



ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว¹

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

นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ²

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์³

Natcharin Chuebankoh

Pennapa Dangdomyouth

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: natcharin16@gmail.com

Received: August 2, 2017

Revised: November 11, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 36 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย ด้วยการจับคู่เพศ ยาต้านเศร้า และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory-IA) แพลและเรียบเรียงโดยมุกดา ศรียงค์ (Sriyong, 1979 as cited in Areekit, 2012) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.39, p = .00$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.68, p = .00$) ดังนั้น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติจึงมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำสำคัญ : โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Abstract

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 and 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 – IA (BDI-IA) which was translated to Thai version by Mukda Sriyoung (Sriyoung, 1979 as cited in Areekit, 2012). These instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability was .83. Data were analyzed using mean, standard deviation and *t*-test.

Major findings were as follows: Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than that before receiving program, at .05 level ($t = 17.39, p = .00$). Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than those who could not receive the program, at .05 level ($t = 11.68, p = .00$). Mindfulness-based cognitive therapy program was effective in reducing depression among bipolar disorder patients.

Keywords : mindfulness-based cognitive therapy program, depression, bipolar disorder patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ โดยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในสองลักษณะที่เด่นชัด คือ ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะmania องค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพเป็นอันดับ 6 ของโลก (Michalak, Yatham, Wan, & Lam, 2005) มีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ .3 - 1.5 ของประชากรทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นถึงประมาณร้อยละ 1 ของประชากร (Stuart & Laraia, 2005) และจากการสำรวจประชากรทั่วไปในทวีปยุโรปพบว่า มีอัตราการความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงถึงร้อยละ 1.5 - 2 (Pini et al., 2005)

สำหรับประเทศไทยพบอัตราการความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 1 ใน

ผู้ใหญ่เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน กล่าวคือ คาดการณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีจำนวนไม่น้อยกว่า 7 แสนคน พบในผู้ใหญ่เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (Bipolar friend club, 2012; Ittasakul, 2015) โดยอาการในช่วงmania ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา ในลักษณะครึกครื้น จนกระทั่งหงุดหงิดฉุนเฉียว และก้าวร้าว หากถูกขัดขวางความต้องการ และอาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคม สร้างความทุกข์ทรมานใจกับตนเอง และบุคคลอื่นรอบข้าง (American Psychiatric Association (APA), 2000; Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003) ส่วนอาการในช่วงภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ ร้องไห้ง่าย ลังเล การตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ ความคิดช้าลง ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า (APA, 2013) และมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 25.1 ซึ่ง

ความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า และมีปัจจัยทางจิตสังคมเป็นตัวกระตุ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตรายเพิ่มขึ้นได้ (Leverich et al., 2003) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า ในการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการครุ่นคิดอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ (Alloy et al., 2005; Lozano & Johnson, 2001) ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานหรือการเริ่มต้นทำสิ่งใหม่หรือเว้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ รอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งมักจะเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นไปในทางลบ สัมพันธภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมพร่องไป (Pope, Dudley, & Scott, 2007) หากปล่อยให้มีอาการแสดงรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคตมากขึ้น และการพยากรณ์โรคแย่ลง (Cusin, Serretti, Lattuada, Mandelli, & Smeraldi, 2000)

จากปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทางด้านจิตสังคม (Alloy et al., 2005) สามารถอธิบายผ่านทฤษฎีการเรียนรู้หรือการเรียนรู้ทางปัญญา (cognitive learning theory) เป็นทฤษฎีที่ช่วยตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ผิดพลาดและจุดบอดของบุคคลนั้น นำไปสู่ปฏิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ในชีวิต การแก้ไขปัญหาลึ้มึงที่ การตรวจสอบความเป็นจริงโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา เพื่อตรวจสอบความคิดที่ผิดพลาด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดมุมมองต่อตนเอง มุมมองต่อสิ่งแวดล้อม และมุมมองอนาคตในทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้มีการรับรู้ตามความเป็นจริงที่มากขึ้น (Beck, 1967) การมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อหาของความคิด (content of thoughts) และสติ (mindfulness) เป็นการทำให้เกิดความตระหนักรู้และใส่ใจกับความคิด อารมณ์ นำไปสู่การยอมรับโดยไม่ยึดติด หรือไม่แสดง

ปฏิกิริยาตอบโต้กับความคิด และอารมณ์ทั้งหลายที่เข้ามากกระทบ (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) รวมทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงท่าทีและความสัมพันธ์ต่อความคิดที่เข้ามา (process of thinking) (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006) จึงช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการติดตามความคิดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Krisanaprakomkit, Rongbudsri, & Krisanaprakomkit, 2009)

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าที่เป็นช่วงอาการสำคัญ จึงควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และด้วยแนวคิด Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ที่ได้กล่าวถึงกลไกการตอบสนองผ่านการทำงานของจิตในส่วน Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างเป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิริยาตอบสนองตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบและมีการปรับตัวที่ผิดปกติดจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งถ้าใช้แนวคิดนี้ร่วมกับโปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ของ ยงย ฤทธิ วงศ์ ภิรมย์ ศานต์ (Wongpiromsarn, 2016) ผสมผสานกับแนวคิดทางการแพทย์และจิตวิทยา จากกระบวนการพัฒนาทางสติและสมาธิ น่าจะช่วยแยกให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง รวมถึงการเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการแผ่เมตตาสามารถนำมาประยุกต์ไปสู่การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องในบริบทของความเป็นไทยจากรากฐานทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ และจิตวิญญาณ ความเชื่อและความศรัทธาเข้ามาสู่วิถีการดำเนินชีวิตในแบบวิถีไทย นอกจากนี้ การเรียนรู้เรื่องสดียังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ ให้เข้าถึงมุมมอง

ทางจิตวิญญาณที่แตกต่าง และคงความเป็นสากล สามารถนำมาใช้ในดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเจริญสติจึงเป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Ball, Corry, & Mitchell, 2007) เพราะให้มีมุมมองความคิดที่เป็นกลางมองเห็นความจริงรอบด้านอย่างไตร่ตรองและแตกต่างจากเดิม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในรูปแบบผสมผสานแนวคิดทางตะวันตกของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) และแนวคิดทางตะวันออกของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (Wongpiromsarn, 2016) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองควบคู่กับสติในการรู้ทันอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญ และก้าวผ่านภาวะความเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากสภาวะความใส่ใจและตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน อันนำไปสู่การปล่อยวางจากความคิดและความรู้สึกที่เป็นทุกข์ทรมานใจจากโรค ส่งผลให้

ภาวะซึมเศร้าคลายลง รวมทั้งสามารถช่วยป้องกัน/ลดภาวะซึมเศร้าและอาการกำเริบซ้ำของโรคได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

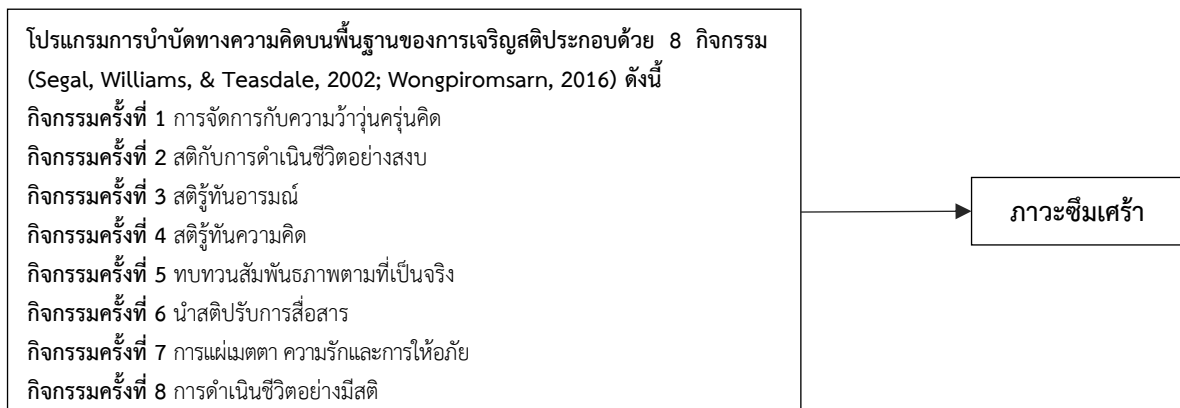
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการบริการในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16 คะแนนขึ้นไป) ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) และมีดำเนินการให้ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 แล้วกำหนดนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน (Deckersbach et al., 2010; Kenny & Williams, 2007) และเพื่อป้องกันการสูญหาย หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 36 ราย และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้ตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกันด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) ในตัวแปรเพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไม่เกิน 5 หน่วย ได้รับยาทางจิตเวชในกลุ่มเดียวกันและไม่มี ความแตกต่างในการใช้ยาต้านเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory-IA (BDI-IA) แปลและเรียบเรียงเป็น

ภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (Sriyoung, 1979 as cited in Areekit, 2012) ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งระดับซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (0 - 9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ตามแนวคิดของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ร่วมกับโปรแกรมสติบำบัดของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (Wongpiromsarn, 2016) ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที **กิจกรรมครั้งที่ 1** การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิดเป็นขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา การให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระบายความรู้สึก การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และการฝึกสมาธิและสติให้เกิดความสงบ **กิจกรรมครั้งที่ 2** สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบเป็นขั้นตอนในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน และสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง **กิจกรรมครั้งที่ 3** สติรู้ทันอารมณ์เป็นขั้นตอนในการฝึกสติในการติดตามเฝ้าดูความรู้สึกของตนเอง และความรู้สึกของร่างกาย (body scan) และเรียนรู้การปล่อยวางอารมณ์ทางลบ **กิจกรรมครั้งที่ 4** สติรู้ทันความคิดเป็นขั้นตอนในการฝึกสติกำกับความคิด ยอมรับและไม่ตัดสินความคิดทางลบที่เกิดขึ้นและปล่อยวาง **กิจกรรมครั้งที่ 5** ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริงเป็นขั้นตอนในการฝึกสติเพื่อไตร่ตรองปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน บุคคลอื่นในสังคมที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ของตนเอง **กิจกรรมครั้งที่ 6** นำสติปรับการสื่อสารเป็นขั้นตอนในการฝึกสติร่วมกับการสื่อสารด้วยภาษากายกับภาษาพูดอย่างใส่ใจ **กิจกรรมครั้งที่ 7** การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัยเป็นขั้นตอนส่งเสริมความรู้สึกที่ดี บรรเทาให้ผู้อื่นมี

ความสุขและให้อภัยเพื่อพ้นจากความทุกข์ และ **กิจกรรมครั้งที่ 8** การดำเนินชีวิตอย่างมีสติเป็นขั้นตอนในการนำวิธีการทั้งหมดมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย และเตรียมความพร้อม หากมีอาการกำเริบซ้ำของโรคเกิดขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทดลองใช้และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้ศึกษาจริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) ซึ่งมีการปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย พรเพ็ญ อารีกิจ (Areekit, 2012) มุ่งวัดระดับความใส่ใจและการตระหนักรู้ของบุคคล มีทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ มีความใส่ใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา (1 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อยมาก (2 คะแนน) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (4 คะแนน) เกิดขึ้นน้อยมาก (5 คะแนน) และเกือบไม่เคยเกิดขึ้น (6 คะแนน) ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 45 - 90 คะแนน หมายถึง ระดับการมีสติอยู่ในเกณฑ์ดี

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96

ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI - IA) และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 01/2560 รับรองเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ตัวอย่างได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และได้เซ็นใบยินยอมไว้หากสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย เตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมตัวอย่างตามขั้นตอนคัดเลือกตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นต้นไป โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)

2. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กำหนดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกิจกรรม รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที และมีการบันทึกเพื่อติดตามต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลองจากการประเมินระดับการมีสติอยู่ในระดับดี (คะแนน 45 - 90 คะแนน) ซึ่งภายหลังดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับตัวอย่างในการตอบแบบวัดระดับการมีสติของกลุ่มทดลองทุกคน พบว่าผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมีการติดต่อไปอีก 1 สัปดาห์ตามนัดหมายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เพื่อตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IIA) (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติภายในกลุ่มด้วย dependent *t*-test และระหว่างกลุ่มด้วย independent *t*-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุระหว่าง 50 -

59 ปี (ร้อยละ 44.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพทำงานบ้านหรือทำงานอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 41.7) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 75) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ที่ 1 - 10 ปี (ร้อยละ 80.6) และได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาควบคุมอารมณ์และยาจิตเวช (ร้อยละ 88.9) และยาด้านเศร้า (ร้อยละ 11.1)

2. ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 18.11 และหลังการทดลองเท่ากับ 12.00 ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 36$)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 18$)						
ก่อนการทดลอง	18.11	1.23	ปานกลาง	17	17.39	.00
หลังการทดลอง	12.00	1.65	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม ($n = 18$)						
ก่อนการทดลอง	18.06	1.11	ปานกลาง	17	2.01	.06
หลังการทดลอง	17.44	1.10	ปานกลาง			

3. ก่อนการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.44 ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนภาวะซึมเศร้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 18)	18.11	1.23	ปานกลาง	34	.14	.89
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 18)	18.06	1.11	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 18)	12.00	1.65	เล็กน้อย	34	-11.68	.00
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 18)	17.44	1.10	ปานกลาง			

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 17.39, p = .00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้จากแบบวัดระดับการมีสติ (Brown & Ryan, 2003) ที่ว่าระดับการรู้สติอยู่ในเกณฑ์ระดับดีบ่งบอกถึงความใส่ใจกับประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวัน และรูปแบบกิจกรรมที่มีทั้งหมด 8 ครั้ง ได้เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจการเรียนรู้ อย่างมีแบบแผนและเกิดรูปแบบที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความเคยชินหรือนิสัยเดิมเดิม (automatic pilot) กับการกระทำอย่างมีสติ การตอบสนองผ่านการทำงานของจิตในส่วน ของ Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างที่เป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติตอบสนองตามความเคยชิน/เป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบมีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา (Segal et al., 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 1 การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิด อธิบายถึงกลไกการทำงานของจิตในแบบ Doing mode ตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย มาจากความคิดลบ ส่งเสริมมุมมองการเห็นคุณค่าของชีวิต และการนั่งสมาธิแบบสั้น (mini-

meditation) ทั้งในแบบหลับตา และลืมตา โดยการฝึกปฏิบัติจริง และมีการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สมาชิกจะต้องถูกกระตุ้นให้ใคร่ครวญไตร่ตรองในทุกขณะ เป็นสภาวะจิตที่สามารถดึงกลับมาใส่ใจและตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันให้มากขึ้นในวิถีที่แตกต่างจากเดิม (Segal et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deckersbach et al. (2012) ที่ติดตามกรณีศึกษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 12 ราย ใช้ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) โดยการให้ความรู้เรื่องโรค ให้เข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการแสดงออกของอารมณ์เชิงบวก แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของระดับการมีสติ มีผลให้อาการหลงเหลือจากอารมณ์ซึมเศร้าลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 2 สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบเป็นการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เช่น สติรับรู้ประสาทสัมผัสทั้งห้า สติใส่ใจกับอริยาบถ และการกำกับสติตามการใช้งาน รู้ในกิจที่ต้องกระทำ นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน และตระหนักรู้ในกิจต่าง ๆ ที่ต้องกระทำ โดยอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างของกลไกการพัฒนาของจิตระหว่างสติและสมาธิ โดยแยกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติที่ชัดเจน (Wongpiromsarn, 2016) และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

โดยไม่มุ่งความสนใจไปกับความรู้สึกทางลบจนมากเกินไป จึงช่วยบรรเทาความซึมเศร้าให้คลายลงหรือลดลงได้เป็นการดีสติมารู้กับปัจจุบันในทุกขณะ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams, Duggan, Crane, and Fennell (2006) โดยการฝึกฝนสติจนเกิดความตระหนักรู้ ใส่ใจกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินหรือขยายความคิดลบบนั้น ทำให้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ทางลบรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเองลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์เป็น การฝึกสติเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกและไม่ยึดติดกับอารมณ์นั้น กิจกรรมนี้มีการฝึกสติมารู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย (body scan) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย และให้ผู้ป่วยบอกเล่าเรื่องราวความยุ่งยากใจหรือความทุกข์ภายในจิตใจ เสมือนผู้รู้ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้น และจัดการกับสภาวะอารมณ์อย่างมีสติ ยอมรับตามที่เป็นจริง เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคที่มาจากความต้องการทางอารมณ์โดยไม่ตัดสิน ไม่ตอบโต้ หรือขยายความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 4 สติรู้ทันความคิด ใช้สติเฝ้าสังเกตและรู้ทันความคิดทางลบ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ยึดติด เรียนรู้ว่าเป็นเพียงความคิดที่ไม่ใช่ความจริง และเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งนำไปสู่การจัดการกับอุปสรรค (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับการอธิบายรูปแบบของสติช่วยให้กระบวนการทางความคิดของสมองส่วนหน้าทำงานเชื่อมต่อข้อมูลจากประสบการณ์ในอดีตเข้ากับปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยิ่งยงใจ ชะลอความต้องการทางพฤติกรรม และกำกับควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเอง โดยการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน จากการยอมรับโดยไม่ตัดสิน และให้เกิดช่องว่างการส่งสัญญาณรับรู้ต่อการควบคุมอารมณ์ของตนเอง การยืดหยุ่น

ทางความคิด การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การวางแผนอย่างมีระบบเพื่อให้สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วง (Moore & Malinowski, 2009; Teper, Segal, & Inzlicht, 2013) ซึ่งความคิดทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงควรจัดการและรู้เท่าทันความคิดลบบก่อนแสดงออกของอารมณ์ทางลบ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้สอดคล้องอยู่บนพื้นฐานตามที่เป็นจริงอย่างเหมาะสมมากขึ้น (Beck, 2011)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง เป็นการฝึกใคร่ครวญสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดสติพิจารณาอย่างรอบด้าน มีมุมมองทางบวกในการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม มีการไตร่ตรองรายละเอียดในมุมมองใหม่ที่แตกต่างกันเดิมอย่างสร้างสรรค์ ไม่ตัดสินและขยายความคิดทางลบที่รุนแรงขึ้นรู้จักดีสติมารู้รู้อยู่กับลมหายใจซึ่งเป็นปัจจุบัน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร เป็นการฝึกสติร่วมกับการสื่อสารทางบวก การแสดงออกทางภาษาท่าทางและภาษาพูดอย่างเหมาะสม มีสติไตร่ตรองพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Solomon, Keitner, Miller, Shea, and Keller (1995) พบว่าความแปรปรวนของอารมณ์ไม่คงที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพ ไม่ไว้วางใจใคร และไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน และมักแยกตัวจากการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่าปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ ความยุ่งยากด้านการสื่อสาร มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัย ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้อภัยและเมตตาตนเอง เป็นสภาวะจิตที่ต่อยอดจากสติที่ช่วยขจัดความขุ่นเคืองในใจและมีจิตใจที่เปิดกว้าง และ

ยอมรับพร้อมการปรับเปลี่ยนตนเองในทางดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ Saricaoglu and Arslan (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตาตนเอง (self-compassion) กับสุขภาวะทางจิต โดยอธิบายว่าเมื่อมีความทุกข์และล้มเหลวเกิดขึ้น ถ้าเข้าใจและยอมรับในตนเอง แทนที่จะตำหนิหรือโทษตนเอง แต่กลับมองประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างมีเหตุผล และการปรับมุมมองความคิดไปในทางบวกกับตนเอง จะมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Menahem and Love (2013) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่นับถือศาสนาพุทธ โดยใช้หลักการให้อภัยซึ่งจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความสงบของจิตใจ และช่วยยับยั้งการขยายอารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความขุ่นเคืองใจ ไปสู่ความเข้าใจธรรมชาติของความคิดลดอาการทางจิตและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เป็นกิจกรรมที่รวมเอากิจกรรม 1 - 7 มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง สามารถนำสติมาจัดการกับปัญหาและเตรียมรับมือกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อาจมีอาการกำเริบซ้ำในอนาคต สอดคล้องกับการมองเห็นทางโดยนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ในชีวิตได้อย่างสมดุลและการตระหนักรู้ถึงความตั้งใจเป็นพลังนำไปสู่ความคิดด้านบวกที่ใช้ดูแลตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 ; White & Freeman, 2000) ตามหลักการนำประสบการณ์ที่เรียนรู้มาจัดการกับอารมณ์ในอนาคต (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ประกอบกับนำเทคนิคของการบำบัดทางความคิดหรือทางปัญญา ได้แก่ มีการสนทนากับตนเอง (self-dialogue) การจินตนาการ (imagery) การคิดกรอบใหม่ (reframing) และการปรับเปลี่ยนแผนวิธีการคิดใหม่ การรู้จักความรัก ความเมตตา และการให้อภัย จัดการกับปัญหาความยุ่งยากใจ สะท้อนความรู้สึกที่มาจากความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทุกขณะ มีสติรู้เท่าทันสภาวะซึมเศร้าและจุดเปลี่ยนของอารมณ์ตนเอง แสดงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ในเชิงบวก และมีผลลัพธ์ในการดูแลตนเองตามบริบทวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน โดยมีการมอบหมายการฝึกสติและสมาธิเป็นการบ้านทุกครั้ง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคภายในกลุ่มทดลอง ประกอบกับสนับสนุนให้ญาติหรือคนดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย โดยฝึกสติและสมาธิควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

2. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 11.68$ $p = .00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz et al. (2009) ที่พบว่า การใช้ Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยกลยุทธ์การฝึกสติ สมาธิ และเทคนิคผสมผสานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยาควบคุมอารมณ์และยาทางจิตเวชอื่น ทำให้อาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลง จึงเสนอให้ MBCT เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับใช้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเช่นเดียวกับการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ (Areekit, 2012) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .5$)

ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ควรเน้นส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง เพราะการมีสติรู้ทันความคิด และอารมณ์ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และความคิดอย่างเหมาะสม ทำให้

เห็นคุณค่าของชีวิต การให้อภัย การแผ่เมตตา การให้ความรักทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการเผชิญปัญหาอย่างมีสติและไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติไปใช้ พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีทักษะประสานงานเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มและทักษะการเจริญสติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในงานวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมกระบวนการที่เพิ่มพูนทางด้านความรู้และการดูแลตนเอง จึงควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้เพื่อการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

3. ควรถ่ายทอดโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และเพื่อเสริมศักยภาพให้กับญาติหรือผู้ดูแลในการลดภาวะซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ

4. ควรศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่การดำเนินชีวิตในสังคม ชุมชน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 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.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publication.
- Areekit, P. (2012). The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression inpatients with depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 71-80.
- Ball, J., Corry, J., & Mitchell, P. (2007). Mindfulness meditation and bipolar disorder. *Innovations and Advances*, 37.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- 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.
- Bipolar friend club. (2012). *Bipolar disorder*. Bangkok: Bipolar friend club, Srihanya Hospital.
- 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.
- 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.
- Deckersbach, T., Nierenberg, A. A., Kessler, R., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Sachs, G., . . . Dougherty, D. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(5), 298-307.
- 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.
- 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*.
- 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.
- Ittasakul, P. (2015). Bipolar disorder. In M. Lotrakul & P. Sukhanit (Eds.), *Psychiatry Ramathibodi* (pp. 155 - 166). Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Krisanaprakornkit, T., Rongbudsri, S., & Krisanaprakornkit, P. (2009). *Meditation therapy in psychiatry and mental health*. Khonkaen: Printing house of Khonkaen University.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176-186.
- 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.
- 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.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: 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.
- 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*.
- Stuart, G., & Laraia, M. (Eds.). (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- 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.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. American Psychological Association.
- 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.
- Wongpiromsarn, Y. (2016). *Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health: Beyond Publishing Co., Ltd.