Organization**, *82*(11), 858-866.
- Krusche, A., Cyhlarova, E., & Williams, J. M. G. (2013). Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. **BMJ open**, *3*(11), e003498.
- Kupka, R. W., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Suppes, T., Luckenbaugh, D. A., Leverich, G. S., . . . Grunze, H. (2007). Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. **Bipolar disorders**, *9*(5), 531-535.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., . . . Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? **Behaviour research and therapy**, *48*(11), 1105-1112.

- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. **Bipolar disorders**, 7(5), 431-440.
- Lam, D., Green, B., Power, M., & Checkley, S. (1994). The impact of social cognitive variables on the initial level of depression and recovery. **Journal of Affective Disorders**, 32(2), 75-83.
- Lam, D., Wright, K., & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, 79(1), 193-199.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. **Cognitive Therapy and Research**, 24(5), 503-520.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., . . . Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. **Archives of General Psychiatry**, 60(2), 145-152.
- Leahy, R., & Beck, A. (1988). Cognitive therapy of depression and mania. **Depression and mania**, 517-537.
- Leonard, B. E. (2001). The immune system, depression and the action of antidepressants. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, 25(4), 767-780.
- Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., . . . Kupka, R. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. **The Journal of clinical psychiatry**, 64(5), 506-515.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. **Psychological science**, 18(5), 421-428.
- Lin, C.-C., Bai, Y.-M., Hu, P.-G., & Yeh, H.-S. (1998). Substance use disorders among inpatients with bipolar disorder and major depressive disorder in a general hospital. **General hospital psychiatry**, 20(2), 98-101.

- Lozano, B. E., & Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? **Journal of Affective Disorders**, *63*(1), 103-111.
- Luders, E., Clark, K., Narr, K. L., & Toga, A. W. (2011). Enhanced brain connectivity in long-term meditation practitioners. **Neuroimage**, *57*(4), 1308-1316.
- Luders, E., Kurth, F., Mayer, E. A., Toga, A. W., Narr, K. L., & Gaser, C. (2012). The unique brain anatomy of meditation practitioners: alterations in cortical gyrification. **Frontiers in human neuroscience**, *6*.
- Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N., & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. **Neuroimage**, *45*(3), 672-678.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. **Trends in cognitive sciences**, *12*(4), 163-169.
- Lyvers, M., Makin, C., Toms, E., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2014). Trait mindfulness in relation to emotional self-regulation and executive function. **Mindfulness**, *5*(6), 619-625.
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. **Journal of Affective Disorders**, *130*(1), 138-144.
- Marchand, W. (2012). **Depression and Bipolar Disorder: Your Guide to Recovery**: Bull Publishing Company.
- Meinshausen, N., & Rice, J. (2006). Estimating the proportion of false null hypotheses among a large number of independently tested hypotheses. **The Annals of Statistics**, *34*(1), 373-393.
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: the key to healing. **Journal of clinical psychology**, *69*(8), 829-835.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? **The Canadian Journal of Psychiatry**, *50*(2), 95-100.
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., & Williams, J. M. G. (2010). Thought suppression in patients with bipolar disorder. **Journal of abnormal psychology**, *119*(2), 355.

- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J., Dimidjian, S., . . . Williams, J. M. G. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. **International Journal of Cognitive Therapy**, *2*(4), 373-382.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, B. S. L. (2009). Social and familial factors in the course of bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. **Clinical Psychology: Science and Practice**, *16*(2), 281-296.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, *2*, 199-235.
- Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. **International Review of Psychiatry**, *17*(1), 49-52.
- Mondimore, F. M. (2005). Unipolar depression/bipolar depression: connections and controversies. **International Review of Psychiatry**, *17*(1), 39-47.
- Montgomery, S., & Cassano, G. B. (1996). **Management of Bipolar Disorder: pocketbook**: CRC Press.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. **The British Journal of Psychiatry**, *134*(4), 382-389.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. **Consciousness and cognition**, *18*(1), 176-186.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. **Bipolar disorders**, *7*(4), 326-337.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. **The Lancet**, *359*(9302), 241-247.
- Neff, K. D., & 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.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). **Bipolar disorder: A cognitive therapy approach**: American Psychological Association.

- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. **Journal of abnormal psychology**, *100*(4), 569.
- Nunnally, J. C. (1978). **Psychometric theory** (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oquendo, M. A., Chaudhury, S. R., & John Mann, J. (2005). Pharmacotherapy of suicidal behavior in bipolar disorder. **Archives of Suicide Research**, *9*(3), 237-250.
- Pacchiarotti, I., Bond, D. J., Baldessarini, R. J., Nolen, W. A., Grunze, H., Licht, R. W., . . . Sachs, G. S. (2013). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. **American journal of psychiatry**, *170*(11), 1249-1262.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H.-U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. **European Neuropsychopharmacology**, *15*(4), 425-434.
- Pope, M., Dudley, R., & Scott, J. (2007). Determinants of social functioning in bipolar disorder. **Bipolar disorders**, *9*(1-2), 38-44.
- Post, R. M., Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T. M., Keck, P. E., . . . Grunze, H. (2003). An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I). **Bipolar disorders**, *5*(5), 310-319.
- Post, R. M., Leverich, G. S., Nolen, W. A., Kupka, R. W., Altshuler, L. L., Frye, M. A., . . . Grunze, H. (2003). A re-evaluation of the role of antidepressants in the treatment of bipolar depression: Data from the Stanley Foundation Bipolar Network. **Bipolar disorders**, *5*(6), 396-406.
- Quanbeck, C., Frye, M., & Altshuler, L. (2003). Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. **American journal of psychiatry**, *160*(7), 1245-1250.
- Quitkin, F. M., Kane, J., Rifkin, A., Ramos-Lorenzi, J., & Nayak, D. (1982). Prophylactic lithium carbonate with and without imipramine for bipolar 1 patients: a double-blind study. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, *2*(1), 82.



- Radloff, L. S. (1977). The CES-D: a self-report symptom scale to detect depression in the general population. *Appl Psychol Meas*, 3, 385-401.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 920.
- Regeer, E., Ten Have, M., Rosso, M., Hakkaart-van Roijen, L., Vollebergh, W., & Nolen, W. (2004). Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 374-382.
- Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M., & Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 567-578.
- Rihmer, Z., & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar disorders*, 4(s1), 21-25.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K.-Y., Eaves, L., Hoh, J., . . . Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *Jama*, 301(23), 2462-2471.
- Robb, J. C., Young, L. T., Cooke, R. G., & Joffe, R. T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 189-193.
- Robinson, L. J., & Nicol Ferrier, I. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar disorders*, 8(2), 103-116.
- Rosa, A. R., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnín, C. M., Sole, B., Franco, C., . . . Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health*, 13(8), 984-988. doi:10.1111/j.1524-4733.2010.00768.x

- Sachs, G. S., Lafer, B., Stoll, A. L., Banov, M., Thibault, A. B., Tohen, M., & Rosenbaum, J. F. (1994). A double-blind trial of bupropion versus desipramine for bipolar depression. **The Journal of clinical psychiatry**.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Depression and bipolar disorder. **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry**. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkin, 527-562.
- Sajatovic, M. (2005). Bipolar disorder: disease burden. **Am J Manag Care**, 11(3 Suppl), S80-84.
- Saricaoglu, H., & Arslan, C. (2013). An Investigation into Psychological Well-Being Levels of Higher Education Students with Respect to Personality Traits and Self-Compassion. **Educational Sciences: Theory and Practice**, 13(4), 2097-2104.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. **Current directions in psychological science**, 2(1), 26-30.
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. **Counselling Psychology Quarterly**, 17(2), 223-234.
- Seagull, E. A., & Seagull, A. A. (1991). Healing the wound that must not heal: Psychotherapy with survivors of domestic violence. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 28(1), 16.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. **New York: Guilford**.
- Segal, Z. V., & Dobson, K. S. (1992). Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. **Psychological Inquiry**, 3(3), 219-224.
- Segal, Z. V., & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. **Clinical psychology review**, 14(7), 663-695.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to

- protocol and treatment distinctiveness. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 9(2), 131-138.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. **Journal of clinical psychology**, 62(3), 373-386.
- Shastry, B. S. (2005). Bipolar disorder: an update. **Neurochemistry international**, 46(4), 273-279.
- Silveira Jr, É. d. M., & Kauer-Sant'Anna, M. (2015). Rumination in bipolar disorder: a systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 37(3), 256-263.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. **The Journal of clinical psychiatry**.
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Maser, J. D., Truman, C. J., Coryell, W., Endicott, J., . . . Keller, M. B. (2006). Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P). **The Journal of clinical psychiatry**, 67(3), 434-442.
- Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., . . . Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. **Journal of psychiatric practice**, 17(6), 410.
- Steen, N. E., Methlie, P., Lorentzen, S., Hope, S., Barrett, E. A., Larsson, S., . . . Agartz, I. (2011). Increased systemic cortisol metabolism in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a mechanism for increased stress vulnerability? **The Journal of clinical psychiatry**, 72(11), 1515-1521.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**, Missouri: Mosby: Inc.
- Stuart, G. W. (2010). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing** (9<sup>th</sup> ed.). Missouri: Mosby, Inc. and Affiliate of Elsevier, Inc.
- Suppes, T., & Dennehy, E. B. (2005). **Bipolar disorder: the latest assessment and treatment strategies**: Compact Clinicals.

- Suppes, T., Dennehy, E. B., Hirschfeld, R. M., Altshuler, L. L., Bowden, C. L., Calabrese, J. R., . . . Swann, A. C. (2005). The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, *66*(7), 870-886.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., . . . Frye, M. A. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. **Journal of Affective Disorders**, *67*(1), 45-59.
- Takata, T., & Takaoka, K. (2000). Bipolar II disorder and its premorbid personality. **Psychopathology**, *33*(2), 86-93.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, *36*(2), 173-182.
- Teper, R., Segal, Z. V., & Inzlicht, M. (2013). Inside the mindful mind how mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. **Current directions in psychological science**, *22*(6), 449-454.
- Thomas, J., & Bentall, R. P. (2002). Hypomanic traits and response styles to depression. **British Journal of Clinical Psychology**, *41*(3), 309-313.
- Townsend, M. C. (2006). **Psychiatric mental health nursing : Concept of care in evidence based practice** (5 ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Versace, A., Thompson, W. K., Zhou, D., Almeida, J. R., Hassel, S., Klein, C. R., . . . Phillips, M. L. (2010). Abnormal left and right amygdala-orbitofrontal cortical functional connectivity to emotional faces: state versus trait vulnerability markers of depression in bipolar disorder. **Biological psychiatry**, *67*(5), 422-431.
- Watson, S., Gallagher, P., Ritchie, J. C., Ferrier, I. N., & Young, A. H. (2004). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. **The British Journal of Psychiatry**, *184*(6), 496-502.
- Watson, S., Gallagher, P., Ritchie, J. C., Ferrier, I. N., & Young, A. H. (2004). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. **The British Journal of Psychiatry**, *184*(6), 496-502.

- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. **European Psychiatry**, *25*(6), 334-337.
- Westbrook, D. K., & Kennerley, H. H. and Kirk, J.(2007). **An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications.**
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). **Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations:** American Psychological Association.
- WHO. (n.d.). Depression. from [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D., . . . Goodwin, G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. **Journal of Affective Disorders**, *107*(1), 275-279.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. **Journal of clinical psychology**, *62*(2), 201-210.
- Winokur, G., Turvey, C., Akiskal, H., Coryell, W., Solomon, D., Leon, A., . . . Keller, M. (1998). Alcoholism and drug abuse in three groups—bipolar I, unipolars and their acquaintances. **Journal of Affective Disorders**, *50*(2), 81-89.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines** (Vol. 1): World Health Organization.
- Wright, J. H., & Beck, A.T. . (1995). **Cognitive therapy** (In Hales, R. ed.). Washington DC: : American Psychiatric Press.
- Wyatt, R., & Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness-1991. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, *30*(5), 213-219.
- XIV Bstan-'dzin-rgya, D. L., & Cutler, H. C. (2009). **The art of happiness in a troubled world:** Random House Audio.

- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. **Journal of Affective Disorders**, *83*(2), 199-206.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Schaffer, A., Parikh, S. V., Beaulieu, S., O'donovan, C., . . . Ravindran, A. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. **Bipolar disorders**, *11*(3), 225-255.
- Young, R., Biggs, J., Ziegler, V., & Meyer, D. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **The British Journal of Psychiatry**, *133*(5), 429-435.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, *12*(1), 63-70.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ -สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
3. ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากร	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
4. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. อาจารย์อังสนา เบญจมินทร์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ช่วยผู้วิจัย

นางสาวดลกมล มัทย์ตรี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการโรงพยาบาลศรีธัญญา
----------------------	--

ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

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

1.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

$$\frac{20.6}{21} = 0.98$$

2.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดระดับการมีสติ

$$\frac{14.4}{15} = 0.96$$

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. คู่มือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและแผนพับความรู้

ชุดที่ 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดระดับการมีสติ

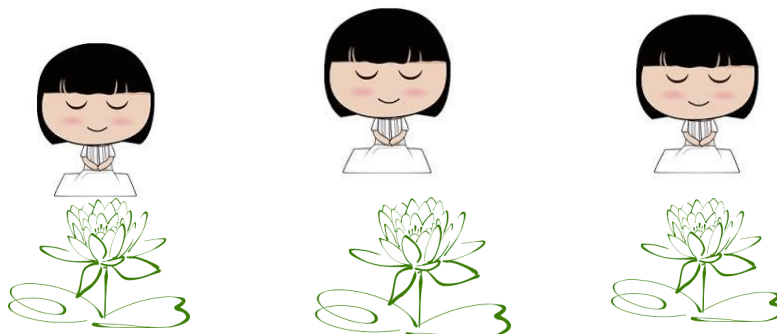


## ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

### คู่มือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

รายละเอียดโปรแกรมเป็นรูปแบบกลุ่ม จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมใน MBCT มีขนาดที่เหมาะสมไม่เกิน 12 คน โดยกิจกรรมสำหรับให้การดูแลทางด้านกายภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า มาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยตามแนวความคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ(Mindfulness-based cognitive therapy or MBCT) ของ Segal, Williams, & Teasdale(2002) ซึ่งเป็นการฝึกสติในมุมมองทางตะวันตก เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายไม่ได้มีหลักหรือพิธีการด้านศาสนา และสำหรับประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่มีศาสนาพุทธสอดคล้องตามความเชื่อและความศรัทธานำมาเป็นวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเรียนรู้เรื่องสติยังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจจากโปรแกรม Mindfulness-based Therapy and Counseling (MBTC) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์(2559) ผสมผสานระหว่างแนวคิดทางการแพทย์ จิตวิทยา และพุทธศาสนา โดยการฝึกต้องมีความสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสติ Mindfulness-based cognitive therapy ตามแนวคิดของ Segal, Williams, & Teasdale (2002) และนำหลักกระบวนการของ Mindfulness-based Therapy and Counseling (MBTC) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์(2559) ประยุกต์และนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้าโดยอาศัยหลักแนวทางการเจริญสติ(Mindfulness) เข้าใจมุมมองความคิดทางลบที่ขยายต่อจนเป็นอาการทางจิต มีมุมมองความคิดที่เป็นกลางมองเห็นความจริงอย่างรอบด้านรวมถึงความคิดทางบวกที่เหมาะสม การเห็นคุณค่าในชีวิต ให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคจากภาวะความเจ็บป่วยของโรคและนำไปสู่การปล่อยวางความคิดและอารมณ์ทางลบ โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้



## คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญระบุว่า เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพเป็นอันดับ 6 ของโลก และเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้หลายครั้งในลักษณะที่อาจจะหายแล้วกลับมาเป็นอีก หรือมีการกลับเป็นของโรคที่มีความรุนแรงขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจและด้านร่างกาย จากสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยหนึ่งของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมาจากความคิดและอารมณ์ในด้านลบที่มีต่อตนเอง ต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ จึงเป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ ได้รู้เท่าทันและตระหนักในความคิดและสภาวะทางอารมณ์ที่การเปลี่ยนไปของตน เพื่อนำมาสู่การจัดการกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นประกอบกับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของชีวิต เรียนรู้การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพิจารณาใคร่ครวญปัญหานั้นอย่างมีสติ รวมถึงการรู้จักยอมรับ การแผ่เมตตาและการให้อภัย เพื่อช่วยทำให้ความซึมเศร้าจางคลายลงได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านการฝึกสติอย่างเหมาะสมสอดคล้องตามความจริงเพื่อช่วยบรรเทาความรุนแรงจากภาวะซึมเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ลดลงได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมที่ 1 “ การจัดการกับความว้าวุ่นครุ่นคิด ”

หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพ สสำรวจและค้นหา ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละคน รู้จักการทำงานของจิตในส่วนของ Doing Mode คือความ เคยชินหรือนิสัยเดิม เข้าใจความคิดทางลบ อารมณ์ความรู้สึกของของตนเองต่อความยุ่งยากใจหรือ ความว้าวุ่นใจนำสู่การฝึกสมาธิให้เกิดความสงบเป็นพื้นฐานและเชื่อมโยงการฝึกสติ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลของอารมณ์ความรู้สึกตนเองที่ต้องการกับความว้าวุ่นใจจาก ความคิดทางลบเป็นความทุกข์ใจ โดยเรียนรู้และเข้าใจภาวะซึมเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ของตนเองที่มาจากความเคยชินหรือนิสัยเดิมๆ(Automatic Pilot)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และสามารถ ฝึกสมาธิในรูปแบบสัณทิตาและหลับตาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายประโยชน์ของสมาธิ และวางแผนการนำสมาธิไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

### สาระสำคัญ

1.โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการแสดงอารมณ์ที่มีความผิดปกติที่มีสองลักษณะสำคัญ คือ มีช่วงระยะซึมเศร้า(depression episode)และช่วงระยะแมเนีย (mania episode) จากมุมมองทาง ลบและการครุ่นคิดต่างๆในอดีตทางลบก่อให้เกิดความทุกข์ภายในจิตใจสะสมเรื้อรังจนกลายเป็นความ ซึมเศร้า ความท้อแท้ และสิ้นหวัง กระทบต่อการมองคุณค่าในตนเองลดลง ผลจากความตึงเครียด ภายในจิตใจจะบดบังสิ่งที่ดีงามภายในจิตใจ มุมมองและธรรมชาติของชีวิตที่บิดเบือนไปจากความ จริง เช่น ความรักความเข้าใจ ความเมตตาและการให้อภัยระหว่างกัน เข้าใจถึงสภาวะจิตที่ตึงตาง และรับรู้ตระหนักถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น

2.สมาธิเป็นสภาวะที่จิตพักอย่างมีคุณภาพ เกิดจากการทำให้จิตว่างหรือเป็นอิสระจาก ความคิดและความรู้สึกอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อฝึกอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่องจะสามารถพัฒนาจิตให้ เกิดความสงบของจิตใจ ช่วยบรรเทาความว้าวุ่นใจ

3.สมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์ต่างๆและความตึงเครียด ผู้ป่วยสามารถ จัดการกับภาวะความตึงเครียดที่มาจากอารมณ์เศร้าหมองให้เกิดความสงบภายในจิตใจโดยใช้สมาธิ



ในขณะที่ล้มตาหรือและขณะหลับตา และนำมาเชื่อมโยงไปสู่การฝึกสติให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ ในการดำเนินชีวิตต่อไป

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษ A4, กระดาษ Flip Chart, ปากกาไวท์บอร์ด
2. แฟ้มประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (จะเป็นที่เก็บใบงานและใบความรู้รวมถึงใบประเมินอาการของตนเองสำหรับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)
3. ปากกาหรือดินสอ
4. ใบกิจกรรมที่ 1.1 , 1.2 , 1.3 แบบประเมินการฝึกนั่งสมาธิ และการบ้านครั้งที่ 1
5. รูปภาพใบหน้าแสดงอารมณ์ต่างๆเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหรือกระเจิง และเครื่องวัดความดันโลหิต

### วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. จัดให้สมาชิกรั้งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายสมาชิกแนะนำกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มด้วยท่าที่เป็นมิตร ให้สมาชิกได้แนะนำตัวเองทีละคน
2. พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสร้างความไว้วางใจ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้ง และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินก่อนการบำบัด ได้แก่ แบบข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินภาวะเมเนีย
5. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง (ใบกิจกรรมที่ 1.1)
6. อภิปรายถึงปัญหาความยุ่งยากใจต่างๆความทุกข์ใจที่ส่งผลกับจิตใจของตนเอง โดยระบุในแบบกิจกรรมการสำรวจปัญหาความว้าวุ่นใจ(ใบกิจกรรมที่ 1.2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักสภาพจิตใจของตนเองและการสำรวจเข้าใจตนเองถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพ
7. ให้ผู้ป่วยอยู่ในความเงียบ หายใจเข้าออกยาวๆประมาณ 3-4 ครั้ง แล้วระลึกถึงบุคคลอันเป็นที่รัก ที่เคารพนับถือหรือมีความผูกพันมา 1 คน บันทึกในแบบกิจกรรมบุคคลในดวงใจ (ใบกิจกรรม 1.3)และสุ่มถามประสบการณ์ สรุปและเชื่อมโยงให้เห็นว่าสมาธิที่จิตสงบ ช่วยให้คุณค่า

ความดีงามความอ่อนโยนที่มีภายในตัวเองตนเองเปิดเผยออกมาแทนความเศร้าหรือความเครียดที่ครอบงำอยู่

8. อธิบายว่าสมาธิเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลสูงในการผ่อนคลายอารมณ์ทางลบ ความตึงเครียด และให้ผู้ป่วยฝึกการควบคุมหายใจของตนเองเพื่อหยุดความคิดที่เกิดขึ้นและอธิบายการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการกลับมารู้ลมหายใจ และอธิบายวิธีการจัดการกับความกังวลหากมีความกังวลเกิดขึ้น

9. สุ่มถามถึงประสบการณ์ของการปฏิบัติสมาธิ และอธิบายถึงประโยชน์การนำสมาธิไปใช้ในชีวิตประจำวัน และให้ทำแบบสอบถามประเมินประสบการณ์การฝึกสมาธิ และบันทึกการวัดความดันโลหิตและชีพจร ดูการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากร่วมปฏิบัติสมาธิ

10. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์การฝึกสมาธิขึ้นพื้นฐานในแต่ละวัน ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย และให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ ผู้นำกลุ่มสรุปภาพรวมของการทำกิจกรรมทั้งหมดและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและการอภิปรายร่วมกัน สัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. มีพฤติกรรมพูดคุย มีสีหน้าแววตาที่แจ่มใสขึ้น กับสมาชิกและผู้วิจัย
3. ร่วมกันฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ และช่วยกันตอบประโยชน์ของการนั่งสมาธิ
4. การตอบแบบคำถามในกิจกรรม

ใบกิจกรรมที่ 1.1  
เข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ

.....  
.....

มีสาเหตุ คือ

.....  
.....

อาการของฉัน คือ

.....  
.....

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลอย่างไรต่อตัวฉัน

.....  
.....

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลอย่างไรกับครอบครัว

.....  
.....

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลอย่างไรกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวฉัน

.....  
.....



วิธีการรักษาของตัวฉัน คือ

.....  
.....

ใบกิจกรรมที่ 1.2  
สำรวจปัญหาความว้าวุ่นใจ

ระบุปัญหาความว้าวุ่นใจ	มุมมองของเราที่เกิดขึ้นต่อความว้าวุ่นใจนั้น	ความรู้สึกของเราต่อเหตุการณ์นั้น (ความทุกข์ใจ)	พฤติกรรมของเราขณะเกิดเหตุการณ์นั้น
.....	.....	ทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะนั้น	.....
.....	.....	..... เศร้า	.....
.....	.....	..... เสียใจ	.....
.....	.....	..... น้อยใจ	.....
.....	.....	..... หงุดหงิด	.....
.....	.....	..... เครียด	.....
.....	.....	..... วิตกกังวล	.....
.....	.....	..... กลัว	.....
.....	.....	..... รำคาญ	.....
.....	.....	..... หงุดหงิด	.....
.....	.....	..... โกรธ	.....
.....	.....	..... เบื่อหน่าย	.....
.....	.....	..... อาย	.....
.....	.....	..... รู้สึกผิด	.....
.....	.....	..... ไม่มีค่า	.....
.....	.....	..... เหนงา	.....
.....	.....	อื่นๆระบุ.....	.....

## สำรวจตัวเอง

นิสัยฉันคนเดิมเป็นอย่างไร	นิสัยฉันที่คิดว่าเปลี่ยนไป
	

### ใบกิจกรรมที่ 1.3

#### บุคคลในดวงใจ เคารพรัก เคารพนับถือ

ให้ทำใจให้สงบด้วยการหายใจเข้าออกยาวๆ 4-5 ครั้ง แล้วเล่าถึงบุคคลที่เรารัก เคารพนับถือ หรือมีความใกล้ชิดผูกพันมา 1 คน และตอบคำถามดังนี้

1.บุคคลที่รัก เคารพ และมีความผูกพันที่นึกถึง คือ

.....

2.บอกถึงคุณลักษณะในตัวบุคคลใกล้ชิด ที่ทำให้คุณเห็นว่าบุคคลนั้น น่าเคารพรัก หรือน่านับถือ

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หากคุณศรัทธาในผู้ใด.....

จงซึมซับในคุณธรรมความดีของเขา.....



## สัปดาห์ที่ 2 : กิจกรรมที่ 2 “สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ”

หมายถึง การฝึกสติให้รู้ในกิจต่างๆที่ทำ ให้เป็นปัจจุบันเพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความสงบไม่ถูกสอหดแทรกด้วยความคิดและอารมณ์ทางลบครอบงำ โดยมีหลักวิธีการรู้ลมหายใจไว้เพียงเล็กน้อย และรู้ในกิจต่างๆที่กระทำในปัจจุบัน เข้าใจการทำงานของจิตในส่วนของ Being Mode คือ กระทำด้วยสติ โดยหน้าที่ของสติเพื่อควบคุมจิตใจตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆทางลบ นำสติและสมาธิมาประยุกต์ใช้

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถฝึกสติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสามารถอธิบายประโยชน์ของสติได้และสามารถวางแผนการฝึกสติไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### สาระสำคัญ

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามทฤษฎี Cognitive theory of depression ของBeck(1967) และ The Response Style theory of depression (Nolen-Hoeksema,1991) มีการอธิบายถึงความคิดที่บิดเบือนในทางลบ(cognitive triad)และการหมกมุ่นครุ่นคิดในทางลบ (Negative ruminative thoughts)ที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า จากมุมมองทางลบต่อเรื่องราวหรือความตึงเครียดเหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามในชีวิต และการหมกมุ่นครุ่นคิดในปัญหาหรือความรู้สึกที่เข้ามากกระทบเหล่านั้น ทำให้ตกอยู่ในวงจรของความคิดและอารมณ์ทางลบนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ โดยมีหลักการวิธีรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันไว้เพียงเล็กน้อยและรู้กิจที่ทำต่างๆ ณ ปัจจุบันไปด้วย

2. สติที่ได้รับการฝึกพัฒนาจะสามารถทำงานได้อย่างตั้งใจจดจ่อ ไม่ถูกสอหดแทรกจากความคิดทางลบและอารมณ์ซึมเศร้า ความเศร้าหมอง สามารถพัฒนาปัญญาภายในนำไปสู่การปล่อยวางได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษA4, กระดาษ Flip Chart, ปากกาไวท์บอร์ด
2. โทรศัพท์หรือเครื่องมือที่สามารถแสดงสัญญาณเตือนตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกตัวทุกครั้งขณะดำเนินกิจกรรม

- 3.อุปกรณ์สื่อสติ เช่น ลูกอม ดินน้ำมัน ดอกไม้ เพลงและเรื่องเล่าสถานการณ์รอบตัวใช้สติจัดการ
- 4.ปากกาหรือดินสอ
- 5.ใบกิจกรรมที่ 2 แบบประเมินการฝึกสติ และการบ้านครั้งที่ 2
6. แพ้มประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (จะเป็นที่เก็บใบงานและใบความรู้รวมถึงใบประเมินอาการของตนเองสำหรับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)

### วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทาย และเริ่มต้นด้วยการทำสมาธิใช้เวลา 10 นาที ก่อนที่ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการระยะเวลารูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
2. ทบทวนการบ้านของแต่ละคน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม
3. ทบทวนประโยชน์ของสมาธิ กับประโยชน์ของการฝึกสติ โดยเริ่มฝึกสติขั้นพื้นฐาน นำสติมารู้ที่ลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน พร้อมกับรู้การสัมผัส สติกับการชิมรสชาติอาหาร สติกับการมอง สติกับการฟัง สติกับอริยาบทต่างๆ เช่น การนั่ง การยืน และการเดิน และมีการเปิดเสียงระฆังสติเพื่อเป็นสัญญาณเตือน เพื่อให้รับรู้ถึงความรู้สึกตัวตลอดการดำเนินกิจกรรม
4. อภิปรายถึงความแตกต่างระหว่างสมาธิกับสติ มีความแตกต่างกันอย่างไรบันทึกลงในแบบกิจกรรม

#### แนวการอธิบายความแตกต่างระหว่างสมาธิกับสติ

**สมาธิ** คือ ภาวะจิตสงบและตั้งมั่น ในทางจิตวิทยาสามารถอธิบายได้ว่าเป็นจิตที่พัก แต่เป็น จิตที่พักอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากเป็นการพักในแบบที่ยังรู้สึกตัวอยู่ คือ รับรู้อยู่กับลมหายใจที่ยังผ่านเข้าออก ซึ่งกระบวนการหนึ่งของการฝึกสมาธิ โดยอาศัยลมหายใจเปรียบเสมือนเครื่องยึดเกาะของจิตจะทำให้หยุดคิดจนเกิดเป็นความสงบและผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

**สติ** คือ ภาวะจิตที่ทำงาน โดยรู้ในสิ่งที่กำลังกระทำอยู่ ณ ปัจจุบัน ซึ่งปกติเราจะรู้สึกตัวอยู่แล้วเมื่อกระทำกิจต่างๆจนเป็นเหมือนความเคยชินหรือนิสัยเป็นการทำงานของสติที่มีกำลังอ่อน การฝึกสติจึงเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกตัวอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะทำให้เราไม่วอกแวกและไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์และความคิด โดยกระบวนการฝึกคือรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน และรู้ในกิจต่างๆที่กำลังกระทำไปด้วย

(ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)



### 5.อธิบายการฝึกสติตามการใช้งานดังนี้

- ฝึกสติตามการใช้งานภายนอกโดยจัดสถานที่เหมาะสมเรียนรู้การแบ่งสติตามการใช้งานโดยกำหนดให้เดินตามแนวเส้นที่กำหนด ให้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและรู้วิธีการแบ่งสติที่มากน้อยมากำกับในกิจที่กำลังกระทำอยู่ ณ ปัจจุบัน และพูดคุยสนทนาในสถานการณ์ชีวิตประจำวันในการนำสติมาใช้ เช่น ขณะกำลังรับประทานอาหารให้รู้สึกตัวขณะเคี้ยวและกลืนพร้อมรับรู้ลมหายใจไปด้วยเพียงบางเบา ขณะกำลังข้ามถนนให้รู้สึกตัวให้มากับรู้การเห็นให้มากอย่างระมัดระวังและอยู่กับลมหายใจเพียงบางเบาไปด้วย

- สติตามการใช้งานภายใน โดยพูดคุยสนทนายกตัวอย่างสถานการณ์ต่างๆและร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการแบ่งสติที่มากน้อยมากำกับตนเองได้ เช่น เมื่อเจอกับสถานการณ์ที่มีเสียงรบกวนเสียงดังจนเกิดความรู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจให้ผู้ป่วยแบ่งสติมารู้กับลมหายใจให้มากขึ้น และเมื่อต้องเผชิญกับเสียง บ่นหรือตำหนิ ก็ให้ผู้ป่วยแบ่งสติมารู้สึกตัวอยู่กับลมหายใจให้มากขึ้น และเมื่ออยู่กับสถานการณ์ที่ต้องใช้สติในการฟังเพื่อเรียนรู้ศึกษางานต่างๆ ให้รับรู้การฟังที่มากขึ้นพร้อมรู้สึกกับลมหายใจเบาๆเพื่อรู้สึกตัวถึงการอยู่กับปัจจุบัน และเมื่อมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นให้กำหนดรู้มาอยู่ที่ลมหายใจให้มากขึ้น หรือใช้เทคนิคการหายใจเข้าและนับเลข 1-4 จึงผ่อนลมหายใจออกเพื่อถึงการรู้สึกตัวให้เป็นปัจจุบันอย่างมีสติทุกครั้งและสามารถทำสิ่งต่างๆที่เราสนใจใส่ใจตระหนักถึงการกระทำที่เป็นปัจจุบันให้ดำเนินต่อไป

ดังนั้น สิ่งที่สำคัญของการมีสติ ต้องดำเนินชีวิตที่ตั้งอยู่บนความไม่ประมาท และเข้าใจตระหนักถึงสิ่งที่กระทำอยู่ในปัจจุบันให้รู้สึกตัว เป็นการตื่นจากความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ความคิดในแง่ลบที่ผ่านมาแล้วทั้งในอดีต หรือความวิตกกังวลถึงอนาคต หรือจิตใจที่เศร้าหมอง ให้มาอยู่กับ ณ ปัจจุบันในทุกขณะ เพื่อกำหนดสติให้เข้มแข็งก้าวผ่านอุปสรรคของความรู้สึกไม่สบายใจ ความยุ่งยากใจ ความไม่พอใจหรือไม่ชอบใจ บางครั้งอาจเกิดขึ้นโดยไม่ทันรู้สึกตัว สติที่รู้ลมหายใจเป็นเครื่องกำหนดจะไม่ปล่อยใจให้ล่องลอยแบบไม่มีทิศทาง

7.วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยให้การบ้าน ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย และนัดหมายครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และการอธิบายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. สามารถฝึกสติได้อย่างถูกต้อง
- 3.สามารถบอกถึงประโยชน์และความแตกต่างของการทำสมาธิและการฝึกสติได้
4. การตอบแบบคำถามในกิจกรรม

### สัปดาห์ที่ 3 : กิจกรรมที่ 3 “ สติรู้ทันอารมณ์ ”

หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ทางลบของตนเองโดยใช้สติเฝ้าดู การเปลี่ยนแปลงไปของความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นโดยไม่ยึดติดกับความรู้สึกและอารมณ์ทางลบเป็น การพัฒนาสู่การปล่อยวางความรู้สึก

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกที่เกิดบนร่างกาย และปล่อยวางได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์ทางลบ และสามารถปล่อยวางได้

#### สาระสำคัญ

1. เมื่อเกิดอารมณ์ที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และเกิดเป็น ความรู้สึกบนร่างกายจากการมีสติในการสังเกตความรู้สึกว่าเกิดอะไรขึ้นและรับรู้การเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่ติดกับความรู้สึกนั้น เป็นการปล่อยวางความรู้สึก
2. เมื่อเกิดอารมณ์ที่ไม่รุนแรงก็สามารถใช้สติดูความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางใจหรือจากร่างกาย และ เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไปด้วยจิตที่ปล่อยวางได้

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษ A4, กระดาษ Flip Chart, ปากกาไวท์บอร์ด
2. โทรศัพท์หรือเครื่องมือที่สามารถแสดงสัญญาณเตือนตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อกระตุ้น เตือนความรู้สึกตัวทุกครั้งขณะดำเนินกิจกรรม
3. ปากกาหรือดินสอ กระดาษสำหรับตรวจตัวเอง
4. ใบกิจกรรมที่ 3 แบบประเมินสติรู้ทันความรู้สึกและอารมณ์ และการบ้านครั้งที่ 3
5. แฟ้มประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (จะเป็นที่เก็บใบงานและใบความรู้รวมถึงใบประเมิน อาการของตนเองสำหรับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)

#### วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทาย และเริ่มต้นด้วยการทำสมาธิใช้เวลา 10 นาทีการฝึกสติตามการใช้ งาน(การยืน การเดิน การฟัง ด้วยการรับรู้ลมหายใจ)และมีการเปิดระฆังสติเป็นสัญญาณเตือนสติ ทุกครั้งเมื่อเริ่มกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการระยะเวลารูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
3. ทบทวนการบ้านของแต่ละคน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตอบข้อซักถาม
4. การพัฒนาสติในการใช้งานภายใน ในการปฏิบัติเข้าใจรับรู้ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย เช่นทดลองนั่งเก้าอี้ให้ยกขาออกทั้งสองข้างจากพื้นและเกร็งไว้ประมาณ 3 นาที แล้วอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกว่า “ฉันเหนื่อยหรือฉันเมื่อยล้า” เปรียบเทียบความแตกต่างการทำด้วยสติโดยการรู้ลมหายใจเสมือน “ฉันเห็นความเหนื่อย ฉันเห็นความเมื่อยล้า” แล้วสังเกตความรู้สึกบนร่างกาย
5. ฝึกการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายให้ละเอียดขึ้นโดยการฝึก Body scan ตามใบกิจกรรมที่ 3.1 เป็นการฝึกความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นบนร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า และแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น
6. ผู้นำกลุ่มให้เขียนบอกเล่าเหตุการณ์/สถานการณ์ที่มีผลกับอารมณ์และความรู้สึกพร้อมทั้งเน้น การรับรู้ลมหายใจอย่างมีสติ และลองทำ Body scan และสำรวจความรู้สึกบนร่างกายที่ชัดเจน 1 นาที ฝึาคูการเปลี่ยนแปลงบนร่างกายและความรู้สึกที่เกิดขึ้น และดึงกลับมาสู่ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันโดยหายใจเข้าและนับ 1-4 ค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทำซ้ำ 3 ครั้ง
7. ผู้นำกลุ่มซักถามถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมาบนร่างกายหรือแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ โดยการนำสติมารับรู้ในรูปแบบการสังเกต ฝึาคู ไม่ต้องเป็นทุกข์กับการยึดติดหรือคิดขยายความรู้สึกนั้นด้วยการปล่อยวาง ใบกิจกรรมที่ 3.2
8. วางแผนการทำสมาธิและสติไปใช้ในการฝึกจิตทุกวัน โดยฝึกอย่างน้อย 10 นาที การทำ Body scan และการนำสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยให้การบ้าน ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย และนัดหมายครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. สามารถมีทักษะการฝึกสติเพื่อการปล่อยวางความรู้สึกและอารมณ์ทางลบได้อย่างถูกต้อง
3. สามารถบอกถึงประโยชน์ของการฝึกสติเพื่อการปล่อยวางความรู้สึกและอารมณ์ทางลบได้
4. การตอบแบบคำถามและแบบประเมินในกิจกรรม

#### สัปดาห์ที่ 4 : กิจกรรมที่ 4 “สติรู้ทันความคิด”

หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เท่าทันความคิดทางลบได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ การครุ่นคิดทางลบ จากหลักการความคิดที่ไม่ใช่ความจริง (Thought are not Fact) ซึ่งเป็นเพียง เหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งมากกว่า

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้น และแยกความคิดกับความจริงได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตความคิดทางลบและปล่อยวางได้

#### สาระสำคัญ

1.ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์และความคิด โดยเฉพาะความคิดทางลบต่อตนเอง(self) สิ่งแวดล้อมหรือการมองโลก(world) และมองอนาคต(future) ในลักษณะ เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive triad) และโครงสร้างของเนื้อหาความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบเหมือนเป็นอัตโนมัติ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) (Leahy & Beck,1988) ประกอบกับ การครุ่นคิดทางลบของบุคคลที่คิดวกวนเกี่ยวกับเรื่องที่รบกวนจิตใจรวมถึงสาเหตุ และผลที่ตามมาจากความไม่สบายใจก่อเป็นความรู้สึกทางลบกับตนเอง และสนับสนุนให้เห็นว่าการใส่ใจในเรื่องที่ดี(positive distraction)แทนการครุ่นคิด (Nolen-Hoeksema & Morrow ,1991) การครุ่นคิดทางลบพบได้ทุกระยะของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า (Silveira & Kauer-Sant'Anna ,2015) การฝึกสติสามารถตระหนักรู้สภาวะอารมณ์ตนเองกระจ่างชัดขึ้นและสามารถรู้ทันความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการมีสติเปรียบเสมือนการเฝ้าดูความคิดของตนเองช่วยแยกความคิดกับความเป็นจริง เรียนรู้ การอยู่กับปัจจุบัน เห็นคุณค่าของตนเอง

2.การสังเกตความคิดทางลบ จะเห็นความคิดที่ผุดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดนั้น ทำให้เรียนรู้การปล่อยวางไม่เป็นทุกซีไปกับการยึดติดจากความคิดที่เกิดขึ้นวนเวียนมา

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1.กระดาษA4, กระดาษ Flip Chart, ปากกาไวท์บอร์ด
- 2.โทรศัพท์หรือเครื่องมือที่สามารถแสดงสัญญาณเตือนตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกตัวทุกครั้งขณะดำเนินกิจกรรม

3. ปากกาหรือดินสอ

4. ใบกิจกรรมที่ 4.1 ,4.2 แบบประเมินการมีสติกับความคิด และการบ้านครั้งที่ 4

5. แฟ้มประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (จะเป็นที่เก็บใบงานและใบความรู้รวมถึงใบประเมิน

อาการของตนเองสำหรับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)

### วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที การทำ Body scan 10 นาที เน้นย้ำการฟังอย่างมีสติ และมีการเปิดระฆังสติเป็นสัญญาณเตือนสติทุกครั้งเมื่อเริ่มกิจกรรม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้

2. ทบทวนการบ้านของแต่ละคน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตอบข้อซักถาม

3. ค้นหาความคิดทางลบเสมือนเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติไม่ทันรู้ตัวและการครุ่นคิดทางลบตามใบกิจกรรม 4.1 แล้วแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

4. ให้ทุกคนนึกถึงกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในแต่ละวันตามใบกิจกรรมที่ 4.2 โดยเริ่มตั้งแต่นอนนอนจนเข้านอน ทำใบกิจกรรมการทบทวนชีวิตประจำวันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามมุมมองของแต่ละคน

5. ทำสมาธิ 3-5 นาที หลังจากนั้นกลับมารู้ลมหายใจเล็กน้อย เพื่อดูความคิดที่เกิดขึ้นประมาณ 5 นาที และบันทึกเหตุการณ์ความยุ่งยากใจหรือเหตุการณ์ที่ยังวนเวียนใจอยู่ซ้ำๆ พร้อมรู้ลมหายใจไปด้วย และอธิบายการติดป้ายกำกับความคิดนั้นอย่างสั้นๆ ไม่ต้อยอหรือขยายความคิดทางลบ และทำความเข้าใจว่าความคิดทางลบมักมาจากใจที่เป็นทุกข์ ให้รู้จักสังเกต รู้ทันความคิดนั้น เพื่อนำไปสู่การปล่อยวาง

**การติดป้ายความคิด** คือ รู้ตัวว่ากำลังคิดอะไร พอจิตรู้ว่าคิดสิ่งนั้นอยู่ ความคิดที่เกิดขึ้นก็จะหยุดลง แต่ถ้าปล่อยให้ความคิดนั้นคิดต่อไปเรื่อยๆ ความคิดก็ไม่หยุดและไม่รู้สึกตัวว่ากำลังคิดเกิดขึ้น

**แนวทางการทำกิจกรรม การติดป้ายความคิด และ/หรือกล่าวขอบคุณ** ฝึาดูความคิดและไม่ติดต่อยกตัวอย่าง การติดป้ายความคิด เช่น คิดเรื่องเศร้า ให้ติดป้าย “ กำลังเศร้าแล้วนะ ”

คิดเรื่องไม่สบายใจ ให้ติดป้าย “ กำลังกังวลแล้วนะ ” หรือ “ ฟุ้งซ่านแล้วนะ ”

คิดเรื่องความขัดแย้ง โกรธ คนอื่น ให้ติดป้าย “ กำลังขุ่นเคืองใจแล้วนะ ”

หรือถ้าไม่สามารถติดป้ายความคิดของตนเองได้ เนื่องจากไม่มีเรื่องราวที่รู้สึกชัดเจน ให้ลองกล่าวขอบคุณกับความคิดเหล่านั้น ไม่ติดต่อ และกลับมารู้ลมหายใจของตนเอง

6.วางแผนการนำเสนอและสติไปฝึกปฏิบัติทุกวัน การใช้สติในชีวิตประจำวันตามการบ้านครั้งที่ 4 และนัดหมายในครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และการอธิบายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. สามารถมีทักษะการฝึกสติเพื่อการปล่อยวางความคิดลบและการหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบ ไม่ขยายความคิดจนบิดเบือนมากกว่าที่เป็นจริง
- 3.สามารถบอกถึงประโยชน์ของการฝึกสติเพื่อการปล่อยวางความคิดได้
4. การตอบแบบคำถามและแบบประเมินในกิจกรรม

#### เป้าหมายเพื่อความสบายและหายดี



คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

# สติรู้กายใจ กับ ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



โดย  
นางสาวจริพร เชื้อบันเสาะ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมเพชร  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**Reference**

Hirschfeld, Robert M.A., M.D., Janet B.W. Williams, D.S.W., Robert L. Spitzer, M.D., et al. (2000). Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire, *American Journal of Psychiatry*, 157(11): 1873-1875.

Leeleahaang J. & Vasiakanont S. (2006). *Textbook of bipolar disorder*. Bangkok: The Psychiatric Association of Thailand.

Lorrakul Manote & Sukhanit Pramote. (2007). *Psychiatry Ramathibohi*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford: Wiley.

Wongpiromsan Y. (2016). *Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Manual*. Intra patamithorn

6. ใช้ message บอกกับคู่สนทนาว่า คุณคิดอย่างไร “ฉันคิดว่า.....”  
 “ฉันอยากเสนอว่า.....” หรือ ฉันรู้สึก..... เป็นการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่อาศัย  
 ทักษะการส่งหรือสื่อความหมายที่ชัดเจน “ที่ไม่ใช่การตำหนิ” โดยพูดถึงความรู้สึกที่  
 เกิดกับ “ฉัน” เท่านั้น เช่น ฉันรู้สึกหัวงเป็นโยคนมากกว่าหมา ฉันชอบเล่นความ  
 คิดเห็นในเรื่องนี้ ฯลฯ

7. หากรู้สึกว่าคุณคนเดียวไม่ได้ ให้ลองออกมาจากสถานการณ์นั้นก่อน และ  
 สื่อสารกล่าวขอตัวคู่สนทนา เช่น บอกว่าฉันไม่ค่อยเรื่องนี้เพียงเท่านี้ก่อน คิดจะตัวที่  
 ต้องกระทำ ไม่สะดวกใจอีกสักหน้า หรือวันนี้ไม่ค่อยสบายขอไปพักผ่อนก่อน ฯลฯ

8. ปรับเปลี่ยนวิธีคิด สติรู้เท่าทันความคิดทางลบ และคิดปัดความคิดทาง  
 ลบอย่างสิ้นๆและไม่โทษความคิดนั้นต่อ เช่น ฟุ้งซ่าน เคร้า ฟุ้งเคิง เป็นการปล่อย  
 วางความคิดและความรู้สึกทางลบก่อน ประกอบกับการใช้คำพูดเชิงบวกในด้านที่ดีๆ  
 เพื่อมีสติเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น ขอขอบคุณความคิดต่างๆที่เลี้ยงดูฉันเข้ามาและ  
 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ เป็นประสบการณ์ชีวิต และได้การเรียนรู้สิ่ง  
 ใหม่แตกต่างจากเดิม หรือไปทำกิจกรรมอย่างอื่นที่สร้างสรรค้อย่างมีสติแต่แทน



**สติรู้กาย มีแนวทางการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้**

1. ตระหนักหรืออารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ เรียนรู้ร่างกายของคุณว่ามี  
 การเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร เช่น หัวใจเต้นมากขึ้น รู้สึกร้อนๆหนาว  
 ที่ใบหน้า การหายใจสั้นลง อึดอัดใจ มือเย็น หรือมีความตึงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น
2. ยอมรับอารมณ์ต่างๆไม่ว่าจะเศร้า โกรธ โมโหที่เข้ามากระทบไป  
 การดำเนินชีวิต แต่ไม่ละทิ้งไปจนคลายจากลง หลีกเลี่ยงการโทษสิ่งแวดล้อม เช่น  
 หากคนรอบข้าง โขขคนรอบข้าง ความรู้สึกไม่สบายใจก็จะยิ่งทวีเพิ่มขึ้น ตกไปกับ  
 ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ และยังคงอยู่กับปัญหาที่เข้ามาเพียงช่วงชีวิตหนึ่ง
3. หายใจเข้าออกลึก ๆ ยาวๆ ผ่อนคลายตนเอง หรืออาจเป็นการพูดคุย  
 ระบายให้กับคนที่คุณไว้ใจพร้อมกับดูแลหัวใจของตนเองทุกครั้ง หรือทำกิจกรรมที่  
 ตนเองชอบด้วยสติที่รู้ลมหายใจ (เช่นในกิจที่หา ณ ปัจจุบัน) เช่น การอ่านหนังสือ  
 ฟังเพลง การออกกำลังกาย พร้อมกับรู้ลมหายใจตนเองตลอดเพื่อไม่ให้ ฟุ้งซ่าน  
 วิดจจริตกับอนาคต หรือหมกมุ่นครุ่นคิดกับอดีตที่ผ่านมา
4. ฝึกการทำสมาธิทั้งแบบหลับตาและลืมตาด้วยการรู้ลมหายใจตนเองให้  
 ต่อเนื่อง สมารถทำให้จิตมีสงบ ปอดโปร่ง ขจัดความวุ่นวายใจและเพิ่มพูนความ  
 เข้มแข็งทางจิตใจ เป็นได้รับมุมมองการเรียนรู้จากเรื่องราวที่ผ่านมาและเริ่มตื่นสู่การ  
 เปลี่ยนแปลงใหม่ในมุมมองทางบวก
5. เมื่อได้ใจรับฟังความคิดเห็น มุมมองของบุคคลอื่น ใครควรยุติตรองด้วยสติ  
 ที่รู้ลมหายใจทุกครั้ง จิตใจจะนิ่งขึ้นสงบและเป็นการพัฒนาจิตใจตนเองร่วมกับ  
 การสร้างความสัมพันธ์จากที่ต่อกันด้วยถ้อยคำที่เป็นถ้อยคำมิตร รู้จักการให้ความรัก  
 ความเมตตาและให้อภัย



## ชุดที่ 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 1. 20 – 29 ปี 2. 30 – 39 ปี  
3. 40 – 49 ปี 4. 50 – 59 ปี
3. ศาสนา.....
4. ระดับการศึกษา
1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช 4. อนุปริญญา/ป.ว.ส.  
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี  
7. อื่นๆ
5. อาชีพ
1. งานบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับจ้าง  
3. ค้าขาย 4. เกษตรกร  
5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. ความเพียงพอของรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน
1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอ
7. สถานภาพสมรส
1. โสด 2. หม้าย  
3. คู่ 4. หย่า/ร้าง/แยก
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย
1.  1-10 ปี 2.  11-20 ปี  
3.  21-30 ปี 4.  > 30 ปีขึ้นไป
9. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ระบุ)
- .....
- .....
- .....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทย

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกประโยคหนึ่งประโยคในแต่ละหัวข้อที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้

โปรดทำเครื่องหมายเครื่องหมายถูก (✓) ลงในข้างหลังประโยคนั้น ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งประโยคที่สามารถบรรยายความรู้สึกของคุณได้ดีเท่าๆกัน ให้เลือกประโยคที่ตัวเลขข้างหลังสูงกว่า กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าในแต่ละหัวข้อและเลือกเพียงประโยคเดียวเท่านั้น

1.
  - ฉันไม่มีความรู้สึกเศร้า (0)
  - ฉันรู้สึกเศร้าบ้าง (1)
  - ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้ (2)
  - ฉันรู้สึกเศร้าจนไม่สามารถทนได้อีกแล้ว (3)
2.
  - ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต (0)
  - ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต (1)
  - ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป (2)
  - ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้ดีขึ้นได้ (3)
3.
  - ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าทำอะไรล้มเหลว (0)
  - ฉันรู้สึกทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ (1)
  - เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้ คือ ทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อยๆ (2)
  - ฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด (3)
4.
  - ฉันมีความพึงพอใจในทุกอย่างอย่างเสมอ (0)
  - ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกอย่างดังเช่นเคย (1)
  - ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกอย่างอีกต่อไป (2)
  - ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อต่อทุกอย่าง (3)

- 5.
- ฉันไม่เคยรู้สึกผิด (0)
  - ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง (1)
  - ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา (2)
  - ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา (3)
6. ..
7. ..
8. ..
9. ..
10. ..
15. ..
16. ..
17. ..
18. ..
19. ..
- 20.
- ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (0)
  - ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือ ท้องผูก (1)
  - ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น (2)
  - ฉันวิตกกังวลร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้ (3)
- 21.
- ในช่วงนี้ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ (0)
  - ฉันสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย (1)
  - ในช่วงนี้ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก (2)
  - ฉันไม่สนใจเรื่องเพศอีกเลย (3)

### ชุดที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

#### แบบวัดระดับการมีสติ

**คำชี้แจง** ประโยคข้างล่างเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ท่านประสบอยู่ โดยพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านอย่างเป็นปัจจุบันตามที่เป็นจริง แล้วทำเครื่องหมายเครื่องหมายถูก (✓) ลงหลังช่องคำถามนั้น ตามความถี่ของการมีสติ(รู้สึกตัว)ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

หัวข้อ	เกือบ ตลอดเวลา	บ่อย มาก	ค่อนข้าง บ่อย	เป็น บางครั้ง	น้อย มาก	เกือบ ไม่เคย
1. บางครั้งฉันมีอาการอะไร บางอย่าง แต่จะไม่รู้ตัวจนกระทั่ง เวลาผ่านไปชั่วครู่แล้ว						
2. ฉันทำสิ่งของแตกหักหรือหก เลอะเทอะเพราะขาดความ ระมัดระวังไม่ใส่ใจหรือคิดถึงเรื่อง อื่นอยู่						
3. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่จะมี สมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งเฉพาะหน้า						
4. ....						
5. ....						
6. ....						
7. ....						
...						
...						
...						
14. ฉันรู้สึกว่ามักจะทำอะไร ต่างๆโดยไม่ได้ใส่ใจกับมันอย่าง จริงจัง						
15. ฉันมักกินอะไรจุบจิบไป เรื่อยๆ โดยไม่ได้ใส่ใจว่ากำลัง กินอะไรอยู่						

ภาคผนวก ง  
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ



### ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI) ฉบับภาษาไทย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0.832	0.844	21

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI) ฉบับภาษาไทย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดระดับการมีสติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0.813	0.806	15

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบวัดระดับการมีสติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

ภาคผนวก จ  
ตารางแสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	เพศ	ระดับและคะแนน ภาวะซึมเศร้า	ยาต้าน เศร้า	เพศ	ระดับและคะแนน ภาวะซึมเศร้า	ยาต้าน เศร้า
1	ชาย	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	ชาย	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้
2	ชาย	ปานกลาง(19 คะแนน)	ใช้	ชาย	ปานกลาง(19 คะแนน)	ใช้
3	ชาย	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้	ชาย	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้
4	ชาย	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	ชาย	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้
5	ชาย	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้	ชาย	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้
6	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้
7	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้
8	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้
9	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้
10	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้
11	หญิง	มาก(21 คะแนน)	ใช้	หญิง	มาก(20 คะแนน)	ใช้
12	หญิง	ปานกลาง(16 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้
13	หญิง	ปานกลาง(16 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(16 คะแนน)	ไม่ใช้
14	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้
15	หญิง	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้
16	หญิง	ปานกลาง(19 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้
17	หญิง	ปานกลาง(17 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(16 คะแนน)	ไม่ใช้
18	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้	หญิง	ปานกลาง(18 คะแนน)	ไม่ใช้



ภาคผนวก ฉ

ตารางแสดงคะแนนวัดระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการประเมินทันที  
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน



ตารางที่ 9 แสดงคะแนนวัดระดับการมีสติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว  
ที่มีการประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนวัดระดับการมีสติ	การประเมินผล
1	73	เกณฑ์ปกติ
2	75	เกณฑ์ปกติ
3	75	เกณฑ์ปกติ
4	74	เกณฑ์ปกติ
5	74	เกณฑ์ปกติ
6	72	เกณฑ์ปกติ
7	75	เกณฑ์ปกติ
8	72	เกณฑ์ปกติ
9	77	เกณฑ์ปกติ
10	75	เกณฑ์ปกติ
11	75	เกณฑ์ปกติ
12	78	เกณฑ์ปกติ
13	75	เกณฑ์ปกติ
14	74	เกณฑ์ปกติ
15	76	เกณฑ์ปกติ
16	75	เกณฑ์ปกติ
17	68	เกณฑ์ปกติ
18	74	เกณฑ์ปกติ

ภาคผนวก ช  
หนังสือรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ( ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช )

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...๐๑/๒๕๖๐.....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า  
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

รหัสโครงการ : ๐๑/๒๕๖๐  
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวนันทรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย (แผนก / หน่วยงาน) : แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

เอกสารรับรอง 1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับเดือน ที่เข้ามาขอรับรอง เดือนมกราคม ๒๕๖๐  
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๓ มกราคม ๒๕๖๐  
วันหมดอายุ : ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ( ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ) ดำเนินการให้  
การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากลได้แก่ Declaration of Helsinki,  
The Belmont Report, WHO Guideline for IRB ข้อบังคับของแพทยสภา (๒๕๔๕) หมวด ๕ ว่าด้วย  
การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

ลงนาม.....  
(นายแพทย์วิวัฒน์ ไชยชาญ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(แพทย์หญิงบุญศิริ จันทิรมงคล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

วันที่...๒๓.../...มกราคม / ๒๕๖๐

ภาคผนวก ซ  
ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

#### (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	33/131 ไร่เจนท์โฮม 25 ดิวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ (มือถือ)	089-6034286
E-mail Address	natcharin16@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### 4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้คือ

4.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาดูแลระเบียบผู้ป่วยที่มารับการรักษานอกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตท่านในการทดสอบโดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1.ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 3.ได้รับการทดสอบตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck(1967)
- 4.สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้

4.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญในการศึกษาคั้งนี้ และอาจถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม 1 หรือ กลุ่ม 2 ซึ่งมีกระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ได้แก่การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เรื่อง การรับประทานยา การนัดหมาย และการมาก่อนนัด เมื่ออาการทางจิตกำเริบ จะได้รับการประเมินภาวะเศร้า จำนวน 21 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

กลุ่ม 2 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพิ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยกิจกรรมประยุกต์มาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal,Williams, & Teasdale(2002) และมีกระบวนการสติบำบัดของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ได้แก่

ก่อนเข้าร่วมวิจัย มีการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้วิจัยสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 21 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

- ครั้งที่ 1 กิจกรรมการจัดการกับความวุ่นครุ่นคิด
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมสติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบ
- ครั้งที่ 3 กิจกรรมสติรู้ทันอารมณ์
- ครั้งที่ 4 กิจกรรมสติรู้ทันความคิด
- ครั้งที่ 5 กิจกรรมทบทวนสัมพันธ์ภาพตามที่เป็นจริง
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมนำสติปรับการสื่อสาร
- ครั้งที่ 7 กิจกรรมการแผ่เมตตา ความรักและการให้อภัย

### ครั้งที่ 8 กิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

หลังสิ้นสุดการวิจัย มีการประเมินระดับการมีสติโดยการตอบแบบสอบถามจำนวน 15 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที และประเมินภาวะซึมเศร้าหลังจากสิ้นสุดเข้าร่วมโปรแกรมถัดไปอีก 1 สัปดาห์โดยให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 21 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที

5. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติจะช่วยให้ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองทั้งทางกายจิต สังคม ได้อย่างมีสติ และผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางให้การปฏิบัติงานทางการแพทย์ หรือประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีสุขภาวะที่ดีต่อไป

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลเกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail : [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ป่วย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 47 หมู่ 4 รพ.ศรีรัษฎา ตึกชาย 4/1 ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี  
จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ (มือถือ) 089-6034286 E-mail Address: natcharin16@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail : [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th) ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับ  
สำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

( ..... )

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

( ..... )

พยาน



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ เกิดวันที่ 13 ธันวาคม 2526 จังหวัดชลบุรี สำเร็จ การศึกษาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2549 และ เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2559

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

