

ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม  
ที่ได้รับเคมีบำบัด



นางศิริพร สวยพริ้ง

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON DEPRESSION IN ADVANCED  
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY



Mrs. Siriporn Suaypring

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

โดย

นางศิริพร สวยพรั่ง

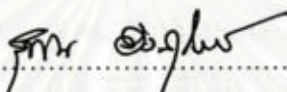
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

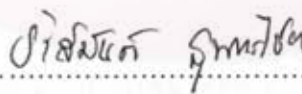
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

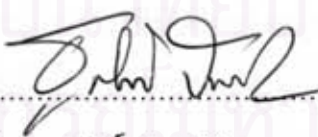
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
.....คนบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต)

ศิริพร สวอยพริ้ง : ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON DEPRESSION IN ADVANCED CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 190 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 26 คนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบกำหนด 13 คนก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย, ขั้นแก้ปัญหา และขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า 2) โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{df=25} = 4.392, p < .05$ )
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{df=24} = -4.345, p < .05$ )

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..ลายมือชื่อนิติด.....ศิริพร สวอยพริ้ง

ปีการศึกษา..... 2551.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....รังสิมันต์ สุนทรไชยา

##4877605336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY / DEPRESSION / ADVANCED CANCER PATIENTS  
RECEIVING CHEMOTHERAPY

SIRIPORN SUAYPRING : THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON  
DEPRESSION IN ADVANCED CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. THESIS  
ADVISOR : RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 190 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of supportive psychotherapy on depression in advanced cancer patients receiving chemotherapy. A purposive sample of 26 patients with advanced cancer patients receiving chemotherapy who admitted in National Cancer Institute was matched by gender, age, site of cancer, regimen of chemotherapy, score of depression and treatment. Subjects were randomly assigned to the control group and experimental group using purposive random sampling which each group of 13 subjects. The control group received routine nursing care, while the experimental group received supportive psychotherapy which consisted of 4 sessions, 45-60 minutes in each session. There were 3 phases of therapy : introductory, working, and working through (terminal phase). The supportive psychotherapy program was validated by five experts. The reliability of Thai depression inventory scale was .78. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as following :

1. The mean score of depression of the experimental group after receiving supportive psychotherapy program was significantly less than those before receiving program. ( $t_{df=25} = 4.392$ ,  $p < .05$ )
2. The mean score of depression of the experimental group after receiving supportive psychotherapy program was significantly less than those of the control group. ( $t_{df=24} = -4.345$ ,  $p < .05$ )

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student Signature : *Siriporn Suaypring*  
Academic Year : .....2008..... Advisor Signature : *Rangsiman Soonthornchaiya*



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ และคอยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย ส่งเสริมให้กำลังใจ ซึ่งเป็นพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและพยายามทำให้เต็มความสามารถ และเพื่อเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพมากที่สุด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพวรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตาตามอบเวลาอันมีค่าในการมอบความรู้ และคำแนะนำ เพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมทั้งอาจารย์ดวงตา กุลรัตนญาณ ที่ให้ความรู้ เป็นผู้คอยดูแลผู้วิจัยในการฝึกปฏิบัติการทำจิตบำบัด ปรึกษา ปรึกษา ประคับประคอง สร้างผู้วิจัยให้มีความแข็งแกร่ง และความมั่นใจในการเป็นผู้บำบัดที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยความสะดวกที่ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มอบน้ำใจ ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดมา และขอขอบคุณสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งผู้บริหารที่มอบโอกาสสำหรับผู้วิจัย ส่งเสริม และคอยให้กำลังใจ

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวสวพรั้ง ที่เป็นกำลังใจ และอยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัย ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยดูแลกันและกัน ห่วงใย ให้ความช่วยเหลือ ผลักดัน กระตุ้นให้ผู้วิจัยเกิดกำลังใจที่ท้อแท้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่าน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1    บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย. ....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	12
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า .....	14
แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม .....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้า .....	39
แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคอง .....	48
แนวคิดมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers .....	53
โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง.....	57
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	66
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	73
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	73
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	77
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	84
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	114
การพิจารณาจริยธรรมกับการวิจัย .....	114
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	115

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	117
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	126
สรุปผลการวิจัย.....	133
อภิปรายผลการวิจัย .....	134
ข้อเสนอแนะ.....	143
รายการอ้างอิง .....	147
ภาคผนวก.....	159
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	160
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	162
ภาคผนวก ค สรุปการแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ .....	178
ภาคผนวก ง การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	180
ภาคผนวก จ เอกสารจริยธรรม .....	184
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	190

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจับคู่ (Pair matching) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับภาวะซึมเศร้า ชนิดของยาคลายกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	75
2	การจับคู่ (Pair matching) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ตำแหน่งของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	76
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา .....	118
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส .....	119
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งของโรคมะเร็ง อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย .....	120
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด .....	121
7	คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง .....	122
8	คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	123
9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดประคับประคอง และการพยาบาลตามปกติ.....	124
10	เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	181
11	เปรียบเทียบอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรคระยะเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	182
12	เปรียบเทียบระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม...	183

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
2	สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	116



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจ ที่แสดงออกทางความคิดและพฤติกรรม ในลักษณะของกลุ่มอาการ และอาการแสดง (Syndrome or Symptom complex) ที่แปรปรวน ในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย เช่น มีอารมณ์เศร้า เหนงา หดหู่ มีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง หลีกหนีจากสังคม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามี ความผิดปกติของพยาธิสภาพทางจิตใจ ซึ่งจะมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck and Lehmann cited in Hollon and Carter, 1994; Dinoff and Shuster, 2005; Williams, 2007) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฝ่ายกาย พบได้ในผู้ป่วยวิกฤตและเฉียบพลัน และในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนานจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545; Spiegle, 2007; National Institute of Mental Health, 2002) เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

จากสถิติอัตราการตายของประชากร 100,000 คน ของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีจำแนกโรค ระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2550 พบว่า โรคมะเร็งเป็น สาเหตุการตายลำดับที่ 1 เท่ากับ 13.6 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) และจากสถิติของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2005-2007) พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มี ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งในสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จาก ร้อยละ 36.4 เป็นร้อยละ 40.4 ในปี พ.ศ. 2550 จาก การศึกษาของ Okamura และคณะ (2000 cited in Massie, 2004) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้าน มระยะกลับเป็นซ้ำ พบว่า ร้อยละ 42 มีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Silverfrab et al. (1980 cited in Massie, 2004) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 146 คน ใน 3 ระยะ คือ ระยะการ วินิจฉัยโรค ระยะที่โรคกลับเป็นซ้ำ และระยะลุกลาม พบว่าในระยะที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค และระยะลุกลามจะมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spiegel (1996 cited in Spiegel, 2007) พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการ ลุกลามอย่างรวดเร็วของโรคมะเร็ง โดยมีอาการของภาวะซึมเศร้า ต่ำหนืดตนเอง วิตกกังวล คิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2536ก; 2536ข; Holland, 1982;

Chochinov et al., 1995 cited in Spiegel, 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hjerl et al. (2003) พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ สาเหตุทางด้านร่างกาย คือ โรคมะเร็งอาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเมตาโบลิซึม (Roth, Massie and Redd, 1996) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะการขาดสารอาหาร ร่างกายก็จะอ่อนแอลง ภูมิคุ้มกันโรคก็จะลดลงตามลำดับ เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของสมอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของสมอง ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจโดยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากภาวะของโรค การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการของโรคหรือเป็นผลจากการรักษา (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537; ธนา นิลชัย โกวิทย์, 2544; Pilsworth et al., 1995; Stiefel, Kornblith and Holland, 1990 cited in Razavi and Stiefel, 1999; Dinoff and Shuster, 2005) ได้แก่ การรักษาด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยมักกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา การสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง สูญเสียหน้าที่ สูญเสียอวัยวะ และมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระดับที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับอันตราย และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Weitzner et al., 1997 cited in Spiegel, 2007)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองอาการ แต่รูปแบบของการให้และชนิดของยาเคมีบำบัดนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น ตามลักษณะอาการของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น (Holland, 1982) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายจากภาวะของโรค ส่งผลให้ยาเคมีบำบัดมีผลกระทบกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Glajhen, 1999) ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ มีผลต่อไขกระดูกทำให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น มีภาวะโลหิตจาง เลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และภาวะติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งเป็นผลกระทบที่พบบ่อยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผอมลง และมีอาการอ่อนเพลียตามมา (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Holland, 1982; Maguire, 2002) ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่วนผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Holland, 1982) ซึ่งจากการศึกษาของ Maguire (2002)

พบว่า อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตใจในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Devlen et al. (1987 cited in Maguire, 2002) พบว่า อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลของเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทย จากการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ จิตใจไม่สงบ (39%), เสียใจ (31%), วิตกกังวล (24%), หงุดหงิด (18%) และกลัว (14%) และจากการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจะมีความรู้สึกทางลบ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจะมีความรู้สึกว่าอยู่กับการถดถอยจากการลุกลามอย่างเรื้อรังและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน 2) มีชีวิตอยู่กับความขัดแย้งใจ 3) มีชีวิตอยู่กับความสูญเสียทุกอย่าง 4) มีความรู้สึกอยู่กับความรู้สึกไร้คุณค่า 5) มีชีวิตอยู่กับความใกล้ตาย 6) มีชีวิตอยู่กับความทรมาน และ 7) มีชีวิตอยู่กับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผานิตรัตน์ (2538; 2540) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซ้ำ (Holland, 1989a cited in Glajhen, 1999) โรคมะเร็งระยะลุกลาม และในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย การเก็บกดความโกรธไว้ภายใน ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ความเศร้าโศกเสียใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผานิตรัตน์, 2538; 2540) และรู้สึกผิดหวัง หมดหวัง (Holland, 1989a cited in Glajhen, 1999) ปัจจัยเหล่านี้นับว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ ผู้ป่วยจึงแปลภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นไปตามความรู้สึกของตนเอง กระตุ้นให้เกิดความคิดทางลบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ภาวะซึมเศร้าในแต่ละบุคคลนั้นจะมีความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่ง Beck (1967) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าเป็นเล็กน้อย ปานกลางมาก และรุนแรง ซึ่งในแต่ละระดับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง จะส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง ทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอ การรักษาโรคต้องใช้เวลานานขึ้น ส่วนภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ การให้การพยาบาลและการบำบัดผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับจึงมีความแตกต่างกันไปด้วย



การรักษาทางจิตในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การรักษาทางจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจา หรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น อากัปกริยา ท่าทาง สีหน้า และสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษา และผู้ที่มาขอรับการรักษาเป็นตัวสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) การรักษาทางจิตบำบัดมีหลายวิธี ได้แก่ จิตบำบัดไดนามิกหรือจิตบำบัดอิงจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic), พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy), การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy), จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Trijsburg และคณะ (1992 cited in Spiegel, 2007) ที่ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับผลของการทำจิตบำบัด จำนวน 116 รายงาน พบว่า การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

การรักษาโดยจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545; Greer, Moorey and Baruch, 1991 cited in Glajhen, 1999) โดยมีจุดมุ่งหมายของการทำจิตบำบัดประคับประคอง คือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญกำลังใจดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการปรับตัว เพิ่มการนับถือตนเอง สามารถควบคุมและตัดสินใจปัญหาได้ กล่าวคือ เป็นการรักษาที่มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก และสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance or Therapeutic Relationship) (มานิช หล่อตระกูล และภำพันธ์ เจริญสวรรค์, 2548; Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004; Worden and Weisman, 1984 cited in Payne and Massie, 2002) ร่วมกับการชี้แนะ และเทคนิคอย่างอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็ว โดยไม่ต้องค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จิตบำบัดวิธีนี้ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นสาเหตุของโรคมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ซึ่งมีแนวทางหลักได้แก่ การเสริมกลไกทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมให้มั่นคงขึ้น ส่งเสริมวิธีการอื่น ๆ ที่เหมาะสมกว่าเดิมในการแก้ปัญหา ทั้งนี้เป็นการรักษาที่อยู่ในระดับจิตสำนึกเท่านั้น ไม่เข้าไปจัดการแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (มานิช หล่อตระกูล และภำพันธ์ เจริญสวรรค์, 2548) และจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัด พบว่า มีงานวิจัยหลายงาน ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองของ สุนทรวิวัฒน์เบญจโสภณ (2543) พบว่าผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับ

รังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และจากการศึกษาของ เซาวนี่ ล่องซูล (2547) พบว่า การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา หาญละคร (2547) พบว่า การใช้กลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้ การศึกษาของ Spiegel and Classen (2000 cited in Spiegel, 2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำให้ผู้ป่วยได้มีการระบายอารมณ์ สร้างความสัมพันธ์ในสังคม ขจัดความกลัวจากภาวะใกล้ตายและความตาย และมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีขึ้น

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน มีความขัดแย้งใจ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกไร้คุณค่า อยู่กับความทรมาน อยู่กับความใกล้ตาย และมีชีวิตอยู่กับความตาย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกผิด และรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Plumb et al., 1974 cited in Holland, 1982) ร่วมกับการมีอาการแสดงของโรคเพิ่มมากขึ้นเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตที่รุนแรงต่อการรับรู้ และส่งผลให้มีโอกาสที่จะประเมินภาวะวิกฤตดังกล่าวบิดเบือนไปในทางลบค่อนข้างสูงทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ และต่ออนาคต การใช้จิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004) และแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แพ จันทร์สุข, 2541; สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วิษวี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client centered) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย จึงน่าจะเป็นการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดได้ เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ เพื่อให้ผ่อนคลาย และสามารถค้นหาปัญหาต่างๆ กำหนดเป้าหมายในชีวิต พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง คิดพิจารณาทางเลือกอย่างมีเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุและผล ซึ่ง สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ กล่าวไว้ (2536ก; 2536ข) การทำจิตบำบัดรายบุคคลจะสามารถแก้ไขปัญหเฉพาะบุคคลได้ดีกว่ารายกลุ่ม ประกอบกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะต้องมีการดูแลและระมัดระวังเพื่อป้องกันอันตรายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และเวลาในการเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นแตกต่างกัน ส่งผลให้ความเป็นไปได้ในการทำกลุ่มจิตบำบัดเป็นไปได้ยากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำจิตบำบัดระดับประคองเป็นรายบุคคล

การทำจิตบำบัด เป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) การทำจิตบำบัดช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง มีความครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในเรื่องการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นทางด้านร่างกาย และจิตบำบัดซึ่งเป็นการดูแลทางด้านจิตสังคม ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งปฏิบัติงานในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยจึงได้หาแนวทางเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในระดับมากขึ้น โดยการพัฒนากำหนดทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง และศึกษาถึงผลของการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่ เข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรินทร์พรมี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ซึ่งเชื่อว่าจุดสำคัญยิ่งในชีวิตมนุษย์ก็คือ การแสวงหาจุดมุ่งหมายในชีวิตและมีความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตน มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งผู้ให้การบำบัดจะใช้เทคนิคของสัมพันธภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม และสภาพปัญหาของตนเอง

จิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) กล่าวว่าเป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) โดยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง (Confidence) เกิดความหวัง (Hope) และความนับถือตนเอง (Self regard) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ต่อความเป็นจริง (Relation to reality) การคิด (Thinking) การปกป้องจิตใจตนเอง (Defense formation) การควบคุมอารมณ์ (Regulation of affect) การสังเคราะห์ข้อมูล (Synthesis function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ซึ่งหมายถึง การกระทำที่มีประสิทธิภาพ (Effective functioning) ซึ่งรวมถึงการทดสอบ สัมพันธภาพ การถ่ายโอนความรู้สึก และตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน และการมีสัมพันธภาพเชิงการรักษา (Therapeutic alliance) (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

แนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แผล จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิ ทรรศย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) คือ การมีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้การบำบัด และผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ เพราะมนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคล เป็นผู้มีเหตุผล มุ่งความก้าวหน้า และกล้าเผชิญความจริง ซึ่งแนวความคิดนี้ จะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered) โดยวัตถุประสงค์ คือ เน้นการจัดความทุกข์ทางอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นภาวะวิกฤต และมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือโลก และอนาคต ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการค้นหาคำคิดทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิด จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนไปให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล (Golden, Gersh and Robbins, 1992) ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อจะได้ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้การบำบัดจัดสภาพการณ์ของการให้การบำบัดที่อบอุ่น เป็นมิตร เต็มไปด้วยการยอมรับและความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์คับข้องใจหรือความขัดแย้งในใจ ซึ่งผู้ป่วยได้ผ่อนคลายจากการเก็บความรู้สึก เพิ่มความตระหนักในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตน ได้สำรวจความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง พิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างตรงซื่อเท็จจริง พัฒนาความเข้าใจตนเองและสภาพการณ์ต่าง ๆ แสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หรือตัดสินใจได้เหมาะสมขึ้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า เป็นวิธีที่ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้ายาลดลง (แผล จันทรสุข, 2541; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ซึ่งการทำจิตบำบัดระดับประคองเป็นจิตบำบัดระยะสั้น (Levenson and Hales, 1993 cited in Payne and



Massie, 2002) โดยปกติมีระยะเวลา 4-15 ครั้ง สำหรับการรักษาปัญหาเร่งด่วน (Payne and Massie, 2002) และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญกำลังใจดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการปรับตัว เพิ่มการนับถือตนเอง สามารถควบคุมและตัดสินใจปัญหาได้ (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004) โดยใช้การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การชี้แนะ การแสดงอารมณ์ที่กอดเก็บไว้ การให้ความมั่นใจ การเสริมทักษะการแก้ไขปัญหา และการแก้ไขสิ่งแวดล้อม (มานุษย หล่อตระกูล และภานุณี เจริญสวรรค์, 2548) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทร์สุข, 2541; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วชิรี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีขั้นตอนในการทำจิตบำบัดระดับประคอง 3 ขั้นตอน (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2002; Shives and Isaacs, 2002) ได้แก่ 1) ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage) 2) ขั้นแก้ปัญหา (Working stage) และ 3) ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage)

**ขั้นที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage)** เป็นขั้นต้นของการกระบวนการทำจิตบำบัด ซึ่งผู้ให้การบำบัดจะประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ทำความรู้จักในเรื่องประวัติความเป็นมา ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประเมินปัญหา ในขั้นนี้ผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยทำความตกลงในเรื่องเวลาที่พบ จำนวนครั้งที่พบ ในระยะนี้ผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยได้เรียนรู้บุคลิกของกันและกัน เรียนรู้การยอมรับนับถือความเป็นบุคคล ยอมรับในศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004; Shives and Isaacs, 2002) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ข้อตกลงร่วมกัน บทบาทหน้าที่ แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลา และให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำจิตบำบัดระดับประคอง (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ทำให้เกิดพันธะในการบำบัด (Therapeutic alliance) ในบรรยากาศที่มีความอบอุ่นเป็นมิตรไว้วางใจ และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งในขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นเมื่อผู้ให้การบำบัดสร้างสัมพันธภาพที่ดี นำเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อผู้ป่วยจะลดการปกป้องตนเอง (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)



**ขั้นที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา (Working stage)** เป็นขั้นที่ผู้ให้การบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย มีส่วนร่วมรับผิดชอบในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะควบคุมเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิตของตน เรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตตนมากยิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนและโทษผู้อื่น ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีการวางแผนการเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาเป็นขั้นตอน และมีการประเมินเป็นระยะๆ (สுவินีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2545) ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังหรือการรับรู้ของตนกับประสบการณ์ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้กระจ่างชัดในเรื่องราวที่เป็นปัญหา และเข้าใจปัญหาที่แท้จริง (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004; Shives and Isaacs, 2002) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจและระบายอารมณ์ที่เก็บไว้อย่างอิสระ รวมถึงบอกเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ต่างๆ ของตนเองโดยการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ด้วยการพูด ซึ่งผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ ใส่ใจให้การยอมรับความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ให้แสดงความรู้สึกของตนอย่างอิสระมากที่สุด (สுவินีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2545; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) พร้อมทั้งแสดงความชื่นชม ให้ความมั่นใจในการแก้ปัญหา กระตุ้นและ/หรือส่งเสริมให้กำลังใจ ให้การดูแล และปรับมุมมองใหม่ (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004)

**ขั้นที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage)** เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น รู้จักรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองแล้ว ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์สูงขึ้น ผู้ป่วยก็จะมี ความเข้าใจในตนเองมากในด้านอื่นๆ และตนเองในด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีการคิดใหม่ การมองปัญหาใหม่ และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อน ซึ่งในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญกับผู้ป่วย ที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ (สுவินีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2545)

## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองหลังสิ้นสุดการทำจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองหลังสิ้นสุดการทำจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999: 187; Polit and Beck, 2004: 183) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยในสามัญที่ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง และการพยาบาลตามปกติ

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**จิตบำบัดระดับประคอง** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แนวคิดจิตบำบัดระดับประคองของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อากการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุง

การทำงานของสภาวะจิตของตนเอง (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการทดสอบสัมพันธภาพ การถ่ายโอนความรู้สึก และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน และแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2541; สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรินทร์ ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered) การมีชีวิตร่วมกับปัจจุบัน (Existential living) และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลทั้งหมด 8 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยประเมินสภาพทั่วไป ประวัติความเป็นมา ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ ได้แก่ ข้อตกลงร่วมกัน บทบาทหน้าที่ แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลา และให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการกำหนดเป้าหมายในการทำกรบำบัดร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา และมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังหรือการรับรู้ประสบการณ์ กระแงงขัดและเข้าใจในปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะรับผิดชอบต่อตนเอง ควบคุมเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต และเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนและโทษผู้อื่น

**ขั้นตอนที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง รับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำ โดยผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีการคิดใหม่ การมองปัญหาใหม่ และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่เคยใช้มาก่อน รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง กลุ่มอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีการแสดงออกของความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมในลักษณะต่อไปนี้ คือ เศร้า ซึม หดหู่ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ คิดถึงแต่ตนเอง และตำหนิตนเอง ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า แยกตัวจากสังคม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจทำกิจกรรม เป็นต้น ซึ่งมีความรุนแรงในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542)

**ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือมีรายงานผลการตรวจที่พบว่า เป็นโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะใกล้เคียงอื่นแล้ว หรือโรคที่เคยรักษาแล้วกลับเป็นซ้ำ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมุ่งเน้นเพื่อประคับประคองตามอาการ

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดจะได้รับขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
2. ด้านการวิจัย เป็นการแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบำบัดทางจิตวิธีหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม
  - 2.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลาม
  - 2.2 ลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง
  - 2.3 อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง
  - 2.4 ผลกระทบของระบบภูมิคุ้มกัน-จิตประสาท-ต่อมไร้ท่อต่อการเกิดโรคมะเร็งในระยะลุกลาม
  - 2.5 ความสัมพันธ์กับระบบประสาทกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
  - 2.6 อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
  - 2.7 การรักษาโรคมะเร็ง
  - 2.8 ผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด
  - 2.9 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 2.10 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 3.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง
  - 3.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด
  - 3.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคอง
  - 4.1 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง
  - 4.2 จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดระดับประคอง
  - 4.3 เทคนิคการสื่อสารในการทำจิตบำบัดระดับประคอง
  - 4.4 เทคนิคในการตอบสนองในการทำจิตบำบัดระดับประคอง
  - 4.5 ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดระดับประคอง



5. แนวคิดมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers
  - 5.1 แนวคิดมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers
  - 5.2 จุดมุ่งหมายตามแนวคิดของ Carl R. Rogers
  - 5.3 ทศนคติของผู้ให้การบำบัดตามแนวคิดของ Carl R. Rogers
6. โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง
  - 6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย
  - 6.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา
  - 6.3 ขั้นตอนที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

### 1.1 นิยามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่ อาการทางกาย (Vegetative) พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) และทางความคิดกังวล (Cognitive)

สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2544) ให้ความหมายของความซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกผิดปกติของสภาพอารมณ์ รู้สึกเศร้าใจ หดหู่ หมัดหวัง ท้อแท้ รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์

Zung (1965) กล่าวว่า ความซึมเศร้า เป็นภาวะของอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจ กระวนกระวายสับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยนเมื่อมีอาการแสดงทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีเหตุผล

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตีตนตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมทางกาย น้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมา Beck et al. (1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป

National Cancer Institute of America (2009) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกของความเศร้าโศกเสียใจ ความหมัดหวัง สูญเสียพลังงาน และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังรวมถึงความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง การสูญเสียความพอใจในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหารและการนอน และมีความรู้สึกอยากตายหรือฆ่าตัวตาย

จากความหมายดังกล่าวสรุปความหมายได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความเกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์ ที่ทำให้เกิดภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ จิตใจกระวนกระวายสับสน การตัดสินใจยาก รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกเหนื่อยล้าหรือสูญเสียพลังงาน และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังรวมถึง ความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) การสูญเสียความพอใจในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหารและการนอน ไปจนถึงมีความรู้สึกอยากตายหรือฆ่าตัวตาย

## 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าและแนวคิดทฤษฎี

ภาวะซึมเศร่ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานกัน และมีบุคคลพยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร่าไว้หลายประการ ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม มีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

1.2.1.1 Heredity พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มักมีประวัติครอบครัวญาติพี่น้องเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน เช่น ในกรณีของ recurrent depression (มานaix หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้ซึ่งมีอัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 - 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย มีร้อยละ 14 (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่า บุตรบุญธรรมเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.2.1.2 Neurotransmitters ความผิดปกติของสารสื่อประสาท เช่น สารเอมีน (Biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (Receptors) ที่ข้อต่อปลายประสาท (Synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (Second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้องมีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มานaix หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1.2.1.3 Neuroendocrine ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ จากการศึกษา พบความผิดปกติทางอารมณ์ได้บ่อยๆ ในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และโรคไทรอยด์เป็นพิษ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Post - partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth Hormone, Thyroid Stimulating Hormone (TSH), Thyrotropin Releasing Hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546; Lewin, 2003) ซึ่งการทำหน้าที่ของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Nelson, Sax, and Strakowski, 1998 cited in Lewin, 2003)

1.2.1.4 Neurophysiology ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลาย Sodium และ Potassium ในและนอกเซลล์ประสาท การมี Calcium ในปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) หรือเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และ อาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจจะเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

## 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมของอารมณ์เศร้า มีดังต่อไปนี้ คือ

1.2.2.1 Life event การเกิดเหตุการณ์ชีวิต จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่า การเกิดเหตุการณ์ชีวิตเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อารมณ์ซึมเศร้า เช่น เหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้สะเทือนใจต่างๆ ได้แก่ การแยกจาก การพลัดพราก การสูญเสียชนิดต่างๆ ความล้มเหลวในชีวิต ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด จากการศึกษาพบว่า เด็กที่สูญเสียหรือแยกจาก หรือพลัดพราก บิดามารดาคนใดคนหนึ่งก่อนอายุ 11 ปี จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เป็นปัจจัยเสริม (Predisposing factors) ให้ป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย เนื่องจากการสูญเสียหรือการพลัดพรากจะกระตุ้นตัวรับของระบบประสาท ทำให้ตัวรับของระบบประสาทอ่อนแอและไวที่จะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ส่วนเหตุการณ์ชีวิตที่มักจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าทันทีและบ่อยที่สุดคือ การสูญเสียคู่สมรส (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีเรื่องสะเทือนใจหลายๆ เรื่องในระยะ 6 เดือน ก่อนเกิดอาการ เกิดอารมณ์เศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า (Paykel, 1969 อ้างถึงใน วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

1.2.2.2 Premorbid personality บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค มีการศึกษาว่า บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยเสริม (Predisposing factors) ให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.2.2.3 Cultural factors ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า "stoic" ในกลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังคงต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความ



เพราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

1.2.2.4 Psychoanalytic theory ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจ จากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (Loss) รู้สึกผิด (Guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (Inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (Unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่า เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียรติงักแก้ว, 2544; Lewin, 2003)

1.2.2.5 Cognitive theory ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้หรือทฤษฎีการรู้คิด ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมีกระบวนการของการรับรู้ ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก การบิดเบือนในการรับรู้นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (Condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Lewin, 2003)

1.2.2.6 Learning theory ทฤษฎีทางการเรียนรู้ ทฤษฎีทางการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้า 2 ทฤษฎีย่อย คือ

1.2.2.6.1 Lack of reinforcement อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการขาดแรงเสริมทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Peter (1974 cited in Lewin, 2003) กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Noncontingent reward) อารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่นๆ เช่น ความรู้สึกมี



คุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวัง และเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (สวานีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

1.2.2.6.2 Learn helplessness อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รุก (Passive) ถอนตัว (Withdraw) และทำกิจกรรมลดลง หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.2.2.7 ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.2.2.7.1 Bowlby เน้นเรื่องการผูกพัน (Attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (Love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือพลัดพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet dependency) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

1.2.2.7.2 Adolf Myer อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน

1.2.2.7.3 Sullivan เชื่อว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

1.2.2.7.4 Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (Proper maternal care) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (Primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (Sense of self) แตกสลาย จึงหมดความภาคภูมิใจ และรู้สึกซึมเศร้า

1.2.2.7.5 Arieati อธิบายว่า การมีผู้บงการชีวิต (Dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา ซึ่งผู้บงการยังพึ่งพิงในหลายๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้เกิดซึมเศร้า

### 1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.3.1 อาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1.3.2 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (Anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมที่เคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นใจเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.3 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกาย ลดลงมากและผอมลง

1.3.4 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (Initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (Total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (Depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มัก รู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (Terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.5 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (Agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (Retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (Poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ค่อม คอตก สิ้นใจเฉยเมยหรือหน้ามืดวิงเวียน มีความยากลำบากในการทำ กิจกรรมประจำวัน

1.3.6 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.7 อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการ คล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามีการสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจกรรมประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือน ความจำเสื่อม

1.3.8 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.3.9 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ในพลาสมา ซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้าตรู่ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.3.10 อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด (Fearful)

1.3.11 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.12 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (Hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอารมณ์เศร้าหรือความเครียด และยืนยันกรานว่าตนเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

#### 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศรูดังต่อไปนี้

1.4.1.1 ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.4.1.2 ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

1.4.1.3 ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.4.2.1 ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศรูดังนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั่ววัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศรูดังนี้

มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.4.2.2 ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

1.4.2.3 ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังนี้

1.4.3.1 ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

1.4.3.2 ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามที่จะฆ่าตัวตาย

1.4.3.3 ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจ อย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.4.4.1 ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.4.4.2 ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

1.4.4.3 ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

## 1.5 การบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภทคือการรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (มานิต ศรีสุกานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Lewin, 2003) มีรายละเอียดดังนี้

### 1.5.1 การรักษาทางกาย (Somatic treatment)

1.5.1.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacological therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยาระงับอาการเศร้านุ่มดั้งเดิม (Conventional antidepressants) คือยากลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCA) เช่น amitriptyline, Imipramine กลุ่มที่ 2 ยาระงับอาการเศร้านุ่มที่สอง (Second generation antidepressants, Atypical antidepressants) ซึ่งเป็นที่รู้จักคือ Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) เช่น Fluoxetine และยากลุ่มที่ 3 คือ ยากลุ่ม Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ /หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (Relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Recurrence)

1.5.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (Brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (Cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (Major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษา mood disorder อย่างกว้างขวาง แม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (Non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (Modified ECT) การศึกษาพบว่า



การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหาร และน้ำ

### 1.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatments)

1.5.2.1 การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสีย หรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (Narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี เช่น การทำจิตบำบัดระดับประคอง (จันทิมาองค์โฆษิต, 2545)

1.5.2.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy-IP) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลองดิษยวณิช, 2542)

1.5.2.3 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (Subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (Objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึด

มันดังกล่าวเป็น “แก่น” (Core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆสิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diactic – aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

1.5.2.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferter (1965 อ้างถึงใน กุลธิตา, 2549) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (Reinforcement) ในสถานการณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (Social skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะของร่างกาย ตลอดจนมีการลุกลามไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้ทั่วร่างกาย และเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening disease) ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว สังคมของผู้ป่วย (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) และในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 จากโรคไม่ติดต่อในปี 2550 คือ เท่ากับ 84.9 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

### 2.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) เป็น โรคของเนื้องอกชนิดร้ายแรง ที่มีลักษณะการโตของมะเร็งจะมีส่วนยื่นแทรกเข้าไปในเนื้อดีรอบๆ มีลักษณะเหมือนขาปู จากการที่มะเร็งแทรกลุกลามไปยังเนื้อดีรอบๆ จึงอาจมีการทำลายเส้นเลือด ทำให้มีเลือดออก หรือทำลายกระดูก เส้นประสาททำให้มีความเจ็บปวด มีการเน่าตายของแผลมะเร็งในระยะท้ายๆ มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป (ไพรัช เทพมงคล, 2526)

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) เป็นโรคจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์บางส่วนในร่างกาย เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือด และระบบน้ำเหลือง ส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิม และระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

สรุป โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคของเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่มีลักษณะของการโตของมะเร็งจะมีส่วนยื่นแทรกเข้าไปในเนื้อดีรอบๆ เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือด และระบบน้ำเหลือง ทำให้มองเห็นเป็นกลุ่มก้อนส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิม และระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น

## 2.2 ลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

มะเร็งมีลักษณะที่สำคัญประการหนึ่ง คือ มีการแพร่กระจาย (Metastasis) ไปยังส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป และไม่ติดต่อกับเซลล์มะเร็งเดิม การแพร่กระจายมีได้หลายทาง (เสาวภา อ่อนสนิท และโสพล ไชยมุติ, 2540; ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) ดังนี้

2.2.1 การแพร่โดยตรงเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง (Direct extension) เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตยื่นแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบๆ อวัยวะที่ติดกันหรือข้างเดียวกัน

2.2.2 การแพร่กระจายผ่านทางกระแสเลือด (Hematogenous spreading) เซลล์มะเร็งหลุดลอยเข้าไปในระบบหมุนเวียนของเลือด บางครั้งเซลล์ที่หลุดเข้าไปนี้อาจไม่เจริญเติบโต แต่เมื่อเซลล์ที่หลุดเข้าไปนั้นหยุดเกาะอยู่กับที่ได้ และสภาพแวดล้อมเหมาะสมก็จะเกิดการแบ่งตัวเจริญเติบโตเป็นก้อนมะเร็งขึ้นอีกได้

2.2.3 การแพร่กระจายผ่านทางท่อน้ำเหลือง (Lymphatic spreading) ระบบต่อมน้ำเหลืองจะเป็นปราการแรกที่สกัดกั้นการกระจายของสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในร่างกายรวมทั้งเซลล์มะเร็งด้วย เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง เมื่อต่อมน้ำเหลืองไม่สามารถระงับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ เซลล์มะเร็งจะกลายเป็นก้อนขึ้นมาในบริเวณต่อมน้ำเหลืองนั้น นอกจากนี้ยังแพร่กระจายผ่านท่อน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

## 2.3 อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง

ในการที่โรคมะเร็งจะแพร่กระจายยังอวัยวะใดนั้น มีสมมติฐานอยู่ 2 สมมติฐาน คือ (ฤทัยวรรณ ติ้ะทอง, 2541)

2.3.1 Paget 's hypothesis กล่าวว่า เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะใด ขึ้นอยู่กับความจำเพาะระหว่างเซลล์มะเร็งนั้นกับอวัยวะที่เป็นเป้าหมาย และความสามารถที่ เซลล์มะเร็งนั้นจะตอบสนองต่อสัญญาณกระตุ้นการเจริญเติบโตจากอวัยวะนั้น ซึ่งสมมติฐานข้อนี้ มีความสอดคล้องกับการแพร่กระจายที่เกิดในบริเวณห่างไกลออกไป

2.3.2 Ewing 's hypothesis กล่าวว่า โครงสร้างของระบบเลือด/น้ำเหลืองเป็น ปัจจัยที่กำหนดแบบแผนของการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เนื่องจาก ปอด ตับ ต่อม้ำเหลือง กระดูก และสมองเป็นอวัยวะด่านแรกๆ ที่เซลล์มะเร็งต้องผ่านหลังจากที่มันหลุดออกมาจาก ก้อนมะเร็งเดิมเข้ามาอยู่ในระบบไหลเวียนของเลือด/น้ำเหลือง ซึ่งอวัยวะเหล่านี้จะต้องเผชิญกับ (Encounter) เซลล์มะเร็งเป็นจำนวนมากกว่าอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ในระบบถัดไปในระบบไหลเวียนนั้น

## 2.4 ผลกระทบของระบบภูมิคุ้มกัน-จิตประสาท-ต่อมไร้ท่อต่อการเกิดมะเร็งใน ระยะลุกลาม

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่ากลไกของระบบอัตโนมัติในร่างกาย ได้แก่ ระบบ ประสาท ต่อมไร้ท่อ และภูมิคุ้มกัน มีความเกี่ยวข้องต่อกัน ทั้งในเรื่องการติดต่อสื่อสาร การมี กิจกรรมความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งใน 3 ระบบดังกล่าวนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะสิ่งแวดล้อมภายใน ร่างกาย แต่ยังมีปัจจัยภายนอก (กายภาพ, สิ่งแวดล้อม, และจิตสังคม) ที่ส่งเสริมให้เกิด ความเครียด และพบว่ามียับทบาทต่อ ระบบภูมิคุ้มกัน-ระบบจิตประสาท- ต่อมไร้ท่อ (Stein and Spiegel, 2000)

ผลกระทบของปัจจัยส่งเสริมภายนอกนั้นอาจไม่ได้เฉพาะเจาะจงต่อความสัมพันธ์ ในรายบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและการตอบสนองของแต่ละบุคคลนั้น นอกเหนือจากการเกิดความเครียดทางกายภาพที่จะพบได้รายบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ที่มีผลคุกคามต่อชีวิต ซึ่งโรคดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด จากตัวของโรคเอง และผลจากการบำบัดรักษา ทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะจิตสังคม ของผู้ป่วยตามมา (Stein and Spiegel, 2000)

กลไกของการเกิดความเครียดที่มีผลต่อการกดระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย สามารถ แยกได้เป็น 3 ด้าน (Stein and Spiegel, 2000) ได้แก่

1. ความเครียดเชิงกายภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุ, ภาวะเจ็บป่วย (ภาวะติดเชื้อ และการ อักเสบเรื้อรัง), มะเร็ง, การได้รับการผ่าตัด, ภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ ล้วนแสดงถึงบทบาทต่อการ สร้างภูมิคุ้มกันในร่างกาย
2. ความเครียดเชิงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียง, ควัน, มลภาวะ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งจะพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีการกดต่อบทบาทการสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกาย

3. ความเครียดเชิงสุขภาพจิต ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส, การว่างงาน, ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส, การไม่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคม, การไม่ยอมรับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็ง, ฯลฯ ซึ่งมีผลกระทบต่อบทบาทการสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกาย

## 2.5 ความสัมพันธ์ของระบบประสาทกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ภาวะซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์ของระบบประสาทต่อการหลั่งของระดับสารเคมีของระบบต่อมไร้ท่อ (นอร์อิพิเนพริน และซีโรโตนิน), ภาวะการกดของระบบภูมิคุ้มกัน โดยจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ที่เพิ่มขึ้นของระบบภูมิคุ้มกัน (CD4+, CD8+ และการลดลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว) และระบบประสานสัมพันธ์ในการทำงาน (การลดลงของจำนวนเซลล์ NK และเซลล์เม็ดเลือดขาว จากการได้รับสารเคมี ทั้งที่มีการสร้าง T และ B เซลล์ทดแทนก็ตาม) (Irwin et al., 1987 cited in Stein and Spiegel, 2000) ภาวะการสูญเสียและความซึมเศร้า นั้น ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน แต่ภาวะซึมเศร้าดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาที่แตกต่างกันทางกายภาพต่อการสูญเสียของแต่ละบุคคล เช่น การศึกษาของ Irwin และคณะ (1987 cited in Stein and Spiegel, 2000) ที่ทำการทดลองศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบภาวะภูมิคุ้มกัน-ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ในภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน พบว่า ในระยะที่มีการสูญเสียจะมีการทำงานลดลงของเซลล์ NK (Lymphocyte Natural Killer Cell) (Stein and Spiegel, 2000)

## 2.6 อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเหล่านี้มักมีปัญหาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจเนื่องจากโรคและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน การหายใจลำบาก การติดเชื้อ ผอมแห้ง ภาวะซีด ภาวะเลือดออกง่าย แผลกดทับ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ กลั้นอุจจาระไม่ได้ การนอนไม่หลับ สับสน เพ้อ และซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำมาจัดกลุ่มตามพยาธิสภาพ ได้ 7 กลุ่มอาการ คือ (เดิมศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2542)

2.6.1 ความปวด (Pain) คือ ประสบการณ์ที่ไม่สบาย ทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับมีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความปวดจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคลุกลามไปมากแล้ว



2.6.2 อาการของระบบทางเดินอาหาร เป็นกลุ่มอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) สภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 2) ภาวะหรือโรคที่เป็นอยู่ เช่น การมีก้อนมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร แผลในปาก และ 3) จากการรักษา เช่น การฉายรังสี การได้รับเคมีบำบัด การผ่าตัดที่ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ ซึ่งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ ปัญหาปากแห้ง เจ็บปาก กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเสีย เป็นต้น

2.6.3 อาการทางระบบหายใจ เกิดจากภาวะหรือโรคทำให้ทางเดินหายใจระคายเคืองหรืออักเสบ จนถึงระบบหายใจล้มเหลวในที่สุด อาการที่พบ ได้แก่ การไอ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ซึ่งมีสาเหตุมาจาก 1) ภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่ โรคมะเร็งกดเบียดทางเดินหายใจ การทำลายเนื้อปอด การลุกลามในระบบน้ำเหลือง การทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และ 2) จากสาเหตุอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ การเป็นโรคหอบหืด โรคปอดเรื้อรัง หัวใจวาย ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดพยาธิสภาพในปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) หรือทางเดินหายใจตีบตัน แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความวิตกกังวลมากจนทำให้มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากได้

2.6.4 อาการทางระบบสืบสาวะ เกิดจากภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ทำให้เกิดการอุดตัน การติดเชื้อ การหดเกร็ง ทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะไม่ออก ซึ่งมีสาเหตุมาจาก 1) ภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น ทำให้ทางเดินปัสสาวะตีบตัน เส้นประสาทหรือไขสันหลังถูกกดหรือถูกทำลาย และ 2) สาเหตุอื่นๆ จากการใช้ยาเพื่อรักษาอาการต่างๆ แต่ส่งผลข้างเคียงต่อการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ จากต่อมลูกหมากโต จากภาวะขาดน้ำ

2.6.5 อาการบริเวณผิวหนัง เป็นอาการที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจเป็นอาการที่มีพยาธิสภาพโดยตรงต่อผิวหนัง หรือเป็นแผลกดทับที่เกิดขึ้นก็ได้ อาการเหล่านี้ ได้แก่ การบวม คัน แผลกดทับ ก้อนเนื้องอก แผลเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมาจาก 1) ภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่ ก้อนมะเร็งก่อให้เกิดการอุดตันของระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด การกระจายของมะเร็งมาสู่ผิวหนังโดยตรง 2) การขาดสารอาหาร และ 3) การระคายเคืองจากการแพ้หรือผลไม่พึงประสงค์จากการรักษา

2.6.6 อาการทางจิตใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่า อยู่กับการถดถอยจากการลุกลามอย่างเรื้อรังและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน มีชีวิตอยู่กับความขัดแย้งใจ มีชีวิตอยู่กับความสูญเสียทุกอย่าง มีความรู้สึกอยู่กับความรู้สึกไร้คุณค่า มีชีวิตอยู่กับความใกล้ตาย มีชีวิตอยู่กับความทรมาน และมีชีวิตอยู่กับความ

ตาย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ดังนี้

2.6.6.1 ด้านบทบาทการทำหน้าที่ ได้แก่ เกิดความขัดแย้งในบทบาท มีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือมอบหมายให้, สูญเสียอาชีพ ทำให้ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจ, สูญเสียบทบาทบางอย่างไป ไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมได้, ดำรงบทบาททางสังคมได้อย่างลำบากจากบุคลิกภาพของตนที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเจ็บป่วย, ต้องอยู่ในบทบาทผู้ป่วยตลอดชีวิต ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต, รู้สึกตนเองมีความบกพร่องในหน้าที่ และบทบาทของตน, และสูญเสียความเป็นส่วนตัว

2.6.6.2 ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เกิดความไม่สมดุลระหว่างการพึ่งพาผู้อื่น และการช่วยเหลือตนเอง, รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น เป็นภาระของบุคคลอื่น, ซึมเศร้าตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง แยกตัว, ห่วงเหินขาดการติดต่อกับสังคม ขาดสิ่งสนับสนุนค้ำจุนจิตใจ, และวิตกกังวลไม่สบายใจในการที่จะบอกญาติถึงการวินิจฉัยโรค

2.6.6.3 ด้านการควบคุมตนเอง ได้แก่ รู้สึกหมดหวังท้อแท้, ไม่กล้าเผชิญกับการเสียชีวิต ปฏิเสธสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน, สูญเสียความมั่นใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์, กลัวถูกทอดทิ้ง, รับรู้ภาพลักษณ์ตนเองในทางลบ, สูญเสียความเชื่อมั่นและความพึงพอใจ, สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง, สูญเสียภาพลักษณ์ และความเป็นเอกลักษณ์, ปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรค, กล่าวโทษผู้อื่น และประณามตนเอง, และไม่ยอมรับการรักษา

## 2.7 การรักษาโรคมะเร็ง

เนื่องจากมะเร็งเกิดได้กับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย และตรวจพบภาวะการเป็นโรคได้ในระยะต่าง ๆ กันรวมทั้งมีความแตกต่างในการตอบสนองของร่างกายต่อการรักษา จึงแบ่งการรักษาโรคมะเร็งออกเป็นวิธีการต่าง ๆ (อุปมา เลียงสว่างวงศ์, 2541) ดังนี้

2.7.1 การผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาโรคมะเร็งที่ดีที่สุด เนื่องจากสามารถขจัดต้นเหตุของโรคและต้นเหตุของการแพร่กระจายของโรคไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย วิธีนี้มักใช้เมื่อมะเร็งเป็นก้อนเล็ก และภาวะของโรคยังมีได้แพร่กระจาย สำหรับมะเร็งที่มีขนาดใหญ่เกินกว่าจะผ่าตัดให้หายขาดหรือแพร่ขยายไปยังอวัยวะอื่น การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้นบ้าง และดำรงชีวิตต่อไปอีกระยะหนึ่งได้

2.7.2 รังสีรักษา (Radiation) เป็นวิธีการรักษาที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในโรคมะเร็งหลายชนิด เนื่องจากการฉายรังสีช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งหรือช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่หลังผ่าตัด การรักษาวิธีนี้ต้องระวังผลจากรังสีที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบก้อนมะเร็ง

2.7.3 เคมีบำบัด (Chemotherapy) การรักษาด้วยเคมีบำบัด เหมาะสำหรับการรักษาโรคมะเร็งที่แพร่กระจายแล้วหรือใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant) การรักษาวิธีอื่น ๆ บางครั้งใช้เคมีบำบัดเป็นการรักษานำเพื่อทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงสามารถผ่าตัดหรือฉายรังสีได้สะดวกปลอดภัยยิ่งขึ้น ซึ่งวิธีใช้เคมีบำบัดมี 2 วิธี (เสาวภา อ่อนสนิท และ ไสพล ไชยมุติ , 2540) คือ

2.7.3.1 Monotherapy เป็นการใช้เคมีบำบัดเพียงชนิดเดียวในการรักษาวิธีนี้ใช้กันน้อยเพราะมีประสิทธิภาพต่ำ

2.7.3.2 Combination therapy เป็นการใช้เคมีบำบัดหลายชนิดมาใช้ร่วมกันทำให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ลดโอกาสที่จะดื้อยา ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

2.7.3.3 การใช้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน (Integrated cancer therapy) บางครั้งในการรักษาโรคมะเร็งจำเป็นต้องอาศัยการรักษาด้วยหลายวิธี เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็งมากขึ้น

2.7.3.4 การใช้ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นวิธีการรักษาที่มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการรักษาโรคมะเร็ง โดยอาศัยหลักการกระตุ้นให้ร่างกายสามารถค้นหาแอนติเจนจากเซลล์มะเร็งได้ หรือการกระตุ้นให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นจะโดยทางตรง หรือทางอ้อมก็ตาม ซึ่งจะทำให้เซลล์มะเร็งมีการฝ่อตัว โตช้าลง หรือหยุดการเจริญเติบโต

2.7.3.5 การใช้ยีนบำบัด (Gene therapy) ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งถึงระดับอนุ กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงหรือถ่ายสารพันธุกรรมจากเซลล์ปกติให้แก่เซลล์มะเร็ง เป็นการทดแทนสารพันธุกรรมชุดเดิมที่ผิดปกติ หรือสูญเสียหน้าที่ไป หรือทำการปรับเปลี่ยนเพื่อทำให้สารพันธุกรรมชุดเดิมถูกต้องจะได้คงความสามารถในการทำหน้าที่ต่อไป

การรักษาโรคมะเร็งมีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพดีขึ้น แนวทางการรักษานิยมใช้หลายวิธีร่วมกัน การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักซึ่งนำมาใช้อย่างกว้างขวางโรคมะเร็งหลายชนิด เพื่อให้หายขาด หรือประคับประคองให้มีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะให้ประสิทธิภาพในการรักษาสูง แต่ในขณะเดียวกันการใช้เคมีบำบัดจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงหลายอย่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

## 2.8 ผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

โรคมะเร็งมีผลทั้งโดยตรง และโดยทางอ้อมกับร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจากภาวะของโรคและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งสามารถผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยได้ 2 ทาง ได้แก่

2.8.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคมะเร็งแต่ละชนิดจะทำให้มีอาการแตกต่างกันไป เช่น ซีด อ่อนเพลีย ต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นเรื้อรังและยาวนาน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น เคมีบำบัด ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (Spiegel, 2007)

2.8.2 ผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์และสังคม เกิดจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง มีผลกระทบทางด้านร่างกายที่รุนแรง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน เป็อหน่ายต่อการที่ต้องเผชิญกับโรคร้าย ตลอดจนการรักษาที่ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์และสังคมด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2536ก) ได้แก่ ความกลัว เป็นทุกข์ใจ ทรมาน ซึมเศร้า เป็อหน่าย ท้อแท้หมดกำลังใจ อาจเป็นรุนแรงถึงกับเป็อชีวิต และคิดอยากตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

## 2.9 แนวคิดการพยาบาลโรคมะเร็ง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนับได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยาก และสลับซับซ้อน เนื่องจากลักษณะของโรคที่กระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงควรพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะ อย่างไรก็ตามพยาบาลโดยทั่วไปมักจะได้พบ และต้องดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในทุกระยะของโรคตั้งแต่อยู่ในระยะการตรวจวินิจฉัยโรค ระยะของการรักษา หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการของโรคและผลของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ชนิดของโรค การรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองอย่างจริงจัง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวังโดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถอดทน แก้อา และเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

2.9.1 การป้องกันการเกิดโรคและการค้นพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Primary prevention) โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ในชุมชนหรือแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือสามารถค้นพบโรคได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย และสิ่งบ่งชี้ที่คิดว่าจะเป็นมะเร็ง รวมทั้งให้คำแนะนำในด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดมะเร็งของอวัยวะต่างๆ โดยการรักษาสุขภาพ การให้ความรู้ของพยาบาลจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งจากสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการป้องกันระยะทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยพยาบาลเป็นผู้ให้



ความรู้และสอนการตรวจด้วยตนเอง และส่งเสริมให้มีการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความเสี่ยง เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยและพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และพยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญในการค้นหา (Case finding) ประวัติการมีโรคร่วม โดยใช้เทคนิคการตรวจร่างกายร่วมกับการซักประวัติ ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลต้องระมัดระวังต่ออาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคมะเร็ง เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; ปรียววรรณ รอดปรีชา และยุพาพรรณ ศรีสวัสดิ์, 2548; American Cancer Society, 1981)

2.9.2 การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหรือระยะก่อนการรักษา (Pretreatment) ในระยะนี้การรอคอยเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีระยะเวลาการรอคอยในระหว่างการวินิจฉัยที่ยาวนาน ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างมาก พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความกลัวและความวิตกกังวลได้โดยการเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในขบวนการวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะช็อคและปฏิเสธและไม่เห็นความสำคัญของการรักษา โดยการประเมินความรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังต้องประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และในระหว่างการรอการวินิจฉัยอาจเป็นช่วงที่เหมาะสมในการให้ความรู้กับผู้ป่วย นอกจากพยาบาลต้องให้การเสริมกำลังใจและมีการสอนซ้ำในเรื่องต่างๆ เช่น ภาวะโภชนาการ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวต่อโรคและการรักษาที่จะตามมาเมื่อได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; American Cancer Society, 1981)

2.9.3 การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเป็นเพียงจุดเริ่มต้น ขบวนการวินิจฉัยโรค (Diagnosis Procedure) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อวิธีการตรวจ เกิดความกลัวในขณะที่รอคอยผลการตรวจ กลัวสิ่งที่เลวร้ายแต่เต็มไปด้วยความหวัง อดทนรอคอยในเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างทันที พยาบาลต้องมีความเข้าใจ และสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนรับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; American Cancer Society, 1981) สำหรับการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ

2.9.3.1 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดจากโรคและการรักษา มักพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกังวลใน 6 ด้าน คือ กังวลด้านสุขภาพ กังวลเกี่ยวกับอัตโนมัติ กังวลด้านการงานและการเงิน กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด กังวลเกี่ยวกับเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน และกังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิตและความตาย ดังนั้นพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้และเอาชนะโรค มีเจตคติต่อโรคและการรักษาในทางที่ดี และมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวและมี



ชีวิตอยู่กับโรคมะเร็ง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; American Cancer Society, 1981; Grundy, 2006)

2.9.3.2 การร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาโรค ตลอดจนป้องกันและรักษาอาการข้างเคียงจากการรักษา เพราะในการรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลให้การรักษาพยาบาลตามการรักษาวิธีการต่างๆ ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผน และช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยระหว่างการรับการรักษา ป้องกันและจัดการสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากภาวะของโรคและจากการรักษา โดยการให้ความรู้ตั้งแต่เริ่มการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ต้องให้บริการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; ปริญญาพร รอดปรีชา และยุพาพรรณ ศรีสวัสดิ์, 2548; American Cancer Society, 1981; Grundy, 2006)

2.9.3.3 การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องตระหนักถึงผลของความกลัวและความวิตกกังวลต่อการเพิ่มความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ให้การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; ปริญญาพร รอดปรีชา และยุพาพรรณ ศรีสวัสดิ์, 2548; American Cancer Society, 1981)

2.9.3.4 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือระยะฟื้นฟู (Rehabilitation) เนื่องจากอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การฟื้นฟูสภาพจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งนั้นการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่สำคัญ เพราะต้องฟื้นฟูทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปพร้อมๆ กัน เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ไม่ร่วมมือที่จะรักษาต่อ มีอาการซึมเศร้า พยาบาลจะต้องช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุด สามารถปรับตัวทางด้านจิตสังคมต่อความเปลี่ยนแปลงของวิถีทางดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากโรค โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางเป้าหมายในชีวิตที่มีความหมายและเป็นจริงได้ พยาบาลเป็นผู้ที่จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจ สร้างบรรยากาศสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความรู้สึกว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย ให้ทั้งสองฝ่ายมีความอบอุ่น มีความรู้สึกเป็นกันเอง ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการช่วยแก้ไขปัญหาคความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยพยาบาลจะต้องช่วยเหลือในขอบเขตที่สามารถทำได้ แต่ถ้าปัญหามีความรุนแรงมากขึ้น

พยาบาลต้องมีการส่งต่อให้คำปรึกษาในระดับที่เชี่ยวชาญ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; ปรียววรรณ รอดปรีชา และยุพาพรรณ ศรีสวัสดิ์, 2548; American Cancer Society, 1981) นอกจากนี้ พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย, จิตใจ, และแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการกลับเป็นซ้ำของโรคและในระยะลุกลาม (Grundy, 2006)

2.9.3.5 การดูแลแบบประคับประคอง ในระยะนี้การรักษาที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประคับประคองอาการชั่วคราว (Palliative treatment) เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจากเน้นการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคและการยืดชีวิตผู้ป่วยมาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเผชิญกับความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; ปรียววรรณ รอดปรีชา และยุพาพรรณ ศรีสวัสดิ์, 2548; American Cancer Society, 1981)

2.9.3.6 วิจัย และประเมินผลทางการพยาบาลโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง การวิจัยและการประเมินผลทางการพยาบาลจะทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Grundy, 2006)

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยทั่วไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การป้องกันและส่งเสริมการตรวจหามะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก การพยาบาลในระหว่างการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคนิฉัย การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษา โดยดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดจากโรคและการรักษา เกิดความร่วมมือในการรักษาโรคตลอดจนป้องกันและรักษาอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของโรค ตลอดจนทำการวิจัย และประเมินผลทางการพยาบาล

## 2.10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา และการปฏิบัติพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การทำจิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดทางความคิด เพื่อให้มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า มีกระบวนการดังต่อไปนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545)

2.10.1 การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อกำหนดแผนการพยาบาล โดยประเมินสภาพทั่วไปและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติทางอารมณ์ ประเมินความคิด การรับรู้ อาการแสดงที่ผิดไปจากปกติที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน เช่น ข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง ข้อมูลจากญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ข้อมูลจากการสังเกตขณะให้สัมภาษณ์ และจากการบอกเล่าของทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ความผิดปกติทางด้านอารมณ์มีผลกระทบต่อบุคคลในด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ หลายประการ ขึ้นกับลักษณะอาการที่เกิดโดยมีตั้งแต่อาการเกิดขึ้นชั่วคราวจนถึงอาการรุนแรง ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลจะมุ่งที่ระดับของอารมณ์เศร้าว่าอยู่ในระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านความคิด (Cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งมีแนวทางในการประเมิน ระดับของอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับใด เช่น อารมณ์ตามสถานการณ์ (Transient depression) อารมณ์เศร้าระดับต่ำ (Mild depression) อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression) หรืออารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

2.10.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ วินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ตามสภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์จากข้อมูลที่ได้จากการที่เห็นและความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย เนื่องจากภาวะซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองแปรเปลี่ยน ไม่มีพลังอำนาจใจตนเอง การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย กระบวนการคิดค้นแปร และบุคลิกภาพอ่อนแอ เป็นต้น (อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

2.10.3 การวางแผนการพยาบาล เป็นการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามข้อวินิจฉัยพยาบาลในข้างต้น ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว (อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

2.10.3.1 การวางแผนระยะสั้น โดยมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยแต่ละข้อ พิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งเน้นการ

ป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายนปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.3.2 การวางแผนระยะยาว โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น มีการรับรู้คุณค่าในตนเองดีขึ้น มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น เห็นความสำคัญของตนเองมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4 การปฏิบัติการพยาบาล ทีมการพยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกัน จำเป็นต้องประชุมทีมพยาบาลเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ ทาวิธีการที่จะทำให้แผนการพยาบาลเป็นไปตามแผน ซึ่งประกอบด้วย

2.10.4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยควรช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความสงบ มีความสุขสบาย และไม่กดดันหรือทำให้เกิดความยุ่งยากในการปรับตัว ซึ่งรวมถึงท่าทีที่บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วย และจัดบุคลากรดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสายตา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4.2 การช่วยเหลือด้านร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อ บรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เผชิญการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยุ่งยากมากขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความท้อแท้ ความสับสน ความหงุดหงิด รวมถึงอาการทางร่างกาย โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน, กระตุ้นผู้ป่วยให้มีกิจกรรม, บันทึกพฤติกรรม, ดูแลการได้รับสารอาหารและน้ำ, ดูแลการนอนหลับและการพักผ่อน, ติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษา และป้องกันการทำร้ายตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2.10.4.3 การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลส่วนนี้มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ในเวลาที่เหมาะสม เพราะข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว วางแผน และแยกแยะปัญหาต่างๆ ด้วยตัวของเขาเองได้ดีขึ้น (อำไพวรรณ



พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) โดยใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4.4 การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วย รายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความคับข้องใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4.5 การให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยการใช้จิตบำบัดแบบ ประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลจิตเวช ใช้ในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และแยกแยะปัญหาต่างๆ ด้วยตัวของเขาเอง การนำวิธีการจิตบำบัดแบบประคับประคอง มาใช้กับผู้ป่วยทางกายมีประโยชน์ มาก ซึ่งมีแนวทางการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ อ่อนน้อม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ใช้ทักษะในการสื่อสาร เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด ถึงความวิตกกังวลหรือความขัดแย้งต่างๆ ได้อย่างอิสระ ยอมรับในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย รับฟังอย่างจริงใจ และแสดงถึงความเข้าใจในความรู้สึกอย่างแท้จริงดำเนินการช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยแยกแยะสภาพปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ให้หัด ตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกี่ยวกับตนเองก่อนไม่ตัดสินใจให้ผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ และให้การปลอบโยนอย่างเหมาะสม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

2.10.4.6 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญ ปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4.7 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

2.10.4.8 การฝึกทักษะทางจิตวิทยา โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุม พฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง โดยสอนวิธีการต่างๆ ให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมตนเองหรือช่วยเหลือ ตนเอง ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) การใช้จินตนาการ (Visualization) การสะกดจิตตนเอง (Self-hypnosis) การฝึกสมาธิ (Meditation) และการปรับ พฤติกรรม (Behavior modification) ซึ่งจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)



2.10.4.9 การให้ความช่วยเหลือครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยมาก การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่ ช่วยให้ผู้ครอบครัวเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย โดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดความพิการหรือเรื้อรัง เพื่อครอบครัวจะได้เตรียมตัววางแผนกิจกรรมต่างๆ ในอนาคต ช่วยครอบครัวทางด้านอารมณ์ เช่นเดียวกับช่วยผู้ป่วยทางด้านจิตใจโดยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึกต่างๆ วิเคราะห์ หาแนวทางที่ใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอน แนะนำ และให้คำปรึกษากับญาติในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพหรือข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว และจัดให้มีบริการที่จำเป็นในกรณีที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยให้บริการทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นในบางราย และให้บริการในด้านการแก้ปัญหา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2.10.4.10 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545)

2.10.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินผลการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละข้อ ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงผลของความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินไปแล้ว ว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545)

สรุปได้ว่า ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ใช้เทคนิคการสื่อสาร ในลักษณะของการสอน การให้คำปรึกษา การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกทักษะ การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความช่วยเหลือครอบครัว รวมทั้งการแนะนำแหล่งบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการและกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองได้

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ย่างยากซับซ้อน เนื่องจากความซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) มีการให้คำนิยามและสาเหตุของความ

ซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะต่างๆ ไป ที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้ จึงมีผู้สร้างเครื่องมือประเมินความซึมเศร้าขึ้นมามากมาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (Greist and Jefferson, 1992; Jacoby, 1997; Kaplan, Ficedman, and Saddock, 1980 อ้างถึงใน สุจิตรา กฤตยาภรณ์, 2547) ดังนี้ คือ การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง (Self rating scale) การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด (Clinical rating scale) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 3.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง (Self rating scale)

ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

### 3.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด (Clinical rating scales)

ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (Structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539)

3.2.1 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured psychiatric interviews for diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรคแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆ ของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ได้แก่ structure clinical intervention for DSM – III / DSM III-R (SCID)

3.2.2 แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self report rating scale, Questionnaire) ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self Rating Depression Scale (Zung - SDS), Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D)

3.2.3 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer scale; Semi-structured, Goal direct interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินวัดความซึมเศร้าที่นิยมใช้ และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันในประเทศไทยเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ได้แก่ Hamilton Rating Scales for

Depression (HRS - D or Ham - D) (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (รณชัย และคณะ, 2546), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ธนาชัย นิลโกวิทย์ และคณะ, 2539), Zung Self Rating Depression Scale (Zung SDS) (คันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2528) Beck Depression Inventory (BDI) (ลัดดา แสนสีหา, 2536), Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533; วิไล คุปต์นิวัตติ์กุล และพนม เกตุมาน (2540), Mood Assessment Scale (MAS) หรือ Geriatric Depression Scale (GSD) (อรวรรณ ลีทองอิน, 2535), Health – Related Self – Reported (HRSR) Scale : The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population (ดวงใจ กสานติกุล และคณะ, 2540) เป็นต้น

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินวัดภาวะซึมเศร้า ที่นำมาใช้ในประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 Hamilton Rating Scales for Depression (HRS - D or Ham - D) (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) และได้นำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่ม depressive disorder จำนวน 50 ราย ทดสอบความแม่นยำตรงโดยเปรียบเทียบกับ global assessment scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อดูความแม่นยำตรง และความสอดคล้องภายใน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นภายใน เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อ สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อดี คือ มีจำนวนข้อคำถามไม่มากและง่ายต่อการทำ มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงสูงแต่มีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อ ใน 17 ข้อ) ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ และด้วยแบบประเมินนี้จะสังเกตสภาพการณ์ของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย และผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกมาก่อน

3.3.2 Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (รณชัย และคณะ, 2546) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า หรือดูประสิทธิภาพของยา โดยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

ซึมเศร้า จำนวน 70 พบว่า ค่าความถูกต้องของเนื้อหาอยู่ในระดับ 0.6 – 1.0 ความสอดคล้องภายใน (Inter consistencies) ของแบบวัด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8048

แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ มีข้อคำถามไม่มาก มีทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0 – 6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบประเมินนี้มีความแม่นยำ สั้น เหมาะกับการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ บุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบัน และไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออก

3.3.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ธนาชัย นิลโกวิทช์ และคณะ, 2539.) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Zigmond และ Snaith ในปี ค.ศ. 1983 เพื่อคัดกรองภาวะอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน ข้อคำถามในแบบประเมินนี้จะเน้นสิ่งที่รบกวนทางอารมณ์มากกว่าอาการทางร่างกาย จึงสามารถแยกอาการทางจิตเวชออกจากอาการเจ็บป่วยทางกายได้ แบบประเมินนี้จะไม่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM – IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แต่จะให้ความสำคัญกับอาการแสดงของความรู้สึกไม่มีความสุข (Anhedonia) มากกว่า อารมณ์เศร้า (Sadness) ซึ่งมีหลักฐานที่สนับสนุนว่าเป็นตัวชี้วัดของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย แบบประเมินนี้จะไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด ความหมดหวัง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ธนาชัย นิลโกวิทช์ และคณะ (2539) คือ Thai Hospital Anxiety and Depression (Thai – HADS) และนำมาทดลองกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่า แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของทั้ง 2 sub – scale อยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ Anxiety sub – scale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub – scale

แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ เป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก มีทั้งหมด 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert scale มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0 – 3 คะแนน และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า สามารถแยก 2 บัญชีได้อย่างชัดเจน

แบบสอบถามฉบับนี้ พจณี รอดจินดา (2541) ได้นำมาศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85



3.3.4 Zung Self Rating Depression Scale (Zung SDS) (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2533) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา โดยเนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินความไม่สมดุล ด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiologic disturbance) ด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) และแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Test – retest และ Split – half reliability เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามฉบับนี้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2533) และได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามฉบับนี้ เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เขตพระโขนง จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 80.3 และ 84.4 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางจิตสังคมเหมือนกันทั้ง 2 ที่

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 – 15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ (Passik et al., 2000 cited in Lloyd-Williams, 2003) และนิยมวัดภาวะซึมเศร้าในแง่ 2 ด้านนี้เท่านั้น และมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ผลที่ได้ อาจผิดพลาด เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองออกจากภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

แบบสอบถามฉบับนี้มีผู้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ ได้แก่ สมทรง เฟ่งสุวรรณ (2528) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และระยะที่ 3 จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, วราพร พาดี (2536) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และพรนิภา หาญละคร (2547) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

3.3.5 Beck Depression Inventory (BDI) (ลัดดา แสนสีหา, 2536) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 บนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยหลายฉบับ ประกอบด้วย 21 ข้อ



คำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยมความ ซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (Sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว (Sense of failure) การไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (Guilt) การคาดหวังว่าจะถูกลงโทษ (Expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (Self dislike) การตำหนิตนเอง (Self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) การร้องไห้ (Crying) การหงุดหงิด (Irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (Social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (Indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย (Somatic preoccupation) อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง (Unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (Work inhibition) การนอนไม่หลับ (Insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (Fatigability) การเบื่ออาหาร (Loss of appetite) น้ำหนักลด (Weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ (Loss of libido)

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ จำนวนข้อไม่มาก ถ้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความ เข้าใจจะง่ายต่อการทำ การทำใช้เวลาไม่มาก ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นำมาใช้ในการ พัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป ซึ่งสอบถาม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (Normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับ เล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression) ภาวะ ซึมเศร้าระดับมาก (Moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

แบบสอบถามฉบับนี้มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ สุพรรณณี สุ่มเล็ก (2527) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 นิศารัตน์ เศวตวรรณ (2543) ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และเอดส์ จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่ง ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และกุลธิดา สุภาคณ ในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

3.3.6 Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) (ธวิชัย วรพงษ์ธร และคณะ, 2533, วิลโล คูปต์นิรติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic

Personality Inventory Depression Scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ ความรู้สึก (Affect feelings) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต อย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น แบบสอบถามฉบับนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธีรชัชย วรพงศธร และคณะ (2533) และทำการทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยครู และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นวัยรุ่น ได้ค่าความเที่ยงใกล้เคียงกับต้นฉบับ คือ เท่ากับ 0.86 แต่ได้ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติสูงกว่าต้นฉบับ และการหาคุณลักษณะความตรงตามโครงสร้างโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า เครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน วิไล คุปต์นิวัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) จึงได้นำมาศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้ง ได้ค่าความไวและความจำเพาะ เท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.9154

แบบสอบถามฉบับนี้มีผู้นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคทางกาย ได้แก่ มลฤดี บุราณ (2548) ในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจวาย จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

3.3.7 Mood Assessment Scale (MAS) หรือ Geriatric Depression Scale (GSD) (อรวรรณ ลีทองอินทร์, 2535) สร้างโดย Yesavage และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ได้ทำการปรับปรุงเป็นฉบับที่เหลือจำนวนข้อเพียง 15 ข้อ ในปี ค.ศ. 1986 ได้รับความนิยมและนำมาใช้ในหลายๆ ประเทศ สำหรับประเทศไทยได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) และพัฒนาเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หรือ Thai Geriatric Depression Scale (FGDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า นิยมใช้ในการปฏิบัติการทางคลินิกและสำรวจหาระบาดวิทยา เนื้อหาของคำถาม เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolation) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับ 30 ข้อ และฉบับ 15 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องในระดับหนึ่ง (Limit cognitive impairment) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย (Limit formal education) แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.94 หาค่า

ความคงที่ภายนอก ด้วยวิธี Test – Retest reliability เท่ากับ 0.85 และมีความเที่ยงตรง (Validity) ตาม Research Diagnosis Criteria (RDC)

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำไปใช้ประเมินในผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านารรู้คิด อ่านหนังสือ ไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไป

แบบสอบถามฉบับนี้ได้มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 เขียวรัตน์ ชันธิวิชัย (2544) ศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.75

3.3.8 Thai Depression Inventory (TDI) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) เป็นแบบประเมินความซึมเศร้า เพื่อประเมินถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองของมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ เป็นแบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยมีการสร้างข้อคำถามโดยพัฒนามาจากแบบสอบถามที่ใช้กันมากในทางตะวันตก คือ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self Rating Depression Scale (SDS), Structure Interview Version of the Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery Asberg Depression Rating Scale และ Hospital Anxiety and Depression Scale และอิงจากการศึกษาเรื่องอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ได้นำแบบสอบถามฉบับนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยใช้ Spearman – Brown formula เท่ากับ 0.7189 ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเลือกข้อที่ตรงกับอาการหรือความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

แบบสอบถามฉบับนี้ได้มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และในประชาชนทั่วไป ได้แก่ ยุพาพัคตร์ รัทมนีวงศ์ (2547) ในผู้ป่วยอัมพาตหรือโรคเรื้อรัง จำนวน 22 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 และ สุจิตรา กฤติยววรรณ (2548) ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

3.3.9 Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale : The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population (ดวงใจ กษานติกุล และคณะ, 2540) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย สร้างโดย ดวงใจ กษานติกุล (2540) แต่ไม่เรียกว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำหรือปิดบังอารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยในชุมชนได้ เครื่องมือนี้สร้างโดยการเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในคนไทย มีข้อคำถาม 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และอาการทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า การคิดคะแนนความถี่จาก ไม่มีอาการเลย เท่ากับ 0 คะแนน และมีอาการบ่อยๆ เท่ากับ 3 คะแนน เครื่องมือฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 สำหรับค่า specificity และ sensitivity พบว่า การใช้จุดตัดคะแนนที่ 30 คะแนน จะได้ specificity 90.2 และ sensitivity 85.3 สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) การใช้จุดตัดคะแนนที่ 25 คะแนน จะได้ Specificity สูงขึ้น (93.4) แต่ sensitivity ลดลง (75.1) สามารถใช้บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอย่างอื่นได้

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี และแปลผลง่ายกับประชากรไทย

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Thai Depression Inventory (TDI) ซึ่งเป็นแบบประเมินความซึมเศร้า โดยประเมินถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ซึ่งอิงจากการศึกษาเรื่องอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีข้อดี คือ สะดวกในการนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับบุคคล



#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy)

##### 4.1 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง

แม จันท์สุข (2541) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง เป็นกระบวนการรักษาชนิดหนึ่ง โดยมุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการทำจิตบำบัดระดับประคอง มีจุดมุ่งบำบัดที่อาการเท่านั้น เป็นการทำให้กลไกทางจิตเข้มแข็งขึ้น การรักษาคงทำอยู่ในระดับจิตสำนึก ไม่ได้แก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกแต่อย่างใด

อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการที่ผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่ปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย โดยเน้นการพูดคุย และบำบัดช่วยเหลือระดับประคองเบื้องต้น

มานิซ หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสุวรรณ (2547) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาโดยผู้ป่วยพบผู้ให้การบำบัดตัวต่อตัวมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและมุ่งช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก ช่วยให้ความคับข้องใจลดลง จิตใจอยู่ในสมดุลงามขึ้น อาการหรือความทุกข์ใจทุเลาลง ซึ่งมีแนวทางหลัก ได้แก่ การเสริมกลไกทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมให้มั่นคงขึ้น ส่งเสริมวิธีการอื่น ๆ ที่เหมาะสมกว่าเดิมในการแก้ปัญหา ช่วยแก้ไขหรือลดปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมาก ทั้งนี้เป็นการรักษาที่อยู่ในระดับจิตสำนึกเท่านั้น ไม่เข้าไปจัดการแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย

สมภพ เรืองตระกูล (2548) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic relationship) ร่วมกับการชี้แนะและเทคนิคอย่างอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็ว โดยไม่ต้องค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จิตบำบัดวิธีนี้ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นสาเหตุของโรคมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเครียดจากสิ่งแวดล้อมและปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Novalis (1992 อ้างถึงใน จันทิมา อังศ์โมเชิต, 2545) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง หมายถึง การรักษาจิตบำบัดวิธีหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อ

1. ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบประคองระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย
2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และสามารถปรับตัว
3. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรับความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น
4. ลดความรู้สึกไม่สบายหรือความผิดปกติของผู้ป่วยทั้งในแง่ของความรู้สึกและพฤติกรรม



5. ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุดจากโรคจิตเวชที่เป็นอยู่
6. ช่วยให้มีความเป็นตัวเองในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของตน

Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคับประคอง เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ของผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดอาจรวมถึงการทดสอบสัมพันธภาพ การถ่ายโอนความรู้สึก และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน

สรุป จิตบำบัดระดับประคับประคอง หมายถึง กระบวนการรักษาทางจิต ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่ปัญหา ความทุกข์ หรือความคับข้องใจ ซึ่งมีแนวทางหลัก ได้แก่ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู และการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเพิ่มคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เพิ่มการทำหน้าที่ของตนเอง (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาในระดับจิตสำนึกเท่านั้น

#### 4.2 จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดระดับประคับประคอง

จิตบำบัดระดับประคับประคองนั้นมีจุดมุ่งหมาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

4.2.1 ลดอาการไม่สบายด้วยการแก้ไขพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นต่อปัญหาที่กำลังประสบอยู่รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตที่ดี แม้ว่ายังคงจะมีความผิดปกติของจิตใจ (Psychopathology) หลงเหลืออยู่

4.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ รุนแรงใจ และมีความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา มีจิตที่มั่นคง และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาทั้งภายในจิตใจและที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

4.2.3 เพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และลดความอ่อนแอลงด้วยการเสริมทักษะทางด้านต่าง ๆ รวมทั้งเสริมความเข้มแข็งของกลไกทางจิตของผู้ป่วย

#### 4.3 เทคนิคการสื่อสารในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง

การสื่อสารระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือประการเดียวในการทำจิตบำบัดทุกระดับ ผู้ให้การบำบัดอาศัยการสื่อสารในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้เกิดความศรัทธาและเชื่อถือ มีความไว้วางใจ และรับฟังการตอบสนองของผู้ให้การบำบัด ซึ่งในการสื่อสารในการจิตบำบัดมีเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยการสื่อสารหลายอย่าง (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ดังต่อไปนี้

4.3.1 การเงียบ (Silence) และการฟัง (Listening) เป็นกลวิธีที่ผู้ป่วยพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้การบำบัดใช้วิธีการเงียบ เพื่อคอยฟังเรื่องราวต่าง ๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ

4.3.2 การแสดงความเข้าใจ (Empathy) เป็นการแสดงความรู้สึกเข้าใจเห็นใจผู้ป่วยและสามารถถ่ายทอดความรู้สึกนั้นแก่ผู้ป่วย (Conveying empathy) โดยผู้ให้การบำบัดต้องมีความสนใจ ตั้งใจ และสังเกต จับประเด็นที่สำคัญแล้วเชื่อมโยงความรู้สึกของผู้ป่วยสู่ตนเอง

4.3.3 การสื่อสารทางวาจา (Verbal communication) เป็นการสื่อให้เห็นถึงความเข้าใจเห็นใจที่ผู้ให้การบำบัดมีโดยทางวาจา

4.3.4 การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา (Non-verbal Communication) เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเข้าใจและเห็นใจได้ ได้แก่ สายตา (การมองสบตา, การแสดงทางแววตาที่บอกถึงความเห็นใจ ความเข้าใจ มีความอ่อนโยน) ท่าทาง (การพยักหน้า, ส่ายหน้า, การโน้มตัว, การขยับตัว, ท่าทาง และท่าทีที่แสดงออก)

4.3.5 การสังเกต (Observation) หมายความว่า การใช้การมองด้วยสายตา และรับฟังด้วยหู เพื่อรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งทางวาจาและมาใช้วาจา ความสอดคล้องและความขัดแย้งในคำพูด และระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม

4.3.6 การสำรวจและการเข้าใจปัญหา เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การบำบัดให้โอกาสผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาต่าง ๆ ทั้งในแง่เนื้อหาและความรู้สึก

4.3.7 การถาม (Questioning) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาข้อมูล หรือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งคำถามควรใช้ในลักษณะกลาง ๆ เป็นคำถามปลายเปิดดีกว่าคำถามปลายปิดที่จำกัดการตอบ

4.3.8 การตามเรื่อง (Tracking) เป็นการแสดงออกของผู้ให้การบำบัดทางวาจาหรือไม่ใช้วาจาว่ากำลังติดตามเรื่องราวอยู่ เช่น การพยักหน้า การมอง การพูดตอบสนองสั้น ๆ

4.3.9 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed-back) หมายความว่า การแปลความหมายของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้การบำบัดได้ฟัง และสังเกต เป็นภาษาพูดตามความเหมาะสม

4.3.10 การสะท้อนความ (Echoing) หรือการทวนความ (Reflection) หมายความว่า การที่ผู้ให้การบำบัดพูดทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้พูดกลับไปให้ผู้ป่วยฟัง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในแง่ภาษา และความรู้สึก

4.3.11 การสรุปความ (Summarizing) เป็นการรวบรวมประเด็นที่สำคัญของข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งคำพูดและพฤติกรรม โดยประมวลเป็นคำพูดสรุปที่สั้นแต่ได้ใจความ สิ่งที่ต้องระวังคือ อย่านำเอาความคิดใหม่เพิ่มเติม

4.3.12 การทำให้ชัดเจน (Clarifying) เป็นกลวิธีที่สะท้อนความรู้สึกนึกคิด โดยสรุปคำพูดเรื่องราว สิ่งที่เกิดขึ้นได้จากผู้ป่วยให้กระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหา

4.3.13 การแสดงความคิดเห็น (Commenting or restatement) เป็นการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้การบำบัดรักษาต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น

4.3.14 การจัดการกับความรู้สึกที่ผู้รับการบำบัดโอนมา (Transference) เป็นการจัดการกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยโอนมาไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่เป็นลบ ซึ่งมีเทคนิคในการแก้ไขการโอนความรู้สึกจากอดีต ได้แก่

4.3.14.1 การปรับตัวของผู้ให้การบำบัดรักษา เมื่อผู้ให้การบำบัดรักษา รู้สึกว่าผู้ป่วยโอนความรู้สึกในอดีตมาให้ตน ผู้ให้การบำบัดต้องเริ่มปรับตนเอง และจัดการกับความรูสึกนั้น

4.3.14.2 การถอยห่างจากผู้ป่วย โดยการลดความสนิทสนม หรือการพบผู้ป่วย

4.3.14.3 การเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสมและรอบคอบ

4.3.14.4 การปฏิบัติตัวที่สม่ำเสมอ ไม่ให้สัญญาหรือความหวังโดยที่ทำได้ ไม่เลื่อนนัด ผิดนัดโดยไม่มีเหตุผล

**4.4 เทคนิคในการตอบสนองในการทำจิตบำบัดระดับประคอง (แพ จันทรสุข, 2541; จันทิมา องค์ไชษิต, 2545)**

4.4.1 การสนับสนุน (Support) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอดทน ค่อย ๆ แก้ปัญหาที่ละอย่าง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และเกิดความพยายามมากขึ้น

4.4.2 การให้ความมั่นใจ (Recurrence) เป็นการเสริมความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในสิ่งที่เขายังลังเลหรือคลางแคลงใจ โดยการให้ความมั่นใจหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การสัมผัสอย่างนุ่มนวล การรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ การปลอบใจ การให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ความหวาดกลัว และความคิดวิตกกังวลลดลงหรืออาจหมดไป และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น

4.4.3 การให้กำลังใจ (Encouragement) และการส่งเสริม (Reinforcing) การให้กำลังใจเป็นการใช้เทคนิคที่รวมถึง การให้ความมั่นใจ (Recurrence) การแสดงความเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริม (Reinforcement) หรืออาจเรียกกันทั่วไปว่า การชมเชย (Praise) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง

4.4.4 การมองภาพใหม่ (Reframing) โดยการให้ข้อมูลใหม่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง

4.4.5 การใช้เหตุผล (Rationalization) เพื่อเป็นการช่วยการทำงานของจิตใจ และสามารถสนับสนุนการใช้เหตุผลของผู้ป่วยที่เหมาะสม

4.4.6 การระบายความในใจ (Ventilation) และการแสดงออกของอารมณ์ (Expression of affect) เป็นการระบายความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล หรือปัญหาที่อยู่ภายในใจ ช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น สบายใจขึ้น และลดความตึงเครียด

4.4.7 การตอบสนองแบบชี้แนะ (Directive intervention) เป็นการช่วยให้ความคิดเห็น บอกแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้รับการบำบัดไม่สามารถตัดสินใจ มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำในสิ่งที่ควรทำ ได้แก่

4.4.7.1 การแนะนำแบบโน้มน้าว (Suggestion) เป็นการพูดที่ทำให้เกิดการยอมรับหรือคล้อยตาม โดยการพูดจูงใจนี้จะต้องพูดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการคล้อยตาม ยอมรับ และมีกำลังใจสามารถปฏิบัติได้

4.4.7.2 การให้คำปรึกษา (Advice) และนำทาง (Guidance) ผู้ให้การบำบัดรักษาสามารถชี้แนวทางโดยการให้คำปรึกษา โดยการช่วยสำรวจสถานการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ความรู้สึกนึกคิด และข้อดีข้อเสียกับผู้ป่วย

4.4.7.3 การสั่งการ (Explicit direction) เป็นการได้รับการชี้ทางแบบชัดเจน ซึ่งจะต้องเลือกใช้ในกรณีที่จำเป็นจริง ๆ ต่อการบำบัด

4.4.7.4 การกำหนดกฎเกณฑ์ (Limit setting) โดยกำหนดกฎเกณฑ์ที่เห็นว่าเริ่มมีสัญญาณหรืออาการแสดงออกว่าจะมีปัญหา เพราะช่วยในการควบคุมพฤติกรรม ทำให้รู้จักการเคารพสิทธิของผู้อื่น และเป็นการช่วยในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.4.8 การสอน

4.4.8.1 การให้ข้อมูลหรือความรู้ (Psychoeducation) เป็นการให้ข้อมูลหรือให้ความรู้เป็นการสื่อสารทางวาจาเพื่อให้รายละเอียดต่าง ๆ ที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในเรื่องของจิตใจ

4.4.8.2 การเสนอแนะ (Advice) และการสอน (Teaching) การสอนหมายความว่าให้ความรู้ ข้อมูลหรือทักษะ ส่วนการสอนแนะนำหมายความว่าแนวทางปฏิบัติ

#### 4.5 ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

ในการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคอง การกำหนดเวลาในการนัดผู้ป่วยเพื่อการรักษามักจะไม่ถี่นัก นอกจากผู้ป่วยระยะสั้นที่กำลังเผชิญกับวิกฤติอาจต้องพบถี่ตามความเหมาะสม แต่โดยทั่วไปการนัดมักจะเป็นทุก 2-4 สัปดาห์ ตามความจำเป็น หรือในผู้ป่วยที่ไม่มี

ปัญหาหนักและสบายดี อาจนัดเป็นหลายเดือน เวลาที่ใช้ในการนัดอาจให้สั้น 20-30 นาที ต่อนัด แต่ละครึ่ง หรืออาจยาวกว่าในกรณีที่จำเป็น (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ระยะเวลาตลอดจนความถี่ห่างในการรักษาไม่แน่นอน ผู้ป่วยบางคนเพียงพบไม่กี่ครั้งอาการก็ดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนต้องรักษาเป็นปี ๆ (มานิช หล่อตระกูล และภภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2547) หรือตลอดชีวิตของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ซึ่ง Levenson and Hales (1993 cited in Payne and Massie, 2002) กล่าวว่า ใช้ระยะเวลา 4-15 ครั้ง สำหรับการรักษาปัญหาเร่งด่วน

## 5. แนวคิดมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers

### 5.1 แนวคิดมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers

การทำจิตบำบัดตามแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิ ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) เป็นการยึดผู้มาขอรับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) การมีชีวิตกับปัจจุบัน (Existential living) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย ซึ่งมีความเชื่อว่า โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล ได้รับการอบรมสั่งสอนขัดเกลาแล้ว มนุษย์มุ่งความก้าวหน้าและกล้าเผชิญความจริง และ Carl R. Rogers (1977 อ้างถึงใน วัชรวิ ทรัพย์มี, 2549) ได้สรุปลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ คือ

5.1.1 มนุษย์เป็นผู้มีความสามารถและมีคุณค่า มีสติปัญญา และมีความสามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ฉะนั้นทุกคนควรมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการกระทำนั้นไม่ก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้การบำบัดพึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้

5.1.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ธรรมชาติของชีวิต คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อความคงอยู่และการพัฒนาตนเอง มนุษย์มีการพัฒนาตนเองได้เมื่ออยู่ในสภาพที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้ให้การบำบัดพึงจัดสภาพการณ์ให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

5.1.3 มนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ การที่มนุษย์ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น คดโกง เห็นแก่ตัว โหดร้ายนั้น เนื่องจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองต่างๆ ดังนั้นถ้าผู้ให้การบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองลง จะทำให้ผู้ป่วยเปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น พิจารณาตนเองใหม่ และก็จะสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือต่อไปได้



5.1.4 มนุษย์จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล Carl R. Rogers เน้นว่าการกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่างๆ สอดคล้องกับการพิจารณาตนเอง และการพิจารณาสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของเขา ประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การรับรู้สิ่งต่างๆ จะแตกต่างจากคนอื่น เป็นโลกของเขา (Phenomenal field or experienced field) การที่บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆ จะมีอิทธิพลต่อการกระทำ เช่น คนที่เคยได้รับการเอาใจใส่เปรียบ อยู่ท่ามกลางการชิงดีชิงเด่น จะมองโลกในแง่ร้าย หรือถ้าเขารู้สึกว่าเขาไม่ได้รับความเป็นธรรม เขาจะต่อต้านสังคม คิดว่าสังคมตั้งเกณฑ์อย่างยุติธรรมทำให้เกิดการเอาใจใส่เปรียบกัน เพราะฉะนั้นการเข้าใจบุคคลคือ การเข้าใจกรอบการรับรู้ของเขาเป็นอย่างไร ต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทักษะ และค่านิยมของผู้ป่วย ไม่ใช่ใช้ความคิดเห็นของผู้ให้การบำบัดตัดสิน

5.1.5 มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากบุคคลอื่น ความต้องการเริ่มจากการที่เด็กต้องการความรักและความเอาใจใส่จากแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดูมา จนมาถึงความรักและการยอมรับจากเพื่อน ครู และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เพราะฉะนั้นผู้ให้การบำบัดพึงมีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้ป่วยโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned positive regard)

ปัญหาของมนุษย์ตามแนวคิดของ Carl R. Rogers เกิดจากอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องระหว่างตนเอง (Self) กับประสบการณ์จริง (Experience) ที่เกิดขึ้น จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ตนเองถูกคุกคามทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล คับข้องใจ ไม่สบายใจ ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็จะใช้กลวิธีป้องกันทางจิต เพื่อช่วยให้สบายใจขึ้น

## 5.2 จุดมุ่งหมายตามแนวคิดของ Carl R. Rogers

จุดมุ่งหมายในการบำบัดตามแนวคิดนี้ คือ การเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพมาสู่สภาพที่สอดคล้อง ระหว่างตนเองกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สามารถดำเนินชีวิตอย่างสมบูรณ์ ซึ่ง Schult (1977 อ้างถึงใน แผล จันทรสุข, 2541) ได้สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดำเนินชีวิตอย่างสมบูรณ์ตามแนวคิดของ Carl R. Rogers ไว้ 5 ประการ ดังนี้

5.2.1 การเปิดใจกว้างต่อประสบการณ์ (An openness to experience) เป็นลักษณะของบุคคลซึ่งไม่มีเงื่อนไข มีอิสระและเสรีที่จะรับความรู้สึก อารมณ์ และค่านิยมหรือทัศนคติต่างๆ บุคคลจะเปิดใจกว้างรับประสบการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะป็นภายนอกหรือภายใน ซึ่งเขาจะรับรู้โดยไม่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ตรงข้ามกับบุคคลที่มีภาวะปกป้องตนเอง

5.2.2 การมีชีวิตรปัจจุบัน (Existential living) บุคคลที่ดำเนินชีวิตสมบูรณเขาจะมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ ประสบการณ์ที่เขาได้รับรู้และสัมผัสแต่ละอย่างนั้น จะก่อให้เกิดความตื่นตัวและเข้าใจในประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิมทุกครั้ง

5.2.3 เชื้อมั่นในภาวะอินทรีย์ของตนเอง (A trust in one's own organism) Carl R. Rogers กล่าวว่า "กิจกรรมใดก็ตามเมื่อรู้สึกว่าจะน่าทำและมีประโยชน์มันก็น่าทำ หรืออาจพูดได้ว่าการเรียนรู้ค่าต่อสภาพการณ์โดยอินทรีย์ทั้งหน่วยสามารถจะเชื่อถือได้มากกว่าความคิดของตนเอง" คำพูดดังกล่าวมีความหมายว่า การกระทำใดๆ ที่ความรู้สึกเป็นตัวสั่งการ ควรจะเป็นภาวะที่ได้กำหนดพฤติกรรมที่น่าเชื่อถือได้มากกว่าเหตุผล หรือองค์ประกอบทางความคิด บุคคลที่ดำเนินชีวิตที่สมบูรณจะสามารถแสดงพฤติกรรมโดยการกระตุ้นของอินทรีย์ในขณะนั้น

5.2.4 ความรู้สึกของการมีเสรี (Sense of freedom) Carl R. Rogers กล่าวว่า "บุคคลยิ่งดำเนินชีวิตที่สมบูรณมากขึ้นเท่าใด เขาจะรู้สึกเป็นอิสระและเสรีในการเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ มากขึ้นเท่านั้น โดยปราศจากข้อจำกัด หรือข้อห้ามใด ๆ เขาจะมีความสุข ความพอใจกับความรู้สึก มีอำนาจในชีวิตของตนเอง จึงสามารถเลือกทางออกของปัญหาได้หลายวิธี และมีความรู้สึกว่าสามารถที่จะกระทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนาจะทำได้อย่างสบายใจ"

5.2.5 มีความคิดริเริ่ม (Creativity) บุคคลที่ดำเนินชีวิตที่สมบูรณจะมีความคิดริเริ่มสูง มีใจกว้าง และเปิดรับต่อประสบการณ์ต่างๆ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยึดหยุ่นในการตัดสินใจ การแสดงออกต่าง ๆ การริเริ่มและสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ นอกจากนั้น บุคคลยังมีอิสระที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนให้พัฒนา และงอกงามขึ้นเสมอ

### 5.3 ทักษะของผู้ให้การบำบัดตามแนวคิดของ Carl R. Rogers

Carl R. Rogers กล่าวว่า ผู้ให้การบำบัดรักษาที่จะประสบความสำเร็จในการรักษา คือ ผู้ที่สามารถทำให้ผู้มีปัญหาเข้าใจในตนเอง และการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง ซึ่งผู้ให้การบำบัดรักษาต้องมีทัศนคติ และการกระทำตามแนวคิดของ Carl R. Rogers (1977 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ดังต่อไปนี้

5.3.1 มีคำพูดและการกระทำที่ประสมประสานและสอดคล้องกัน (Congruence) การที่จะส่งเสริมให้บุคคลอื่นมีพัฒนาการทางด้านส่วนตัวได้นั้น ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีการพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน ผู้รักษาจะต้องมีความเป็นตัวของตัวเอง มีความจริงใจ (Genuiness) ไม่เสแสร้ง หรือสร้างเกราะกำบังตัวเอง (Front) หรือสวมหน้ากาก (Facade) ผู้ให้การบำบัดจะต้องเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติที่เกิดขึ้นจริง ถ้าเห็นว่าเหมาะสม นั้นหมายความว่า ผู้ให้การบำบัดในฐานะบุคคลกับบุคคลเป็นตัวของตัวเองโดยไม่ต้องปฏิเสธตัวเอง

5.3.2 มีความเข้าใจและเห็นใจ (Empathy) สัมพันธภาพจะต้องคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้การบำบัดจะต้องเข้าใจในความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย และสามารถสื่อความเข้าใจออกมาได้ จะต้องและรู้สึกภาวะความสับสน ความกลัว ความโกรธ หรือความสุขไม่ได้รับความยุติธรรมของผู้ป่วย แต่ผู้ให้การบำบัดจะต้องไม่ติดค้างอยู่ในอารมณ์เหล่านั้นจนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ให้การบำบัดเข้าใจสถานการณ์และปัญหาดีแล้ว ก็จะสามารถสื่อความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยก็จะเริ่มรับรู้สิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อนตระหนักในสิ่งที่ไม่เคยตระหนักมาก่อน

5.3.3 การยกย่องและการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditionality and positive regard) การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และแสดงทัศนคติในทางบวกนี้ออกมาในรูปของการมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดเห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีความสามารถ การตัดสินใจ และจะยินยอมให้ผู้ป่วยเลือกหนทางในการแก้ปัญหา เลือกค่านิยมของตนเอง การยอมรับเห็นคุณค่าและยกย่องผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ยอมรับเขาเท่าที่เป็นอยู่ ความหมายของการยอมรับและการยกย่องโดยไม่มีเงื่อนไขแสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอของผู้ให้การบำบัดในการยอมรับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขตัดสินว่าถูกต้องหรือผิด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจะรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาด้วยความเข้มแข็งและสามารถเอาชนะอุปสรรคได้

#### 5.3.4 กระบวนการช่วยเหลือตามแนวคิดของ Carl R. Rogers

Carkhuff (1983 อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2541) ได้กล่าวถึงกระบวนการช่วยเหลือตามแนวคิดของ Carl R. Rogers ไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

5.3.4.1 ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตน มีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่การช่วยเหลือ (Involving)

5.3.4.2 ผู้ป่วยสำรวจตนเอง และเปิดเผยเรื่องราวประสบการณ์ในระดับที่เป็นปัญหา จึงกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการแก้ปัญหาของตน และค้นหาแนวทางเพื่อไปสู่ความสำเร็จนั้น (Understanding)

5.3.4.3 ผู้ป่วยพิจารณาจนเกิดความเข้าใจ และยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง จึงกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการแก้ปัญหาของตน และค้นหาแนวทางเพื่อไปสู่ความสำเร็จนั้น (Understanding)

5.3.4.4 ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามแนวที่กำหนดไว้ เพื่อไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของตน (Action)

## 6. โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคมะเร็งอาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเมตาโบลิซึม (Roth, Massie and Redd, 1996) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะการขาดสารอาหาร ร่างกายก็จะอ่อนแอลง ภูมิคุ้มกันโรคก็จะลดลงตามลำดับ เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของสมอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของสมอง ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจโดยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากภาวะของโรค การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการของโรคหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537; ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2544; Pilsworth et al., 1995; Stiefel, Kornblith and Holland, 1990 cited in Razavi and Popkin, 1999; Dinoff and Shuster, 2005) ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา การสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง สูญเสียหน้าที่ สูญเสียอวัยวะ และมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระดับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับอันตราย และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Weitzner et al., 1997 cited in Spiegel, 2007) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่วนผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Holland, 1982) Maguire (2002)

การทำจิตบำบัดระดับประคอง เป็นกระบวนการรักษาทางจิตสังคม มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Winston, Rosenthal and Pinsky, 2004) มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหา และการทำความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งบำบัดที่อาการเท่านั้น ด้วยการที่ผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องของผู้ป่วย (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2545) โดยมุ่งช่วยแก้ปัญหาในระดับจิตสำนึกเท่านั้น (แพ จันทรสุข, 2541; มาโนช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2547) ซึ่งมีแนวทางหลัก ได้แก่ การเสริมกลไกทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมให้มั่นคงขึ้น (แพ จันทรสุข, 2541; มาโนช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2547) ส่งเสริมวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมกว่าเดิมในการแก้ปัญหา (มาโนช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2547; Winston, Rosenthal and Pinsky, 2004)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการประยุกต์แนวความคิดการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive



psychotherapy) ของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Roger (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วชิรี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) มาเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยแนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) ซึ่งเป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย การทำให้อาการดีขึ้น, คงไว้หรือฟื้นฟู และการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเพิ่มคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การเข้าใจภาวะจิตใจของตนเอง (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ของผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดจะรวมถึงการทดสอบ การสร้างสัมพันธภาพ การถ่ายโอนความรู้สึก และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) โดยใช้แนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Roger (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วชิรี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) มาปรับใช้ในแต่ละกิจกรรมของการทำจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งแนวคิดนี้จะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered) และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยเปิดใจกว้างต่อประสบการณ์ (An openness to experience) เชื่อมั่นในภาวะของตนเอง (A trust in one's own organism) มีความคิดริเริ่ม (Creativity) ความรู้สึกเป็นอิสระเสรี (Sense of freedom) และมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ (Existential living) โดยปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน (Shives and Isaacs, 2002) โดยทำจิตบำบัดระดับประคอง เป็นรายบุคคล ดำเนินการทั้ง 3 ขั้นตอน ที่หอผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะตามกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ทั้งหมด 8 กิจกรรม และดำเนินการทำจิตบำบัดระดับประคอง ครั้งละ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 ครั้งติดต่อกัน โดยในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้

### 6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย

ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อม ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคของจิตบำบัดระดับประคองของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู โดยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Roger (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข,



2541; สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิ ททรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดนี้ เน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง เนื่องจากในการพบครั้งแรกทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นคนแปลกหน้า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา (ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล, 2541) และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกิจกรรม (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) หรือเกิดการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance or Therapeutic relationship) (มาโนช หล่อตระกูล และภานุพันธ์ เจริญสุวรรณ, 2548; Winston, Rosenthal and Pinsky, 2004; Worden and Weisman, 1984 cited in Payne and Massie, 2002) ซึ่งจะเอื้อต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคือเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilation) ทั้งความรู้สึก ประสบการณ์ การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเป็นอิสระ ทั้งภาษาพูด (Verbal language) และภาษาท่าทาง (Body language) โดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหรือกล่าวถึงผิดหรือถูก (Unconditionality and Positive Regard) โดยผู้วิจัยใช้คำพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน (Congruence) เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ตามทัศนคติของ Carl R. Roger (1976 อ้างถึงใน แพ จันทร์สุข, 2541; สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิ ททรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) การยอมรับ โดยไม่ขัดแย้งทางด้านความคิดของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเป็นอิสระ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกที่ไม่ดีหรือความรู้สึกทางด้านลบของผู้ป่วยลดระดับลง ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีใครรังเกียจปัญหา เข้าใจความรู้สึกของตนเอง สิ่งที่ดีอัดอั้นภายในจิตใจได้ถูกระบายออกมา ความรู้สึกของผู้ป่วยจะดีขึ้น

## 6.1.1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา

6.1.1.1 ผู้วิจัยให้การบำบัดด้วยการสร้างสัมพันธภาพ โดยการจัดสถานที่ให้เหมาะสม ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง และกล่าวต้อนรับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และแนะนำตัว เป็นการทำให้ผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ระยะเวลาในการรับการ

บำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด ให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

6.1.1.2 ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนการบำบัด ปฏิบัติตามแผนการบำบัด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องมีการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) และเปิดเผยความคิดความรู้สึกได้ขณะที่ได้รับการบำบัด

6.1.1.3 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และประเมินผลกระทบที่เกิดจากภาวะของโรคและการรักษา และใช้เทคนิคการเงียบ (Silence) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิด สำรวจความรู้สึกของตนเอง ร่วมกับการใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (Listening) และการสังเกต (Observation) ท่าทางที่แสดงออก (Non-verbal communication) ของผู้ป่วยขณะที่พูด พร้อมกับติดตามเรื่อง (Tracking) ด้วยการสื่อสารทางวาจา (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Non-verbal communication) เช่น การพยักหน้า การมอง การสบสายตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ (Empathy) มีการพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน (Congruence) และยกย่องยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditionality and positive regard) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และระบายความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดไว้อย่างอิสระ ทำให้เกิดการตระหนักรู้

6.1.1.4 ผู้วิจัยสรุปในประเด็น (Summarization) ที่ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับสภาพปัญหา และสภาพอารมณ์ จิตใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

6.1.1.5 ผู้วิจัยให้การบำบัดด้วยการให้กำลังใจ (Emotional support) และบอกถึงความยินดี มีความเต็มใจที่จะให้การบำบัด (Reassurance) เพื่อช่วยให้อาการผู้ป่วยลดความรู้สึกซึมเศร้า และเกิดบรรยากาศของการยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

## 6.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญห

ขั้นที่ 2 ขั้นแก้ปัญห (Working stage) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ, กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และภาวะซึมเศร้า, กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น, กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และกิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยใช้เทคนิคของการทำจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู โดยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) โดยผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีส่วน

ร่วมรับผิดชอบในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะควบคุมเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิตของตน เรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตตน มากยิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนและโทษผู้อื่น ผู้วิจัยมีการวางแผนการเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และมีการประเมินเป็นระยะๆ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังหรือการรับรู้ของตนกับประสบการณ์ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้กระจ่างชัดในเรื่องราวที่เป็นปัญหา และเข้าใจปัญหาที่แท้จริง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) เป็นแนวทางในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ที่มีการฝึกกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยมี อากาโรดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มทักษะการปรับตัว เช่น กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ กิจกรรม การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า กิจกรรมการลดความหมกมุ่น กิจกรรม การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และกิจกรรมการมองภาพใหม่ ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วชิรี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ซึ่งเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถ และมนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สำรวจและ ระบายอารมณ์ที่เก็บไว้อย่างอิสระ รวมถึงบอกเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ต่างๆ ของตนเอง ด้วยการพูด ซึ่งผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ ใส่ใจ ให้การยอมรับความคิด ความรู้สึก และการ แสดงออกของผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ แสดงความรู้สึกของตนอย่างอิสระมากที่สุด (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) พร้อมทั้งแสดงความชื่นชม ให้ความมั่นใจในการแก้ปัญหา กระตุ้นและ/หรือส่งเสริมให้ กำลังใจ ให้การดูแล และปรับมุมมองใหม่ (Winston, Rosenthal and Pinsky, 2004)

ดังนั้นในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้วิจัยการให้ข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ ในเรื่องของทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเอง และส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลด ความคิดในทางที่ไม่ดีหรือความคิดทางลบ และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความคิดในทางที่ดีขึ้นหรือมี ความคิดทางบวก หรือมีกิจกรรมทางบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

## 6.2.1 กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

6.2.1.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และวิธีการปฏิบัติ

6.2.1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ (Diaphragmatic technique or rhythmic breathing) อย่างถูกวิธี จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยมีอาการผ่อนคลาย

6.2.1.3 ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ (Breathing exercise or rhythmic breathing) ไปฝึกปฏิบัติต่อ โดยฝึกทุกวัน อย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง

6.2.1.4 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification)

6.2.1.5 ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย (Summarization) และเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

## 6.2.2 กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

6.2.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด

6.2.2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกล่าวทบทวนการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 1 และผู้ให้การบำบัดกล่าวเสริมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน (Clarification)

6.2.2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายฝึกการหายใจ (Breathing exercise or rhythmic breathing) ประมาณ 1 นาที และกล่าวถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก ปัญหา/อุปสรรคของการฝึก

6.2.2.4 ผู้วิจัยกล่าวถึงการบำบัดระดับประคอง และวัตถุประสงค์ของการบำบัดระดับประคองครั้งที่ 2 และใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อสำรวจความรู้ของผู้ป่วย

6.2.2.5 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้า (Education and psychoeducation) มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค การรักษา ความหมายของเคมีบำบัดและผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด พฤติกรรมและอาการทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การรักษาภาวะซึมเศร้า และวิธีการปฏิบัติตนขณะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

6.2.2.6 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม (Clarification)



### 6.2.3 กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6.2.3.1 ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6.2.3.2 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยและเล่าเรื่องราวของตนเอง (Ventilation) เกี่ยวกับ ประวัติส่วนตัว ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตในด้านบวก ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข หรือสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจในอดีต และปัจจุบัน เช่น ข้อดี ความดี

6.2.3.3 ผู้วิจัยกล่าวสรุป ข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจ ในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุขจากสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า (Summarization) ลงในเอกสารประกอบการทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งที่ 2 “ภาพต้นไม้แห่งชีวิต”

6.2.3.4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุข โดยนำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ใส่ลงในส่วนต่างๆ ของต้นไม้แห่งชีวิต เช่น ราก ต้น ก้าน ใบ พุ่มไม้ เป็นต้น ตามความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย

6.2.3.5 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกความหมายพร้อมทั้งเหตุผลต่อข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจ ในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุข ตามตำแหน่งที่ใส่ในต้นไม้แห่งชีวิตว่ามีความสำคัญอย่างไรกับตัวผู้ป่วยเอง เพื่อทำให้เกิดกำลังใจ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคง และมุ่งมั่น ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีค่ามากขึ้น มีความหวัง และไม่ท้อแท้ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6.2.3.6 ผู้วิจัยกล่าวถามความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification) พร้อมทั้งกล่าวสรุปในสิ่งที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (Summarization) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และผู้วิจัยเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน

6.2.3.7 ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) และสนับสนุน (Encouragement) ให้กำลังใจ (Support) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ กล่าวยุติการให้การบำบัด และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

### 6.2.4 กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น

6.2.4.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด

6.2.4.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกล่าวทบทวนการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 2 และผู้ให้การบำบัดกล่าวเสริมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน (Clarification)



6.2.4.3 ผู้วิจัยให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายฝึกการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic technique) ประมาณ 1 นาที และกล่าวถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก ปัญหา/อุปสรรคของการฝึก

6.2.4.4 ผู้วิจัยกล่าวถึงการทำจิตบำบัดระดับประคอง และวัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งที่ 3

6.2.4.5 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการลดความหมกมุ่น (Dereliction) โดยการหยุดความคิดเหล่านั้น ด้วยการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปในทิศทางใหม่ในมุมมองทางบวก (Positive aspects) หรือให้มีกิจกรรมในทางบวก (Positive Activities) ที่สร้างสรรค์ โดยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning)

6.2.4.6 ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Encouragement) และให้กำลังใจ (Support) ให้ผู้ปวยมีกิจกรรมทางบวก (Positive activities) และ/หรือ ผู้วิจัยเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ปวยมองหากิจกรรมทางบวก (Positive activities) ที่ให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความเพลิดเพลินต่อตนเอง

### 6.3.2 กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน

6.3.1.1 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) ถามความรู้สึกความคิดเห็น ของผู้ปวยเกี่ยวกับการรักษาและ / หรือเหตุการณ์ ในอดีตที่ผ่านมาและ/หรือในอนาคต

6.3.1.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน โดยให้ผู้ปวยฝึกคิดวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดมาอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน โดยไม่คิดถึงอดีตหรืออนาคต

6.3.1.3 ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Encouragement) และให้กำลังใจ (Support) ให้ผู้ปวยมีการดำเนินชีวิตรอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน และ/หรือ ผู้ให้การบำบัดเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ปวยมีการวางแผนเป้าหมายในระยะสั้น และดำเนินชีวิตรไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

### 6.2.5 กิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่

6.2.5.1 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) ถามผลของความรู้สึกทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ปวยต่อบุคคลและ/หรือต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีหรือในด้านลบ

6.2.5.2 ผู้วิจัยให้ผู้ปวยฝึกคิดการเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อบุคคลและ / หรือต่อเหตุการณ์ ไปในทางบวก

6.2.5.3 ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Encouragement) และให้กำลังใจ (Support) ให้ผู้ปวยมีการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลาย

แง่มุม และ/หรือ ผู้วิจัยเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยฝึกคิดการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม เพื่อลดความรู้สึก ความคิดเห็นด้านลบต่อบุคคลหรือเหตุการณ์

### 6.3 ขั้นตอนที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข

ขั้นที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage) เป็นขั้นยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น รู้จักรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองแล้ว พัฒนาการด้านจิตอารมณ์ ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีการคิดใหม่ การมองปัญหาใหม่ และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อน ซึ่งในขณะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ โดยกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคอง มีความสำคัญกับผู้ป่วย ที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้การบำบัดผู้ป่วยโดยใช้คำพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน (Congruence) ยอมรับผู้ป่วย (Unconditionality and Positive Regard) เข้าใจภาวะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และเห็นใจ (Empathy) ในความทุกข์ของผู้ป่วย กล่าวยกย่องชมเชยในความพยายาม ความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Carl R. Roger (1976 อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2541; สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) โดยใช้ขั้นตอนของการทำจิตบำบัดระดับประคอง (แพ จันทรสุข, 2541; มาโนช หล่อตระกูล และภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2548; Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004; Worden and Weisman, 1984 cited in Payne and Massie, 2002) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยกระจำจืด และเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิด แนวทางในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการคิดการมองปัญหาในมุมมองใหม่ ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ และมีการวางแผนการณชีวิตของตนเองอย่างเป็นระบบ

#### 6.3.1 กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

6.3.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด

6.3.1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกล่าวทบทวนการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 1, 2 และ 3 และผู้ให้การบำบัดกล่าวเสริมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน (Clarification)

6.3.1.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายฝึกการหายใจ (Breathing Exercise or Rhythmic Breathing) ประมาณ 1 นาที และกล่าวถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก ปัญหา/อุปสรรคของการฝึก

6.3.1.4 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) ถามถึงแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมาย เป้าหมายในการดำเนินชีวิต และการนำเอาแนวคิดไปใช้ในการดำเนินชีวิต

6.3.1.5 ผู้วิจัยประเมินผลและทบทวนความเข้าใจการทำจิตบำบัดระดับประคองอีกครั้ง

6.3.1.6 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification)

6.3.1.7 ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Encouragement) ให้กำลังใจ (Support) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

6.3.1.8 ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในความกระตือรือร้น และกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมการบำบัด พร้อมทั้งใช้เทคนิคให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย และมีคุณภาพที่ดี และกล่าวปิดการให้การบำบัด

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดระดับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และในผู้ป่วยโรคจิตเวช มีทั้งการบำบัดทั้งรายบุคคลและกลุ่มบำบัด ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบระดับประคองที่มีต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาแบบระดับประคองมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระยาระยะสิ้นสุดรังสีรักษาดีกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากได้รับคำปรึกษาแบบระดับประคองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านลบต่อโรคมะเร็งและรังสีรักษาลดลง พฤติกรรมซึมเศร้า ท้อแท้ กังวลกับปัญหาต่างๆ น้อยลง มองโลกในแง่ดีขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือ และเอาใจ

ใส่ในการดูแลตนเองมากขึ้น มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้ดี มีสถานะสมดุลจิตใจมากขึ้น

วราพร พาที (2536) ได้ศึกษาถึงผลการบำบัดด้วยหนังสือต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูรักษาพยาบาลแลตามปกติ จำนวน 12 คน กลุ่มทดลอง 1 ได้รับการบำบัดด้วยหนังสือรายบุคคล จำนวน 12 คน และกลุ่มทดลอง 2 ได้รับการบำบัดด้วยหนังสือแบบกลุ่ม จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของวิลเลียม ดับบลิว เค ซุง ได้รับการบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยหนังสือแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยหนังสือแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม พบว่า มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์ (2539) ได้ศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของเทมเพลอร์ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ในช่วง 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบโลกอสมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ได้ศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวัง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในช่วง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีระดับคะแนนความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรวรรณ ลีทองอิน (2543) ได้ศึกษาถึงผลการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นการศึกษาเชิงกึ่งปฏิบัติการในผู้ป่วยนอกหญิง จำนวน 1 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เค ซุง และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าของ ดวงใจ กสานติกุล และคณะ โดยได้รับการทำบำบัดทางจิตสังคมแบบรายบุคคล จำนวน 7 ครั้ง ด้วยวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การฝึกสมาธิเบื้องต้น และการฝึก



การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต ยอมรับ และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง

พรนิภา หาญละคร (2545) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบเผชิญและแบบวัดความซึมเศร้าของซุง กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ในช่วง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัด มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

เชาวนี ล่องชูผล (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะของเบค และแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของคูเปอร์สมิธ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148 คะแนน) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) แสดงว่าการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

จริยา บุญเชิญ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยคัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1976) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของกลุ่มหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง



เอกอุมา วิเชียรทอง (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะภาวะซึมเศร้าจาก Hamilton Scale for Depression กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยดีเพรสชันโปรแกรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กลุ่มบำบัดแบบปรับระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษา 2) การออกกำลังกาย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Deckbach et al. (2006) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีสร้างสุขลักษณะนิสัยกับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคองในการลดภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วย Tourette's disorder ที่มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกการสร้างสุขลักษณะ และกลุ่มที่ 2 ได้รับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคอง ผลการศึกษา พบว่า หลังจากให้การบำบัดทั้งสองวิธีนั้น จะช่วยลดอาการ หดเกร็งของกล้ามเนื้อลงได้ เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และแก้ไขการทำหน้าที่ทางจิต

Blanchard et al. (2004) ทำการศึกษาแบบ prospective ในเวลา 1-2 ปี เพื่อติดตามการรักษาโดยการทำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคอง ในผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ จำนวน 57 คน ซึ่งมีภาวะเครียดหลังจากเกิดเหตุการณ์รุนแรง ( PTSD ) ผลการศึกษาพบว่า 1 ปี หลังจากให้การบำบัดด้วยวิธีทั้งสอง ผู้รอดชีวิตจะมีภาวะเครียด PTSD ลดลงเช่นเดียวกัน แต่เมื่อติดตามผลการบำบัดในระยะเวลา 2 ปี พบว่าเมื่อให้ผู้รอดชีวิตทำแบบประเมินภาวะ PTSD จะเห็นได้ว่าคะแนนภาวะ PTSD ลดลงกว่าเมื่อ 1 ปีก่อน ดังนั้นการที่จะประเมินผลการทำ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคองควรจะประเมินหลังจากการทำ 2 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

Jonghe et al. (2001) ทำการศึกษาการใช้จิตบำบัดปรับระดับประคองแบบจิตวิเคราะห์ระยะสั้น กับ การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยจำนวน 84 คน รับประทานยาต้านอารมณ์เศร้า คือ fluoxetine, amitriptyline และ moclobemide และผู้ป่วยจำนวน 83 คน ได้รับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคองแบบจิตวิเคราะห์ระยะสั้น ทั้งหมด 16 session เป็นเวลา 6 เดือนทั้งสองกลุ่ม และประเมินประสิทธิผลโดยให้ผู้ป่วยทำ แบบประเมิน HDRS 17 ข้อ และ Severity and of Improvement และ the depression subscale of the SCL-90 และ Quality of Life Depression Scale. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการทำจิตบำบัดปรับระดับประคองได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 8 , 16 และ 24 คิดเป็น 23% , 31% และ 62% ของ

ผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านอารมณ์เศร้าจะได้รับผลดีในสัปดาห์ที่ 24 คิดเป็น 40.7 % และผู้ป่วยที่ได้รับประทานยา ร่วมกับการทำจิตบำบัดระดับประคองร่วมกัน จะได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 เช่นกัน แต่คิดเป็น 59.2 % ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองแบบจะได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด

Stanley, Beck and Glassco (1996 ) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการทำการบำบัดพฤติกรรมความคิด กับ การทำจิตบำบัดระดับประคอง ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล หรือ Generalize Anxiety Disorder ( GAD) ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 48 คน แบ่งผู้ป่วยสูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จำนวน 18 คน กลุ่มที่ได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคอง จำนวน 13 คน โดยมีระยะเวลาในการทำกิจกรรมเป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที และติดตามผลการบำบัดหลังจากที่ให้การบำบัดไปแล้ว 6 เดือน ซึ่งมีผู้สูงอายุขอลงตัวออกจากกรวิจัย 15 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการทำกลุ่มบำบัดทั้งสอง ไม่มีความแตกต่างกัน สามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา

- การแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ
- สร้างข้อตกลง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ
- เปิดโอกาสให้ระบาย (Ventilation) ความรู้สึก ประสบการณ์ การแสดงออกทางอารมณ์
- สำรวจและทำความเข้าใจกับปัญหา

#### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา

**กิจกรรมที่ 2** การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

- ฝึกวิธีการหายใจ

**กิจกรรมที่ 3** การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

- โรคมะเร็งระยะลุกลาม และการรักษา
- ผลกระทบของโรคมะเร็ง และการรักษาด้วยเคมีบำบัด
- พฤติกรรม, อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และสาเหตุ
- การรักษาภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติตน

**กิจกรรมที่ 4** การเสริมความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง

- เปิดโอกาสให้คิดถึงข้อดีของตน ประสบการณ์ในด้านบวกทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- ให้เหตุผล, ความหมาย และเข้าใจสภาพจิตใจของตนต่อข้อดี ความดี สิ่งทีภาคภูมิใจสิ่งที่ประสบความสำเร็จทั้งในอดีต และปัจจุบัน

**กิจกรรมที่ 5** การลดความหมกมุ่น

- เปิดโอกาสให้ระบายอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่วิตกกังวล และความรู้สึกซึมเศร้า
- ฝึกการเปลี่ยนหรือเบี่ยงเบนความคิด ความรู้สึกไปสู่กิจกรรมทางบวก

**กิจกรรมที่ 6** การมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน

- เปิดโอกาสให้ระบายอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่วิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า
- ฝึกการคิดหาเหตุผลของความคิด การกระทำ วัตถุประสงค์ของการกระทำ และวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายในสิ่งที่ปัจจุบัน

**กิจกรรมที่ 7** การมองภาพใหม่

- เปิดโอกาสให้ระบายอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่วิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า
- ฝึกการคิด พิจารณาต่อปัญหาในหลายแง่มุม และคิดในทางบวก

#### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข

**กิจกรรมที่ 8** ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

- สรุป และทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการทำจิตบำบัดระดับประคอง
- ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก ตลอดจนแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมาย และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต
- ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจให้ดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่
- ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

ภาวะ  
ซึมเศร้า

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยดำเนินการวิจัยการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999: 187; Polit and Beck, 2004: 183) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคอง และการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O1		O2

- O1 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง
- O2 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สถานที่ใช้ในการศึกษา

สถานที่ใช้ในการศึกษา คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ หอผู้ป่วยชาย ชั้น 5, หอผู้ป่วยหญิง ชั้น 6 และหอผู้ป่วยหญิง ชั้น 7 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยแบบเปิด มีการจัดระเบียบเข้าเยี่ยมเป็นเวลา ไม่มีคนพลุกพล่าน บรรยากาศถ่ายเทสะดวก มีความสงบเงียบพอสมควร ผู้บำบัดสามารถทำการบำบัดข้างเตียงผู้ป่วยได้ โดยไม่มีสิ่งรบกวนมากนัก

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีอายุตั้งแต่ 21-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ วันที่ 25 กันยายน 2550 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2552 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน และกลุ่มควบคุม 13 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังต่อไปนี้

### 2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

2.1.1 มีอายุตั้งแต่ 21-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม และได้รับแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในกลุ่มเดียวกัน (Maguire, 2002)

2.1.2 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (21-25) ถึงปานกลาง (26-34)

2.1.3 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี ไม่จำกัดความรู้, สถานภาพทางการศึกษา, และอาชีพ

2.1.4 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

### 2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการทางกายรุนแรงอันเป็นอุปสรรคต่อการทำจิตบำบัดประคับประคอง เช่น หอบเหนื่อยรุนแรง ปวดในระดับรุนแรง มีภาวะสับสนจากการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่สมอง

2.2.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย

## ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม PASS (Zar and Jerrold, 1984; Machin et al., 1997) โดยนำกรณีศึกษาของ พงษ์ รอดจินดา (2541) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80%



ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 13 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 13 คน กลุ่มทดลอง 13 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (21-25) ถึงปานกลาง (26-34) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ทั้งสิ้น 30 ราย กลุ่มควบคุม 13 คน และกลุ่มทดลอง 17 คน เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่อาจขาดหายไปในช่วงการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ราย ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 26 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 13 คน และกลุ่มทดลอง 13 คน
3. ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pair matching) (Polit and Beck, 2004) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ (Massie, 2004) อายุ (Maguire, 2002) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง (Massie, 2004) สูตรของยาเคมีบำบัด (Maguire, 2002) คะแนนของภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยคู่ระดับเล็กน้อย คือ ช่วง 21-25 คะแนน และระดับปานกลางคู่ระดับปานกลาง คือ ช่วง 26-34 คะแนน (Greist and Jafferson, 1992) และยากลายกังวลชนิดเดียวกัน (Fava et al., 2004) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การจับคู่ (Pair matching) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับภาวะ  
ซีมีเศร่า ชนิดของยาคลายกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		ระดับภาวะซีมีเศร่า		ชนิดยาคลายกังวล	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	ชาย	ชาย	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan
2	ชาย	ชาย	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
3	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
4	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
5	หญิง	หญิง	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan
6	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
7	หญิง	หญิง	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan
8	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
9	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
10	หญิง	หญิง	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan
11	หญิง	หญิง	ปานกลาง	ปานกลาง	Ativan	Ativan
12	หญิง	หญิง	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan
13	หญิง	หญิง	น้อย	น้อย	Ativan	Ativan

ตารางที่ 2 การจับคู่ (Pair matching) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ตำแหน่งของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		ตำแหน่งของโรคมะเร็ง		สูตรเคมีบำบัด	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	37	42	CA Lung	CA Lung	MVP	MVP
2	32	34	CA Lung	CA Lung	CDDP/Etoposide	CDDP/Etoposide
3	50	54	CA Bladder	CA Bladder	CMV	CMV
4	52	47	CA Uterine	CA Uterine	CAP	CAP
5	50	54	CA Lung	CA Lung	CDDP/Docetaxel	CDDP/Docetaxel
6	57	55	CA Breast	CA Breast	Paclitaxel	Paclitaxel
7	49	47	CA Cervix	CA Cervix	CDDP/5FU	CDDP/5FU
8	58	54	CA Lung	CA Lung	MVP	MVP
9	43	47	CA Breast	CA Breast	FC	FC
10	48	48	CA Cervix	CA Cervix	CDDP/ADM	CDDP/ADM
11	48	45	CA Lung	CA Lung	CDDP/5FU	CDDP/5FU
12	51	49	CA Cervix	CA Cervix	CDDP/ADM	CDDP/ADM
13	59	54	CA Lung	CA Lung	CDDP/Etoposide	CDDP/Etoposide

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัดระดับประคอง จากนั้นแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, แบบบันทึกประวัติการรักษา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ (ภาคผนวก ข)

**ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษา** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย ตำแหน่งของโรคมะเร็งอวัยวะที่มีการแพร่กระจาย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมี และการได้รับยาคลายกังวล ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง (ภาคผนวก ข)

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory** เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบเองของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) เป็นแบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีการสร้างข้อคำถามโดยพัฒนามาจากแบบสอบถามที่ใช้กันมากทางตะวันตก คือ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self Rating Depression Scales (SDS), Structure Interview Version of the Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery Asberg Depression Rating Scale และ Hospital Anxiety and Depression Scale และอิงจากการศึกษาเรื่องอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบประเมินนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (The alpha coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.858 และมีค่า Concurrent validity หาโดยวิธี Sperman-Brown formula เท่ากับ 0.7189 ( $p < 0.001$ ) และมีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้

ในงานวิจัย เช่น ยูพาพัคตร์ รักษมณีวงศ์ (2547) ได้ทดลองกับผู้ป่วยอัมพาตหรือผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 22 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 ต่อมาสุจิตรา กฤตยารวรรณ (2548) ได้นำแบบประเมินไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2542) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกข้อที่ตรงกับอาการหรือความรู้สึกของตนเองมากที่สุด โดยมีการแปลความหมายคะแนนดังนี้

คะแนนรวม	0-20	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal)
คะแนนรวม	21-25	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)
คะแนนรวม	26-34	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)
คะแนนรวม	35 ขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

การคิดคะแนนจะคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อ 1-20 โดยคะแนนที่สูงที่สุด คือ 60 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน โดยข้อ ก. มีค่าคะแนน เท่ากับ 3 คะแนน ข้อ ข. มีค่าคะแนน เท่ากับ 2 คะแนน ข้อ ค. มีค่าคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน และ ข้อ ง. มีค่าคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน โดยรวมคะแนนทั้งหมดที่ผู้ป่วยเลือกในแต่ละข้อคำถาม (ภาคผนวก ข)

### การหาคุณภาพของเครื่องมือภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2542) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและมีค่าการทดสอบทางสถิติที่ยอมรับได้ ถึงแม้ว่าเครื่องมือจะผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว แต่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับผู้ป่วย ได้แก่ การปรับข้อที่ 15 ประโยคเดิม คือ ข้อ ก. “เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางกายแน่” ปรับเปลี่ยนเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรคอยู่ตลอดเวลา” ข้อ ข. “กังวลใจ คิดว่าตนเองน่าจะมีโรคทางกาย” ปรับเปลี่ยนเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรคบ่อยครั้ง” ข้อ ค. “หวังสุขภาพของตนเองกว่าแต่ก่อน” ปรับเปลี่ยนเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรคเป็นบางครั้ง” และข้อ ง. “ไม่กังวลโรคทางกาย” ปรับเปลี่ยนเป็น “ไม่กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรค” แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง



จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตัดสินว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 17/20 = 0.85$$

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.85 และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขแบบประเมินภาวะซึมเศร้า คือ ควรเรียงลำดับข้อคำถามตามระดับความรุนแรงของอาการจากน้อยไปหามาก และปรับข้อคำถามข้อที่ 2 โดยให้เปลี่ยนข้อคำถาม ประโยคเดิม คือ ก. “คิดวางแผนฆ่าตัวตาย” ปรับเปลี่ยนเป็น “คิดวางแผนทำร้ายตนเอง” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขดังเสนอไว้ (ภาคผนวก ค)

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองใช้นี้ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (The Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; Burn and Grove, 2001)

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

**แบบบันทึกความก้าวหน้า** ในการทำจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำบำบัด ขณะทำการบำบัด และหลังการทำบำบัดในแต่ละครั้ง ได้แก่ การสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย ประเมินสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ลักษณะคำพูดของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัด ปัญหาและผลของการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการวางแผนการบำบัดในครั้งต่อไป (ภาคผนวก ข) โดยการทำการบันทึกทุกครั้ง และบันทึกทันทีหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง

**ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

**โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง** เป็นโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้วิธีการและเทคนิคของการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive Psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal, และ Pinsky (2004) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วชิรี ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยกำหนดขั้นตอนการสร้างโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ดังนี้

#### **ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง**

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย
2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแลและจัดการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม รวมทั้งลักษณะการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในปัจจุบัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้แนวคิดการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) ) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟูเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) การทำหน้าที่ของตนเอง (Ego function) และเพิ่ม

ทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรีย์ ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client centered) การมีชีวิตกับปัจจุบัน (Existential living) การมีสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้ให้การบำบัด และผู้ป่วย เน้นการจัดความทุกข์ทางอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นภาวะวิกฤต เป็นหลัก ในการสร้างเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไป เป็นแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้าและสามารถปฏิบัติได้ โดยมีลักษณะของ โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง คือ

### ลักษณะของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

1. เนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ได้กำหนดวัตถุประสงค์และ ผลลัพธ์ของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่จะเกิดขึ้น ขั้นตอนของกิจกรรมรวมทั้งรูปแบบใน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ตามลำดับ มีการสร้างสื่อและอุปกรณ์ที่จะใช้ในกิจกรรม เช่น ใบงาน คู่มือการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ เอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งและ ภาวะซึมเศร้า ที่จะนำเสนอในกิจกรรม รวมทั้งคู่มือการทำจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัด ระดับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

- 1.1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับ ปัญหา
- 1.2 กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ
- 1.3 กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า
- 1.4 กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 1.5 กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น
- 1.6 กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน
- 1.7 กิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่
- 1.8 กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

2. กระบวนการใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็น รายบุคคล ในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม ซึ่งมีหลักในการทำกิจกรรม ดังนี้

- 2.1 การค้นหาปัญหา การสะท้อนความคิด อารมณ์ และความรู้สึก
- 2.2 การค้นหาทักษะการสำรวจทางเลือก (Exploring option),
- 2.3 การสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมการใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา

- 2.4 การทดลอง และตรวจสอบความคิดใหม่
3. ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน โดย
    - 3.1 วันแรกของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2
    - 3.2 วันที่ 2 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4
    - 3.3 วันที่ 3 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 5, กิจกรรมที่ 6 และกิจกรรมที่ 7
    - 3.4 วันที่ 4 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 8
  4. ผู้ทำการบำบัด คือผู้วิจัย โดยใช้คู่มือโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า คู่มือการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ และเอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

#### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ได้จากการสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ผ่านการตรวจแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

1.1 ปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมครอบคลุมตามแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแนวคิดการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Winston, Rosental, and Pinsker, 2004) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) และแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แพจันท์สุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิ ทรัพย์มี, 2549; Eby and

Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) ที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client centered) การมีชีวิตปัจจุบัน (Existential living) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย เน้นการขจัดความทุกข์ทางอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นภาวะวิกฤต

1.2 ปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้เป็นรูปธรรม รวมถึงให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้ปรับเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.3 ปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม และสอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที ไม่เพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ซึ่งต้องให้เวลาในการให้ผู้ผู้ป่วยได้คิด และระบายอารมณ์ ความรู้สึก ควรเพิ่มระยะเวลาเป็น 45-60 นาที

1.4 ปรับเนื้อหาตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น โดยปรับเนื้อหาในกิจกรรมการมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และกิจกรรมการมองภาพใหม่ โดยค้นหาปัญหา, ค้นหาทักษะการสำรวจทางเลือก (Exploring option), ส่งเสริมการใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงให้ตรงกับปัญหานั้นๆ

หลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจสอบ โดยนำไปโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองกับผู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 ราย ในระหว่างวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2550 ถึง 15 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จนกระทั่งครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอันอาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างดำเนินกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

1. ปรับและแก้ไขโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง ในส่วนของกิจกรรมการมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน (Here and now) และกิจกรรมการมองภาพใหม่ (Reframing) ให้เป็นไปตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยถามว่า “จะหายป่วยหรือไม่” ผู้บำบัดควรสอบถามความเข้าใจเรื่องโรคและจุดประสงค์ของการรักษา และดึงผู้ป่วยให้เข้ามาอยู่ในปัจจุบันว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง และส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) และให้กำลังใจ (Encouragement) ผู้ป่วย

2. ปรับเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 45-60 นาที



3. ปรับเนื้อหาตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น  
ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ไม่พบปัญหาและอุปสรรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปขั้นตอน  
และกิจกรรมที่ดำเนินแล้ว ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage)** ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้  
**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับ  
ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา (Working stage)** ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 2** การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

**กิจกรรมที่ 3** การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

**กิจกรรมที่ 4** การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**กิจกรรมที่ 5** การลดความหมกมุ่น

**กิจกรรมที่ 6** การมีชีวิตร่วมอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน

**กิจกรรมที่ 7** การมองภาพใหม่

**ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage)** ประกอบด้วย  
กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 8** ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

**ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการทดลอง  
ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังนี้

**ขั้นเตรียมการทดลอง** มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับจิตบำบัด  
ระดับประคอง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกประสบการณ์กับ  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการทำจิตบำบัด  
ระดับประคองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 4-29 มิถุนายน พ.ศ. 2550

2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจาก  
การศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถใน  
การใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

3. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

4. ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในแต่ละหอผู้ป่วย กับหัวหน้าหอผู้ป่วย ในแต่ละหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดเข้ารับการรักษาตัวอยู่

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วย โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย แล้วขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

8. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

9. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

10. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมจนครบกำหนด 13 คน และเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองจนครบกำหนด 13 คน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งของโรคมะเร็ง สูตรของยาเคมีบำบัด ระดับของภาวะซึมเศร้า และการได้รับยาคลายกังวล

#### 10.1 กลุ่มควบคุม

10.1.1 ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ส่วนแบบบันทึกประวัติการรักษา ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

10.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วย ขณะที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

10.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

## 10.2 กลุ่มทดลอง

10.2.1 ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ส่วนแบบบันทึกประวัติการรักษาผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

10.2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคอง โดยปฏิบัติกิจกรรม 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดตามโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคองทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดตามโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

10.2.3 ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

10.2.4 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการทำจิตบำบัดประคับประคอง พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

10.2.5 ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มทดลองอยู่ เพื่อขออนุญาตนำผู้ป่วยมาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคอง พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

### ขั้นตอนการทดลอง

ในขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

1. กลุ่มควบคุม วันที่ 1-4 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้ยาเคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดประคอง ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคองใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้งดังนี้ ดังนี้

#### ครั้งที่ 1

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา และขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา (Working stage) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกหายใจ

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา**

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง มีความอบอุ่นใจ ลดความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการทำจิตบำบัดระดับประคองซึ่งได้แก่ ข้อตกลงร่วมกัน บทบาท หน้าที่ หรือแนวทางปฏิบัติ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อม และยินดีที่จะเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับประคอง
5. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และระบายความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดไว้อย่างอิสระ ทำให้เกิดการตระหนักรู้

## 6. เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษา

### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหา และการทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นขั้นต้นของกระบวนการทำจิตบำบัด และเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคอง สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย เมื่อผู้ให้การบำบัดสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือไว้วางใจ (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) และจะเอื้อต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยรับบริการ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของผู้ให้การบำบัด การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจ ได้เห็นความจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอิสระในการซักถามเกี่ยวกับการบำบัด ขอบเขตของการบำบัด ในสภาพที่สุขใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilation) ทั้งความรู้สึก ประสบการณ์ การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเป็นอิสระ ทั้งภาษาพูด (Verbal language) และภาษาท่าทาง (Body language)

## กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการผ่อนคลายด้วยตนเอง เมื่อมีความวิตกกังวลหรือความเครียด ด้วยวิธีการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง
3. เพื่อส่งเสริม (Reinforcement) และสนับสนุน (Support) ให้ผู้ป่วยมีวิธีการเพื่อการผ่อนคลายเมื่อมีความวิตกกังวลหรือความเครียดเกิดขึ้น และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

ในขณะที่ถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์และเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยหรือภาวะคุกคาม จะหายใจเร็วขึ้น ตื้นขึ้น จากการเกร็งของช่องอก ทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นตามความต้องการของร่างกายที่ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น การทำงานของระบบประสาท parasympathetic จะทำงานมากกว่าระบบประสาท sympathetic เพื่อให้เกิดความสมดุลในร่างกาย การฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) โดยใช้กระบังลมมีผลโดยตรงต่อหัวใจ เนื่องจากผลของการสั่นสะเทือนที่เกิดขึ้น ทำให้แรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายดี



ขึ้น เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ทั่วถึง หัวใจมีระยะพักมากขึ้น มีผลให้ระยะพักของการหายใจมากขึ้นด้วย (อัจฉรา นุตะโร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2546) ในขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย ระดับความตึงเครียด (Tension state) ของกล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็กลดลงเกือบถึงระดับใกล้เคียงศูนย์ การหายใจลดลงทั้งอัตราและจำนวนผ่านเข้าออก หัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตลดลง ทั้ง systolic และ diastolic บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายจะสามารถปรับตัว และเผชิญกับความเครียด ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวล ความกดดันจากปัญหาที่เผชิญอยู่ (วรารภรณ์ ตระกูลสุชาติ, 2549) ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท sympathetic จะลดลงด้วย จึงช่วยลดอันตรายที่เกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีการฝึกผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 อ้างถึงใน สุวรรณาน อุณันติ, 2546) และการฝึกการหายใจเป็นจุดเริ่มต้นของการรู้สติหรือจิตวิญญูญาณ (อัจฉรา นุตะโร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2546; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

**ระยะเวลา 60 นาที**

**วิธีดำเนินกิจกรรม**

**ขั้นเริ่มต้น (Initial phase)**

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการทำจิตบำบัด ประคับประคอง คือ ห้องที่ปรึกษาภายในหอผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังทำการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำการบำบัดที่เตียงผู้ป่วยโดยการดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สงบเงียบ และกั้นม่านเพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวมากขึ้น

2. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และแนะนำตนเอง

3. ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไป โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้รู้สึก

ผ่อนคลาย

**ขั้นดำเนินการ (Working phase)**

1. ผู้วิจัยบอกหลักการ ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของการบำบัดและขอ อนุญาตจุดบันทึกในบางประเด็น โดยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ

2. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน

3. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (Expression of affect) โดยใช้คำถาม เช่น “คุณ ..... มีความรู้ ความเชื่อ หรือความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้อย่างไร” โดยใช้เทคนิคการเงียบ (Silence) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิด สำรวจความรู้สึกของตนพร้อมกับรับ ฟังอย่างตั้งใจ (Listening) และสังเกต (Observation) ท่าทางที่แสดงออก (Non-verbal) ของผู้ป่วย

ขณะที่พูด พร้อมกับตามเรื่อง (Tracking) ด้วยการสื่อสารทางวาจา (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Non-verbal communication) เช่น การพยักหน้า การมอม การสบสายตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ (Empathy) มีคำพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน (Congruence) และยกย่องยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditionality and positive regard)

4. ผู้วิจัยสรุปในประเด็น (Summarization) ที่ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับสภาพปัญหา และสภาพอารมณ์จิตใจ (Clarification) เช่น “จากสิ่งที่คุณเล่ามา สรุปว่าขณะนี้คุณ ..... มีความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค คือ .....” ถ้าผู้ให้การบำบัดยังไม่เข้าใจอย่างกระจ่างชัด อาจให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed-back) เช่น “ดูเหมือนว่า คุณยอมรับกับการเจ็บป่วยครั้งนี้แล้ว แต่ดูคุณยังสะเทือนใจอยู่” หรือ ใช้เทคนิคการสะท้อนความ (Echoing) หรือการทวนความ (Reflection) เช่น “ดูคุณสะเทือนใจ เมื่อพูดถึงการเจ็บป่วยของคุณ”

5. ผู้วิจัยให้กำลังใจ (Emotional support) และบอกถึงความยินดี มีความเต็มใจที่จะให้การบำบัด (Resurance) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกที่ซึมเศร้า และเกิดบรรยากาศของการยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อลดความวิตกกังวลด้วยตนเองตามขั้นตอน โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และวิธีการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ และให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) อย่างถูกวิธี จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยมีอาการผ่อนคลาย

7. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) ไปฝึกปฏิบัติต่อ โดยฝึกแต่ละวันควรทำอย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง

### ขั้นสรุป (Terminal phase)

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification)

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน (Summarization) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน

3. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา และการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) โดยเปิดโอกาสให้พูดคุย และเสนอแนะอย่างเสรี และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน เช่น “จากการที่เราได้สนทนากันในวันนี้ คุณได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการทำกิจกรรม และมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง”

4. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การบำบัด และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่สำหรับการให้การบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำเรื่องการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกหายใจ

### ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ในระยาะนี้หลังจากที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย ผู้ป่วยส่วนมากยังมีความวิตกกังวลกับปัญหาของตนเอง อยากให้ปัญหาของตนคลี่คลายลง ขณะไปพบครั้งแรก ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะร้องไห้ขณะที่ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึกของตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายอารมณ์เศร้า ให้กระดาษสำหรับเช็ดน้ำตา เน้นให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าการร้องไห้เป็นการระบายความเครียด ความรู้สึกเสียใจได้ ไม่ได้หมายความว่า เป็นผู้ที่อ่อนแอ ผู้ป่วยบางรายมีเรื่องที่จะเล่าให้ฟังมาก แต่ไม่รู้ว่าจะเล่าเรื่องใดก่อน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เล่าเรื่องที่เป็นเหตุให้ทุกข์ใจและไม่สบายใจมากที่สุด ในขณะที่ ผู้ป่วยจึงพูดได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ระยาะนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้องไห้ขณะที่พูดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ดังกลุ่มตัวอย่างรายที่ 3 กล่าวว่า “รู้สึกทุกข์ ทรมานกับความปวดที่ขามาก รับประทานยา อาการปวดก็ไม่ทุเลา ทำให้รู้สึกแย่มากขึ้น ..... รู้สึกเสียใจน้อยใจ เวลาที่มีอาการแล้วสามีไม่ค่อยมาดูแล” รายที่ 6 กล่าวว่า “เพื่อนบ้านก็รังเกียจ ไปไหนมาไหนก็ไม่ได้ ทำอะไรก็ไม่ได้” รายที่ 7 กล่าวว่า “รู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยครั้งนี้มากที่สุด รู้สึกว่าตัวเองล้ม” รายที่ 8 กล่าวว่า “รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี เป็นภาระของลูก เป็นกรรมในชาติปางก่อน ก็เลยเป็นโรคในชาตินี้ ถ้าหมคนบุญก็จะหมดกรรม รู้สึกท้อ” รายที่ 11 กล่าวว่า “พอรู้ว่าตัวเองเป็นตกใจ ร้องไห้เลย คิดมากไปหมดทุกเรื่อง นอนไม่หลับ หมดกำลังใจ” และรายที่ 12 กล่าวว่า “ตอนนี้มีอาการปวด เวลาปวดมากก็ทนไม่ได้ ร้องไห้ จะตายก็ไม่ตาย มันทรมาน” กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ดังกลุ่มตัวอย่างรายที่ 13 กล่าวว่า “มันท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มันไม่สิ้นสุดเสียที อยากเดินให้รถชนให้ตายไปเลย” ผู้ป่วยส่วนมากให้ความร่วมมือกับการเข้าร่วมกิจกรรม และอยากระบายปัญหา ความซับซ้อนใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

จากการให้ความรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยทุกรายแสดง ความยินดี และมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เช่น ร้องไห้ เมื่อผู้ป่วยฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ มีสมาธิ ลดความเครียด สามารถนำเอาวิธีการนี้ไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ ดังกลุ่มตัวอย่างรายที่ 6 กล่าวว่า “รู้สึกว่าการทำให้สมองปลอดโปร่งขึ้นโล่งสบาย ฉันทจะกลับไปทำต่อที่บ้าน” และรายที่ 11 กล่าวว่า “การหายใจ ทำให้ความรู้สึกดีขึ้น ถึงแม้จะนอนไม่หลับ แต่ก็ทำให้นอนได้อย่างไม่ทรมาน”

### ครั้งที่ 2

ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นแก้ปัญหา (Working stage) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

### กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลต่อโรค และการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงที่เกิดจากโรคและการรักษา

#### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

การให้ข้อมูลหรือความรู้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การให้ข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องของความหมายและอาการของโรคมะเร็งระยะลุกลาม, วิธีการรักษาโรคมะเร็ง, ความหมายของเคมีบำบัด, ผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด, พฤติกรรมและอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง, สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง, การรักษาอาการซึมเศร้า และวิธีการปฏิบัติตนขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งการให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นการสื่อสารเพื่อให้รายละเอียดต่างๆ ที่จำเป็นซึ่ง Skipper (1965 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2548) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูลว่าจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจและมีความสบายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่า ผู้รักษามีความเข้าใจตนและเข้าใจในโรคของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี และมีความสามารถที่จะให้การรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้โดยเร็ว และความรู้จะช่วยให้บุคคลมีเข้าใจในปัญหาของตนได้ดี การสำรวจข้อมูลที่มี และให้ข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม ช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหของตนให้ได้ผล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการร่วมมือและการตอบสนองต่อการรักษา และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ยังเป็นการแสดงความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และภาวะซึมเศร้าน้อยลง (Golden and Quin, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์ไชษิต, 2545; Holland, 1982; Glajchen, 1999) สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข (พจณี รอดจินดา, 2541)

### กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไร้ความหมาย



2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าอยู่
3. เพื่อให้มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเพิ่มขึ้น ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น

### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยด้วยโรคทุกโรคไม่ว่าทางกายหรือทางจิตใจ แบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง มักมีความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self esteem) ที่ไม่ดีนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอาการมองตนในแง่ไม่ดี (Low self regard) (จันทิมา องศ์โฆษิต, 2545) เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง มีการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ ได้ และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Silverfrab et al., 1980 cited in Massie, 2004)

การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการหาความหมายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น (จันทิมา องศ์โฆษิต, 2545) เนื่องจากความหมายของชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เขาดำรงอยู่ เป็นบางสิ่งที่บุคคลเติมเข้าไปในใจ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่น ความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว ในลักษณะของการกระทำเพื่อบางสิ่ง การมีสัมพันธ์กับบางคน และการมีทัศนะบางประการ เพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่าหรือขาดความหมาย เขาจะแยกตัว ไม่มีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิตขาดสิ่งเชื่อมโยงตนเองให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว ซึ่ง Corey (1985 อ้างถึงใน พจณี รอดจินดา, 2541) กล่าวว่า ในชีวิตของคนๆ หนึ่ง หากเขาเชื่อว่าไม่มีใครบางคนหรือมีบางสิ่งที่เขาใช้ชีวิตอยู่เพื่อสิ่งเหล่านั้น เขาจะรู้สึกว่าชีวิตมีค่ามากขึ้น มีความหวัง ไม่ท้อแท้

ระยะเวลา 60 นาที

### วิธีดำเนินกิจกรรม

#### ขั้นเริ่มต้น (Initial phase)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการทำจิตบำบัด ประคับประคอง คือ ห้องที่ปรึกษาภายในหอผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังทำการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำการบำบัดที่เตียงผู้ป่วยโดยการดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สงบเงียบ และกั้นม่าน เพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวมากขึ้น
2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด



3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกล่าวทบทวนการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 1 และผู้วิจัยกล่าวเสริมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน (Clarification)

4. ให้ผู้ป่วยนั่งหรือในท่าที่สบายและผ่อนคลาย ผีกรหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) ประมาณ 1 นาที และผู้วิจัยกล่าวถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก และปัญหา/อุปสรรคของการฝึก

#### ขั้นตอนการ (Working phase)

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงการบำบัดระดับประคอง และวัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดระดับประคอง ครั้งที่ 2

2. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อสำรวจความรู้ของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Education and psychoeducation) โดยใช้เอกสารประกอบการบรรยาย ดังเอกสารประกอบการทำจิตบำบัดระดับประคองรายบุคคล ครั้งที่ 2

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม (Clarification)

5. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยและเล่าเรื่องราวของตนเอง (Ventilation) ที่เกี่ยวกับประเด็นดังต่อไปนี้ พร้อมกับรับฟังอย่างตั้งใจ (Listening)

6.1 ประวัติส่วนตัว ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิตในด้านบวก ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข

6.2 สิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจทั้งในอดีต และปัจจุบัน เช่น ข้อดี ความดี

7. ผู้วิจัยสรุป ข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจ ในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุขจากสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า (Summarization) ลงในเอกสารประกอบการทำจิตบำบัดระดับประคองรายบุคคลครั้งที่ 2 “ภาพต้นไม้แห่งชีวิต”

8. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุข นำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ใสลงในส่วนต่างๆ ของต้นไม้แห่งชีวิต เช่น ราก ลำต้น ก้าน ใบ พุ่มไม้ เป็นต้น ตามความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย

9. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกความหมายพร้อมทั้งให้เหตุผลต่อข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุข ตามตำแหน่งที่ใส่ในต้นไม้แห่งชีวิตว่ามีความสำคัญอย่างไรกับตนเอง เพื่อทำให้เกิดกำลังใจ ดำรงชีวิตอยู่อย่าง

มั่นคง และมุ่งมั่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีค่ามากขึ้น มีความหวัง และไม่ท้อแท้ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

10. ผู้วิจัยกล่าวถามความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิต (Clarification)

#### ขั้นสรุป (Terminal phase)

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarifying)
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปในสิ่งที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (Summarization) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมการเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้พูดคุย และเสนอแนะอย่างเสรี และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน
4. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) และสนับสนุน (Support) ให้กำลังใจ (Encouragement) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ใหม่
5. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การบำบัด และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่สำหรับการให้การบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำเรื่องการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ

#### ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

จากการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค มะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยทุกคนกล่าวว่าได้รับความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น สามารถนำความรู้ต่างๆ ที่ได้ มาใช้ในการปฏิบัติและดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และลดอาการข้างเคียงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด และสามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค มะเร็ง ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ 10 กล่าวว่า “ตอนนี้เข้าใจแล้วว่า โรค มะเร็งปากมดลูก ไม่ได้เป็นโรคของเวรกรรม แต่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส”

ผู้ป่วยเมื่อกล่าวถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่ประสบความสำเร็จและมีความสุข สิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจทั้งในอดีต และปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกภาคภูมิใจ ดีใจ ที่ได้กล่าวถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ พร้อมกับสีหน้า ท่าทาง ที่แสดงถึงการมีความสุข มีรอยยิ้มบนใบหน้า สีหน้าสดชื่นขึ้น แววตาแสดงความสุข บางรายหัวเราะอย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังรู้สึกว่ามีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อ ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ 3 กล่าวว่า “ภูมิใจมาก เพราะเกิดมายากจน แต่สามารถหามาได้ จนมีอยู่ถึงทุกวันนี้” รายชื่อที่ 5 กล่าวว่า “ได้นึกถึงสิ่งที่ดีๆ ที่เป็นด้านบวกของชีวิต ทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และการรักษา” ผู้ป่วยรายชื่อที่ 7 กล่าวว่า “มีความสุข ชีวิตยังมีค่า จะตายไปทำไม มีคนดีๆ สิ่งดีๆ อยู่รอบข้าง ทำให้มีแรงต่อสู้” ผู้ป่วยรายชื่อที่ 9 กล่าวว่า “ทำให้รู้สึกดีใจ ถึงแม้จะมีสิ่งที่ไม่ดี แต่ก็ยังมีสิ่งที่ดีแอบแฝงอยู่

มีแรงต่อสู้กับโรคร้าย” และผู้ป่วยรายที่ 10 กล่าวว่า “รู้สึกว่าคุณชีวิตมีค่า ไม่ได้อยู่กับคนเดียว มีทุกๆ คน อยู่เป็นกำลังใจ”

### ครั้งที่ 3

ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นแก้ปัญหา (Working stage) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน และกิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่

#### กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในชีวิต
2. เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีความคิดหมกมุ่น มากจนเกินไป
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และจิตใจ
4. เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรค และการรักษา

##### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์และสังคมที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการที่โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง มีผลกระทบทางด้านร่างกายที่รุนแรง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน เป็อหน่ายต่อการที่ต้องเผชิญกับโรคร้าย ตลอดจนการรักษาที่ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์และสังคมด้วย ได้แก่ ความกลัว เป็นทุกข์ใจ ทรมาน ซึมเศร้า เป็อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ อาจเป็นรุนแรงถึงกับเป็อชีวิต และคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ดังนั้น การลดความหมกมุ่น (Dereflection) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดความคิดเหล่านั้น ด้วยการหันเห หรือเบี่ยงเบนความสนใจไปในทิศทางใหม่ในมุมมองที่เป็นบวก (Positive aspects) หรือให้มีกิจกรรมในทางบวก (Positive activities) ที่สร้างสรรค์ จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดคิดหรือลดความคิดที่หมกมุ่นเหล่านั้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ทำให้ร่างกายสดชื่น หลุดพ้นจากปัญหาที่รุมล้อม เกิดความคิดสร้างสรรค์

#### กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในชีวิต
2. เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยให้มาอยู่กับสิ่งที่เป็น

ปัจจุบัน

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และจิตใจ
4. เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรค และการรักษา

#### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการที่โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง มีผลกระทบทางด้านร่างกายที่รุนแรง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน เป้าหมายต่อการที่ต้องเผชิญกับโรคร้าย ตลอดจนการรักษาที่ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์และสังคมด้วย ได้แก่ ความกลัว เป็นทุกข์ใจ ทรมาน ซึมเศร้า เป้าหมาย ท้อแท้หมดกำลังใจ อาจเป็นรุนแรงถึงกับเบียดเบียนชีวิต และคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) การฝึกให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน (Here and now) (Greer, Moorey and Baruch, 1991 cited in Glajhen, 1999) คือ การให้รู้ว่ขณะนั้นตนเองกำลังทำอะไรอยู่ ทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไร จะมึวิธีการทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างไรบ้าง การฝึกในลักษณะนี้จะช่วยให้สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากคนที่เป็นทุกข์ วิตกกังวล เครียด มักผูกมัดตนเองไว้กับอดีตที่ผ่านมาแล้วซึ่งแก้ไขอะไรไม่ได้ หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึงซึ่งไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ซึ่งสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขได้ (พันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ, สาโรช คำรัตน์ และสกุลรัตน์ จารุสันติกุล, 2540) ดังนั้นการมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบันจะทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

#### กิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในชีวิต
2. เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย

มองภาพใหม่หรือมีความคิดทางบวก

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และจิตใจ
4. เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรค และการรักษา

#### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมองสิ่งร้ายหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่หาแนวทางแก้ไขปัญหา ( Beck et al., 1979)

การให้ฝึกให้ผู้ป่วยคิดหรือมองภาพใหม่ (Reframing) (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม จะทำให้ผู้ป่วยได้พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ในหลายแง่มุมต่อ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบให้เป็นทางบวก (สุดาพร ว่องไววิทย์, 2538; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549) ลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง โดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยฝึกคิดหามุมมองใหม่ มีมุมมองที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีก มุมมอง (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) หรือมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เปลี่ยนแปลงความหมายของพฤติกรรม ซึ่งการมองโลก ในแง่ร้ายหรือด้วยสายตาคับแคบ จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่จะทำให้จิตใจหม่นหมอง เป็นทุกข์ หมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้น ขัดขวางความเจริญก้าวหน้า และขาดความนับถือตนเอง ผู้ที่มีทัศนคติในแง่บวก จะสามารถช่วยแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (นันทกร พัฒนา, 2550)

**ระยะเวลา 60 นาที**

**วิธีดำเนินกิจกรรม**

**ขั้นเริ่มต้น (Initial phase)**

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายผู้ป่วย และประเมินความพร้อม ก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การทำกิจวัตร ประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกล่าวทบทวนการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 2 และ ผู้วิจัยกล่าวเสริมในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วน (Clarification)
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลาย ฝึกวิธีการหายใจ (Rhythmic breathing or diaphragmatic techniques) ประมาณ 1 นาที และผู้วิจัยกล่าวถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก และปัญหา/อุปสรรคของการฝึก

**ขั้นดำเนินการ (Working phase)**

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงการบำบัดระดับประคอง และวัตถุประสงค์ของการทำ จิตบำบัดระดับประคอง ครั้งที่ 3
2. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) กล่าวถามถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยขณะที่อยู่คนเดียว และใช้เทคนิคการเงียบ (Silence) เพื่อให้ผู้ป่วย ได้ใช้ความคิด อารมณ์ สำรวจความรู้สึกของตนพร้อมกับรับฟังอย่างตั้งใจ (Listening) และสังเกต (Observation) ท่าทางที่แสดงออก (Non-verbal) ของผู้ป่วยขณะที่พูด พร้อมกับตามเรื่อง



(Tracking) ด้วยการสื่อสารทางวาจา (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Non-verbal communication) เช่น การพยักหน้า การมอง การสบสายตา แวดตาที่แสดงถึงความเข้าใจ (Empathy) มีคำพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน (Congruence) และยกย่องยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditionality and positive regard) ถ้ามีข้อความที่ผู้ให้การบำบัดยังไม่เข้าใจชัดเจน อาจใช้เทคนิคการทวนความ (Paraphrasing) การตีความ (Interpreting) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้นๆ “ขณะที่อยู่คนเดียว คุณ ..... คิดถึงเรื่องอะไร” “เมื่อคิดถึงเรื่องนั้น ..... ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของคุณเป็นอย่างไร”

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการลดความหมกมุ่น (Dereflection) โดยการหยุดความคิดเหล่านั้น ด้วยการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปในทิศทางใหม่ในมุมมองทางบวก (Positive aspects) หรือให้มีกิจกรรมในทางบวก (Positive activities) ที่สร้างสรรค์

4. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) และให้กำลังใจ (Encouragement) ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางบวก (Positive activities) และ/หรือ ผู้วิจัยเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยมองหากิจกรรมทางบวก (Positive Activities) ที่ให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความเพลิดเพลิน

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการมีชีวิตร่วมกับสิ่งที่ปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยมีความกังวล ความรู้สึกเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกไร้ความหมาย การขาดเป้าหมายในชีวิต คิดและวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังมาไม่ถึงหรือสิ่งที่ในอนาคต โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) ถามความรู้สึกของผู้ป่วยดังนี้ “คุณ ..... คิดอย่างไรกับการรักษา (เหตุการณ์) ที่ได้รับอยู่ขณะนี้” และให้ผู้ป่วยฝึกปรับเปลี่ยนความคิดให้มาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน “ถ้าคุณปรับเปลี่ยนความคิดของคุณใหม่ให้ความคิดของคุณมาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน ไม่ต้องคิดถึงอดีตที่ผ่านมาแล้วหรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง คุณจะมามีวิธีการคิดต่อสิ่งเหล่านั้นอย่างไร”

6. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) และให้กำลังใจ (Encouragement) ให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และ/หรือ ผู้วิจัยเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยมีการวางเป้าหมายในระยะสั้น และดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ “มีคนกล่าวไว้ว่า อดีตผ่านพ้นไปแล้ว แก้วอะไรไม่ได้ อนาคตยังมาไม่ถึง ไม่มีใครรู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราอาจวางโครงการสำหรับอนาคตและตั้งความหวังได้ แต่เราควบคุมมันไม่ได้ ดังนั้นการอยู่กับปัจจุบันเป็นกุญแจทองของการลดความวิตกกังวล อันจะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า ขอให้คุณฟังความสนใจอยู่ที่ช่วงเวลาของคุณในขณะนี้ และทำวันนี้ของคุณให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่คุณวางไว้ในแต่ละขั้น”

7. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นด้านลบต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) ดังนี้ “เมื่อคุณ ..... มีความรู้สึก (ความคิดเห็น) ต่อบุคคลและ/หรือต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีหรือในด้านลบ สิ่งเหล่านี้ คุณ ..... รู้สึกอย่างไร (จิตใจและอารมณ์)” และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ในทางบวก “ถ้าคุณจะเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อบุคคลและ/หรือต่อเหตุการณ์ นั้นๆ ไปในทางบวก คุณจะคิดอย่างไร” หรือ “คุณคิดว่ามีเหตุผลอื่นที่เป็นไปได้ใหม่ ที่ทำให้บุคคลและ/หรือเหตุการณ์เป็นเช่นนี้” “คุณ .....ลองเปรียบเทียบว่าหลังจากที่คุณเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อบุคคลและ/หรือเหตุการณ์นั้นๆ ไปในทางบวก คุณ .....รู้สึกอย่างไร (จิตใจและอารมณ์)”

8. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) และให้กำลังใจ (Encouragement) ให้ผู้ป่วยมีการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม และ/หรือ ผู้ให้การบำบัดเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยฝึกคิดการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม เพื่อลดความรู้สึก ความคิดเห็นด้านลบต่อบุคคลหรือเหตุการณ์

#### ขั้นสรุป (Terminal phase)

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification)
2. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน (Summarization) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน
6. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมการลดความหมกมุ่น การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และการมองภาพใหม่ โดยเปิดโอกาสให้พูดคุย และเสนอแนะอย่างเสรี และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน
7. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การบำบัด และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ สำหรับการให้การบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำเรื่องการฝึกการผ่อนคลายด้วย วิธีการฝึกหายใจ

#### ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสีหน้าสดชื่นขึ้น อารมณ์ดี มีท่าทางกระตือรือร้นในการร่วมทำกิจกรรมกับผู้วิจัย รอเวลานัดที่จะพบกับผู้วิจัย ในกิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น เมื่อผู้วิจัยกล่าวถามถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยขณะที่อยู่คนเดียว ผู้ป่วยส่วนใหญ่นึกถึงตนเอง, นึกถึงโรคที่เป็น, นึกถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น, นึกถึงความเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ และมีกลุ่มตัวอย่างบางราย คิดถึงความตาย ซึ่งเมื่อคิดถึงสิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียด

วิตกกังวล ไม่สบายใจ เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ความคิดฟุ้งซ่าน เมื่อไม่มีทางออกผู้ป่วยจะร้องไห้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายจะมีวิธีการและมีกิจกรรมทางบวกอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงให้การส่งเสริม (Reinforcement) ให้กำลังใจ (Encouragement) และสนับสนุน (Support) ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางบวก (Positive activities) ต่อไป ส่วนในผู้ป่วยบางรายไม่มีวิธีการหรือมีกิจกรรมทางบวก (Positive activities) ผู้วิจัยจะเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่จะมีกิจกรรมทางบวก (Positive activities) เพื่อลดความหมกมุ่นของตนเอง เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความเพลิดเพลินต่อตนเอง มีความสุขกับสิ่งที่ได้ทำ ช่วยให้ผ่อนคลาย ทำให้จิตใจและร่างกายสดชื่นขึ้น หลุดพ้นจากสิ่งที่ยึดติดและปัญหาที่รุ่มลุ่ม เช่น การเดินออกกำลังกายตามความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยที่ชอบเก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่อมีความสุขไม่สบายใจ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับบุคคลใกล้เคียงที่สามารถพูดคุยได้ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน เมื่อผู้วิจัยกล่าวถามถึงความคิดของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างบางรายจะนึกถึงอดีตที่ผ่านมา เช่น “มันคงเป็นเวรกรรมของชาติก่อน ตั้งแต่จำได้ก็ทำดีมาตลอด ช่วยเหลือคนอื่น ชาตินี้ไม่เคยทำบาป ทำไมถึงต้องเป็น กลุ่มตัวอย่างบางราย คิดถึงอนาคตของตนเอง คิดถึงอนาคตของครอบครัว และลูก เช่น ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “ต่อไปลูกจะไม่มีแม่ เขาจะอยู่อย่างไร” ผู้ป่วยรายที่ 13 กล่าวว่า “เป็นห่วงลูก มีลูกคนเดียว กลัวลูกจะเรียนไม่จบ ลูกเรียนไม่เก่ง กลัวพ่อจะดูแลลูกไม่ได้ เขาคงดูแลไม่ได้เท่าแม่” ผู้ป่วยรายที่ 7 และ รายที่ 8 กล่าวว่า “ฉันจะอยู่อีกนานไหม, ฉันจะหายไหมนี้” เมื่อนึกถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง เมื่อผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้มาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน ไม่ต้องคิดถึงอดีตที่ผ่านมาแล้วหรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการรักษา และตั้งเป้าหมายในระยะสั้นๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถที่จะปรับเปลี่ยนการคิดใหม่ได้ และผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Encouragement) และให้กำลังใจ (Support) ให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และให้การเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยมีการวางเป้าหมายในระยะสั้น และดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อสอบถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นด้านลบต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกหงุดหงิด รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง เสียใจ น้อยใจ จิตใจไม่ตี อารมณ์หม่นหมอง เป็นทุกข์ เช่น ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “ญาติๆ ก็เหนื่อยที่ต้องมาดูแลตนเอง, สามีก็น้อย สามีไม่เข้าใจให้ทานข้าวมากๆ ทั้งๆที่เราอิมแล้ว (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น ญาติเป็นห่วง อยากคอยให้ความช่วยเหลือเรา, สามีเป็น

ห้วง อยากรู้อยากให้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น จะได้ให้ยาเคมีได้ตลอด การรักษาจะได้ดี)” ผู้ป่วยรายที่ 4 กล่าวว่่า “สามีดูแลเรามากเกินไป ไม่ให้เราทำอะไรเลย หาอาหารมาให้เรากินเยอะๆ แต่เรากินไม่ได้ เรารู้สึกหงุดหงิด เบื่อ แล้วพูดไม่ดี (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น เพราะสามีเป็นห่วง อยากรู้อยากให้เรากินอาหารได้ และเราก็จะพูดกับสามีด้วยน้ำเสียงที่ดี)” ผู้ป่วยรายที่ 6 กล่าวว่่า “รู้สึกเสียใจ ที่ทำให้พ่อแม่เป็นห่วงเรื่องเจ็บป่วย แม่ต้องคอยมาดูแล (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น เราต้องดูแลตนเองให้แข็งแรง พ่อแม่จะได้ไม่ห่วง และเราก็จะดูแลพ่อแม่ได้เมื่ออาการดีขึ้น)” ผู้ป่วยรายที่ 7 กล่าวว่่า “พยาบาลหน้าไม่ยิ้มแย้ม, หลังให้ยาเคมีเวียนหัวมาก ลูกไม่ไหว อยากรู้อยากให้ลูกดูแล (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น พยาบาลคงเหนื่อย เดี๋ยวทำงานมาทั้งวัน เครียดมาทั้งวัน)” ผู้ป่วยรายที่ 8 กล่าวว่่า “สามีพูดเสียงดัง บอกว่่าอยากตายก็ตายไป, ลูกๆ อยากรู้อยากให้เรารอออกมาจากบ้านบ้าง แต่พูดกับเราเสียงดัง ทำให้เรารู้สึกไม่ดี (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น สามีเป็นห่วง แต่เป็นคนที่มีความรู้ น้อย พูดไม่เป็น ทำให้พูดอย่างนั้น, ลูกอยากรู้อยากให้เราได้เดินออกกำลังกาย ร่างกายจะได้แข็งแรง จะได้ทานอาหารได้มากขึ้น แต่ลูกกลับจากทำงานมาก็เหนื่อย เลยพูดเสียงดัง)” ผู้ป่วยรายที่ 10 กล่าวว่่า “ลูกสาวเอาอาหารมาให้ ทำไมไม่ยอมกิน, ลูกชายมาเยี่ยมแป๊บเดียว ยังไม่ทันได้พูดอะไรเลย ก็กลับแล้ว(ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น ลูกชายขับรถแท็กซี่ ต้องรีบไปทำงานหาเงิน วันไหนเขาวาง เขาก็จะมาเยี่ยมเราเอง)” ผู้ป่วยรายที่ 11 กล่าวว่่า “พี่สาวชอบพูดไม่ให้กำลังใจ ไปคราวนี้เดี๋ยวก็ก้ให้ไม่ได้ ไปแล้วเสียเที่ยว, ผลการทำงานขอด้บผิดปกติ ให้ยาเคมีก็ไม่ได้มา 2 เดือนแล้ว เดี๋ยวกโรคก็เ็นมาก (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น เพราะพี่สาวเป็นห่วง และเป็นลักษณะของพี่สาว ชอบพูดอะไรตรงไปตรงมา, ถ้าให้เคมีขณะที่ด้บทำงานผิดปกติ ก็จะเป็นอันตรายกับตนเอง จะทำให้มีอาการรุนแรงได้)” และผู้ป่วยรายที่ 12 กล่าวว่่า “หมอม้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึก, พยาบาลก็หน้าไม่ยิ้ม (ปรับเปลี่ยนความคิดเป็น หมอม้คนไข้ที่ด้ดูแลหลายคง บางคนก็ค้งมีอาการหนัก, พยาบาลเขาค้ค้งเหนื่อย จะให้เขายิ้มอยู่ตลอดเวลาด้้อย่างไร)” เมื่อผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างด้ปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อบุคคลและหรือต่อเหตุการณ์ไปในทางบวก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถที่ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ได้ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เป็นบวกด้เอง โดยกลุ่มตัวอย่างเมื่อด้ปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ความรู้สึกดีขึ้น ไม่น้อยใจ เข้าใจสามี-ลูก-แม่-เพื่อน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมากขึ้น และผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) ให้กำลังใจ (Encouragement) และสนับสนุน (Support) ให้ผู้ป่วยมีการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม ในกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถที่จะคิดด้ ผู้วิจัยเสนอแนะ (Advice) ให้ผู้ป่วยฝึกคิดการมองภาพใหม่ (Reframing) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม โดยคิดในทางบวก เพื่อลดความรู้สึก ความคิดเห็นด้านลบต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติด้ เช่น ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยฝึกคิดการมองภาพใหม่หรือมองปัญหาในหลายๆ ด้าน ผู้ป่วยก็สมารถทำได้



#### ครั้งที่ 4

ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

#### กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการทำจิตบำบัดระดับประคองรายบุคคลใน 3 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในระหว่างการรักษา และภายหลังจากการรักษา
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม
3. เพื่อส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) และให้กำลังใจ (Encouragement) ผู้ป่วย ให้ดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่
4. เพื่อยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

##### แนวเหตุผลในการจัดกิจกรรม

การยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการทำจิตบำบัด ซึ่งในขั้นตอนนี้การจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น รู้จักรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองแล้ว ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์สูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจในตนเองมากในด้านอื่นๆ และในด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (สวเนย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ผู้ป่วยสลายความขัดแย้งในใจของตน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนในทางที่ดีขึ้น (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) ซึ่งผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีการคิดใหม่ การมองปัญหาใหม่ และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อน (สวเนย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) และผู้ป่วยสามารถนำเอาการรับรู้และความคิดอ่านของตนเองมาใช้ในการช่วยให้ตนเอง (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) รู้จักการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ซึ่งในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญกับผู้ป่วย ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ (สวเนย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

ระยะเวลา 45-60 นาที

##### วิธีดำเนินกิจกรรม

###### ขั้นเริ่มต้น (Initial phase)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายผู้ป่วยและประเมินความพร้อมก่อนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนการบำบัด



2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงให้ผู้ป่วยได้ทราบว่า การบำบัดครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้าย และกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการทำการบำบัด

#### ขั้นตอนการ (Working phase)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกการหายใจ (Rhythmic Breathing or Diaphragmatic Techniques) อย่างถูกวิธี ประมาณ 1 นาที
3. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยได้สรุป และทบทวนถึงสิ่งที่ได้รับ ประโยชน์ของการทำจิตบำบัดระดับประคอง ตลอดช่วงเวลาของการทำจิตบำบัดระดับประคองทั้งหมดที่ผ่านมา (Summarization)
4. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) สอบถามถึงแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมาย และเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) เพื่อสอบถามถึงการนำเอาแนวคิดนี้ไปใช้ในการดำเนินชีวิต
6. ผู้วิจัยประเมินผลและทบทวนความเข้าใจการทำจิตบำบัดระดับประคองอีกครั้ง
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม (Clarification)
8. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) ให้กำลังใจ (Encouragement) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

#### ขั้นยุติ (Terminal phase)

1. ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในความกระตือรือร้น และกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมการบำบัด พร้อมทั้งใช้เทคนิคให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย และมีคุณภาพที่ดีตลอดไป
2. ผู้วิจัยกล่าวปิดการให้การบำบัด

#### ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ในกิจกรรมนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม หน้าตาสดชื่นขึ้น อารมณ์เศร้าลดระดับลง ไม่มีการร้องไห้ มีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ดีหรือในทางที่เป็นบวก มีการเตรียมความพร้อม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตทั้งของตนเอง, ครอบครัวและบุตร และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด (Questioning) สอบถามถึงแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมาย เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และการนำเอาแนวคิดไปใช้ในการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่า จะนำเอาวิธีการต่างๆ ที่ได้

เรียนรู้จากการทำจิตบำบัดระดับประคองไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อที่ตนเองจะได้ไม่รู้สึกท้อแท้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่คิดมาก จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ควบคุมสติ อารมณ์ได้ ไม่มีอารมณ์เศร้า มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและการรักษาที่จะได้รับ การรักษาจะได้ต่อเนื่อง และผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม (Reinforcement) สนับสนุน (Support) ให้กำลังใจ (Encouragement) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

### ผลการใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง

จากการใช้แบบบันทึกความก้าวหน้า ในการทำจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำบำบัด ขณะทำการบำบัด และหลังการทำบำบัดในแต่ละครั้ง ได้แก่ การสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย ประเมินสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ลักษณะคำพูดของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัด ปัญหาและผลของการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการวางแผนการบำบัดในครั้งต่อไป (ภาคผนวก ข) โดยการทำการบันทึกทุกครั้งและบันทึกทันทีหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า การใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง ทำให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งการสื่อสารทางวาจา (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Non-verbal communication) ได้แก่ การแสดงออกสายตา (การมอง, การสบสายตา, การแสดงทางแววตา) การแสดงท่าทาง (การพยักหน้า, การส่ายหน้า, ท่าทางและท่าทีที่แสดงออก) ได้แก่ ลักษณะคำพูดและการแสดงออกของผู้ป่วยที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วย รวมทั้งความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ดังกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ 9 บันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี นักร้องศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรส คู่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) รายได้ในครอบครัว พอใช้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีการแพร่กระจายของโรคที่ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลือง ระยะเวลาเจ็บป่วย 30 เดือน ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยขณะเริ่มให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดในครั้งที่ 2 ต่อไปนี้เป็นการบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคองในแต่ละครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา ในครั้งแรกเมื่อผู้วิจัยพบกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีท่าทางที่ไม่ผ่อนคลาย หน้ามึนคือขมวด

ผู้วิจัย : สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ ศิริพร สวยพริ้ง เป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย ดิฉันเป็นพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช .....

ผู้ป่วย : ชื่อ ..... (ผู้ป่วยกล่าวแนะนำตัว)

ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับ แนะนำตัว และพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยเรื่องต่างๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ผู้วิจัยจึงบอกหลักการ ขั้นตอน วิธีการ ประโยชน์ของการบำบัด และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ และให้ผู้ป่วยกล่าวแนะนำตัว และใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าถึงความเจ็บป่วยของตนเองให้ผู้ให้คำปรึกษาฟัง และเพื่อตรวจสอบความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค และตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย (Expression of affect)

ผู้วิจัย : คุณ ..... มีอาการอะไรคะ ถึงได้ไปพบหมอ ก่อนที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งฯ

ผู้ป่วย : ประมาณ ปลายปี 2548 ไปตรวจสุขภาพ และเอ็กซ์เรย์เต้านม หมอบอกว่าผลปกติ ต่อมาอีก 4-5 เดือน รู้สึกปวดตื้อๆ ที่เต้านมขวา จึงไปพบหมออีกครั้ง หมอใช้เข็มเจาะไปที่ก้อนเอาไปตรวจ แต่ไม่บอกผลว่าเป็นอะไร แต่ให้ทำผ่าตัดเอาเต้านมออก หมอทำผ่าตัดให้ และบอกว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม หลังจากผ่าตัดแล้วต้องให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อ จึงขอย้ายมารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งฯ ได้รับยาเคมีไป 6 ครั้ง เป็นยาน้ำสีแดงและสีขาว 3 ชนิด ให้ยาเคมีจนครบ และติดตามการรักษามาตลอด ปลายปี 2551 มีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ตรวจพบว่ามีน้ำท่วมปอด หมอให้รักษาต่อด้วยเคมีบำบัด นี่ก็เป็นครั้งที่ 2 แล้ว ตอนนั้นเมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งร้องไห้ ประมาณ 2 ชั่วโมง รู้สึกเสียใจมาก เป็นไปได้อย่างไร ทั้งๆ ที่ตรวจและดูแลตนเองมาตลอด ทำไมหมอบอกตั้งแต่ทำเอ็กซ์เรย์เต้านมแล้ว ตอนนั้นก็พบก้อนแล้ว ประมาณ 8 มม. ทำไมปล่อยให้อาการหนัก เสียใจมาก อยู่คนเดียวก็ร้องไห้ คิดเกี่ยวกับความตาย น่าจะเป็นเดือนที่คิดมากแล้วก็ร้องไห้แบบนี้ ร้องไห้ตลอด ร้องเกือบตลอดเวลา ตอนนั้นก็เริ่มใหม่อีกแล้ว รักษาไม่มีที่สิ้นสุด ตอนนั้นก็เสียใจนะ แต่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร หมอบอกว่าให้รักษาต่อก็ต้องรักษา ทำอย่างไรได้ละ

ผู้วิจัย : คุณ ..... มีความรู้ ความเชื่อ หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างไร

ผู้ป่วย : เป็นโรคที่น่ากลัว จะต้องตายเร็ว จะตายแล้วหรือ อายุก็ยังไม่ค่อย ลูกก็ยังเล็กอยู่ คงเป็นเวรกรรมตั้งแต่ชาติที่แล้ว ชาตินี้เราคิดว่าเราไม่ได้ทำอะไร

ผู้วิจัย : จากสิ่งที่คุณเล่ามา สรุปว่าคุณมีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคนี้ คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องเสียชีวิต และเป็นโรคของเวรกรรม คุณเหมือนว่าคุณยอมรับกับการเจ็บป่วยครั้งนี้แล้ว แต่คุณยังรู้สึกสะเทือนใจอยู่ พยาบาลมีความยินดีและเต็มใจที่จะช่วยเหลือให้คุณ ที่จะช่วยให้คุณรู้สึกดีขึ้น จากอารมณ์ที่รู้สึกเศร้าเหล่านี้

ขณะที่พูดผู้ป่วยแสดงสีหน้าเศร้า ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกสะเทือนใจ เสียใจกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคิด อารมณ์ และความรู้สึก จนผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น จึงสอบถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกถึงเครียด

ผู้วิจัย: คุณ ..... รู้สึกอย่างไร เมื่อรู้สึกว่าคุณเองถึงเครียด

ผู้ป่วย : จะรู้สึกว่ามีลมหายใจที่เครียด บางทีมันปวดตื้อๆ เรา รู้สึกว่าเราหายใจไม่เป็นปกติ บางครั้งรู้สึก  
หายใจถี่ รู้สึกมันแน่นหน้าอก

ผู้วิจัยจึงกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำต่อไป คือ กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการ  
หายใจ ซึ่งแรงถึงวัตถุประสงค์ของการทำ และให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจที่ถูก  
วิธี ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติ แต่ไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะของโรค  
ที่ปอด แต่ผู้ป่วยมีความพยายามและมีความตั้งใจในการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คู่มือวิธีการผ่อนคลาย  
ด้วยวิธีการฝึกการหายใจแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติ

ผู้วิจัย : คุณ ..... รู้สึกอย่างไร หลังจากการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจ

ผู้ป่วย : มันดีนะคะ แต่ยังไม่ได้ดี จะพยายามทำต่อ แต่เวลาที่เรานอนใจจดใจจ่ออยู่กับการหายใจ  
ทำให้เรามีสมาธิ ใจไม่วอกแวก หลังทำรู้สึกดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองผ่อนคลาย สงบขึ้น และจะ  
นำวิธีการและความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติต่อเมื่ออยู่บ้าน

จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ยิ้มให้กับพยาบาล ขณะที่  
พูดสีหน้า การกระทำ และคำพูดมีความสอดคล้องกัน หลังการทำจิตบำบัดระดับประคองผู้วิจัย  
กล่าวสรุปถึงกิจกรรมที่ทำครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพิ่มเติม และสิ่งที่ได้รับการกระทำ  
จิตบำบัดระดับประคอง

ผู้วิจัย : จากการที่เราได้ทำกิจกรรมในวันนี้ คุณ ..... คุณได้รับประโยชน์อะไรบ้างจาก  
การกิจกรรม

ผู้ป่วย : รู้สึกดีขึ้น สบายใจขึ้น ได้พูดคุย ได้ระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นรับรู้ รู้สึกมันโล่งมากขึ้นกว่าเดิม  
และจากการฝึกการหายใจทำให้เรามีวิธีการผ่อนคลายอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยเรา

ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลาย  
ด้วยการหายใจอย่างถูกวิธีเป็นประจำ โดยเฉพาะก่อนนอนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ง่ายขึ้น และ  
กล่าวนัดหมายวันเวลาในการทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งต่อไป

สรุป จากการทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการพัฒนาทางด้านความรู้สึกของ  
ตนเองดีขึ้นจากการแสดงสีหน้า ท่าทางในระยะแรกที่มีสีหน้าเศร้า เมื่อสิ้นสุดการให้การบำบัด  
ผู้ป่วยมีท่าทียิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น และผู้ป่วยมีความตั้งใจในการทำการจิตบำบัดระดับประคอง

ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะ  
ซึมเศร้า และกิจกรรมการเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตาม  
เวลานัด ผู้ป่วยนั่งรอผู้วิจัย สีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย และดูสดชื่นมากกว่าครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกล่าว  
ทักทายผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทางด้านร่างกาย และเกิดความสุขสบายในขณะที่

ทำกิจกรรม ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและมีความพร้อม มีสมาธิกับการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้วิจัยจึงกล่าวถึงกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัย : คุณ ..... มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวขณะที่รับการรักษาอย่างไร

ผู้ป่วย : ก็มีความรู้อยู่ เพราะเคยให้เคมีมาครั้งหนึ่งแล้ว อ่านหนังสือ พยาบาลอธิบายให้ฟัง ตอนนั้นเรารู้สึกว่าเราแข็งแรง เราก็ให้ยาได้ตลอด แต่ไม่รู้ว่าจะครั้งนี้จะเป็นอย่างไรเพราะโรคมันเป็นซ้ำ ร่างกายเราก็อ่อนแอ เราก็รู้สึกเหนื่อย แต่เรื่องของอารมณ์เศร้าไม่มีความรู้มาก่อน อยากให้อธิบายให้ฟังใหม่

ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งให้คู่มือเรื่องโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยไม่มีข้อคำถามเพิ่ม ผู้วิจัยกล่าวถึงกิจกรรมต่อไป โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผย และเล่าเรื่องหรือประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิตในด้านบวกหรือที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ข้อดี ความดี โดยบันทึกลงในต้นไม้แห่งชีวิต โดยทำตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

ผู้วิจัย : คุณ ..... ลองนึกถึงประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ทำให้คุณรู้สึกประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีความภาคภูมิใจ ทั้งประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิตในด้านบวกหรือในด้านที่ดี สิ่งที่คุณภาคภูมิใจในอดีตและปัจจุบัน เช่น ข้อดี ความดีของตนเอง และเล่าให้ดิฉันฟัง ดิฉันจะบันทึกลงในต้นไม้แห่งชีวิตนี้

ผู้ป่วย : สิ่งแรกตนเองเป็นคนตั้งใจจริง มีความพยายาม อดทน ไม่ท้อถอย (ใส่ไว้ที่ลำต้น เพราะเป็นส่วนที่แข็งแรง ที่ทำให้เรามีแรง สามารถต่อสู้ได้) สองเป็นคนไม่โกหก ไม่ให้ร้ายใคร มองโลกในแง่ดี (ใส่ไว้ที่ใบไม้ เพราะใบไม้เมื่อถึงเวลาก็ต้องร่วงหล่น ใบไม้เหมือนกับในชีวิตที่เราพบทั้งคนดี และคนไม่ดี การที่เราเป็นคนมองโลกในแง่ดี จะทำให้เรามองโลกในแง่ดีขึ้น และเมื่อสิ้นสุดของชีวิตเราก็ร่วงหล่นเหมือนใบไม้) สามมีครอบครัวที่อบอุ่น (ใส่ไว้ที่รากครอบครัวที่อบอุ่น เป็นเหมือนรากแก้วของต้นไม้ เป็นรากฐานที่ดี ที่ทำให้ลำต้นแข็งแรง มั่นคง ไม่ล้มง่าย ทนฝนและพายุได้) สี่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ (ใส่ไว้ที่รากฝอย รากแขนง ทำให้ลำต้นของต้นไม้แข็งแรงมากยิ่งขึ้น เหมือนกับเราที่มีพี่น้องคอยช่วยเหลือ เมื่อมี



ปัญหาเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเงิน หรือไม่สบายใจ พี่น้องก็จะให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา) ห้าสามารถหาบ้านให้พ่อแม่มีที่อยู่อาศัย (ใส่ไว้ทุกส่วนของต้นไม้ เพราะได้ตอบแทนพระคุณของพ่อแม่ ทำให้ครอบครัวมีความมั่นคง เกิดความสบายใจ ถ้าเราเสียชีวิต พ่อแม่ก็มีที่อยู่อาศัย ลูกก็อยู่กับตายาย) หกมีเพื่อนที่ดี (ใส่ไว้ที่ใบ เพราะเพื่อนคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือตอนที่เราเจ็บป่วย) เจ็ดมีลูกที่น่ารัก (ใส่ไว้ที่ลำต้น เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต เป็นของขวัญล้ำค่า ทำให้เรามีกำลังใจที่จะต่อสู้) และแปดมีความกตัญญู (ใส่ไว้ที่ยอดของต้นไม้ รู้สึกภูมิใจมาก ทำให้เราตักน้ำไม่ไหล ตกไฟไม่ไหม้ ทำให้เราได้รับสิ่งที่ดีตอบแทน)

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และให้กล่าวสรุปถึงกิจกรรมที่ได้ทำในครั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถสรุปได้ ผู้วิจัยจึงกล่าวสรุปเพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการทำกิจกรรม

ผู้ป่วย : รู้สึกภาคภูมิใจตนเองมาก ตัวเองมีคุณค่า ถึงแม้จะสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิต แต่ก็ยังมีสิ่งดีๆ แอบแฝงอยู่ ทำให้มีแรงต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บ

ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้อายุยืนยาว เกิดกำลังใจ มีแรงต่อสู้ในชีวิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วยการหายใจอย่างถูกวิธีเป็นประจำ และกล่าวนัดหมายวันเวลาในการทำจิตบำบัดประคับประคองครั้งต่อไป

สรุป การทำจิตบำบัดประคับประคองครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมอย่างมาก และเมื่อผู้ป่วยกล่าวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ สีหน้ายิ้มแย้ม แววตามีความสุข ซึ่งแสดงสิ่งที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหลังจากการทำกิจกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมการลดความหมกมุ่น กิจกรรมการมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน และกิจกรรมการมองภาพใหม่ เมื่อผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตามเวลานัด ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง สีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย และดูสดชื่นมากกว่าครั้งที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทางด้านร่างกาย และเกิดความสุขสบายในขณะที่ทำกิจกรรม ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและมีความพร้อม มีสมาธิกับการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้วิจัยจึงกล่าวถึงกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดประคับประคองในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด กล่าวถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ในขณะที่อยู่คนเดียว

ผู้วิจัย : สวัสดีค่ะ คุณ ..... เราได้ทำการบำบัดมาแล้ว 2 วัน คุณรู้สึกเป็นอย่างไร

ผู้ป่วย : ผ่านมา 2 วัน รู้สึกสบายใจขึ้น ไม่เครียด ฝึกการหายใจก็ทำได้ ไม่ยาก แต่ทำได้ไม่นาน เพราะมันเจ็บที่ชายโครง

ผู้วิจัย : เมื่ออยู่คนเดียว คุณคิดถึงเรื่องอะไร

ผู้ป่วย : เวลาอยู่คนเดียวก็คิดไปหมด ทุกเรื่อง จะคิดถึงความตาย เรื่องเจ็บป่วย คิดวุ่นอยู่กับสิ่งเหล่านี้ คิดอยู่บ่อยๆ คิดว่า ทำไมถึงต้องเป็น โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง ตั้งแต่จำความได้ไม่เคยทำเวรกรรมให้กับใคร พยายามทำความดีมาตลอด

ผู้วิจัย : เมื่อคิดถึงเรื่องเหล่านั้น ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของคุณเป็นอย่างไร

ผู้ป่วย : เวลาที่คิด จะทำให้เราไม่สบายใจ หดหู่ใจ ร้องไห้ เสียใจ

ผู้วิจัย : ขณะที่คุณกำลังมีความคิดหมกมุ่น วิตกกังวล สิ่งเหล่านี้จะทำให้คุณรู้สึกเศร้าใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ถ้าคุณจะลดความเหล่านี้ของคุณ โดยคุณหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจของคุณไปในทิศทางใหม่ที่เป็นกิจกรรมทางบวกหรืองานอดิเรก คุณจะทำอย่างไร

ผู้ป่วย : อ่านหนังสือธรรมะ ดูหนังทีวี ฟังเพลง ร้อยลูกบิด อยู่คนเดียว นี่ก็ตั้งใจว่าถ้าอาการดีขึ้นจะไปเรียนปั้นดินญี่ปุ่น เรียนโหราศาสตร์

ผู้วิจัย : เวลาที่คุณมีกิจกรรมทางบวก คุณรู้สึกอย่างไร

ผู้ป่วย : รู้สึกดีขึ้น ไม่เหงา เราก็ไม่ไปคิดถึงเรื่องโรคที่เราเป็น เพราะใจเราไปอยู่กับสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ เพราะอยากให้สิ่งที่เราทำอยู่ดีที่สุดใน และเป็นการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางบวกปฏิบัติอยู่แล้ว และเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมทางบวกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น การเดินออกกำลังกาย เพื่อลดความหมกมุ่นในขณะที่อยู่คนเดียว และเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น เพื่อที่จะได้มีความพร้อมก่อนการรับการรักษาครั้งต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวถึงกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการมีชีวิตร่วมอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน และใช้คำถามปลายเปิดถามความรู้สึกของผู้ป่วย

ผู้วิจัย : คุณ ..... คิดอย่างไรกับการรักษา (เหตุการณ์) ที่ได้รับอยู่ในขณะนี้

ผู้ป่วย : คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดี จะทำให้เรามีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มีความคาดหวังว่าให้ยาครั้งนี้เราจะต้องหายแน่ๆ 100%

ผู้วิจัย : ถ้าคุณปรับเปลี่ยนความคิดของคุณใหม่ให้ความคิดของคุณมาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน โดยไม่ต้องคิดถึงอดีตที่ผ่านมา หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง คุณจะมึ่วิธีการคิดต่อสิ่งเหล่านี้อย่างไร

ผู้ป่วย : ก็ต้องไม่คิดถึงสิ่งที่ผ่านมาในอดีต เช่น ถ้าหมอจะให้ละเอียดตั้งแต่เอ็กซ์เรย์เต้านมครั้งแรก เราก็ไม่ต้องอย่างนี้ เพราะตอนนั้นเป็นน้อยมาก แค่ 8 มม. เราจะหายหรือไม่ เพราะยังต้องให้ยาเคมีอีกหลายครั้ง จึงจะประเมิณผล แต่เราก็ต้องอยู่กับมันอีก

ผู้วิจัย : หลังจากที่คุณปรับเปลี่ยนความคิดของคุณให้มาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน คุณรู้สึกอย่างไร

ผู้ป่วย : สอนให้เรารู้จักวางเป้าหมายของตนเองให้มาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน คือ เราต้องมีชีวิตร่วมอยู่กับโรค แต่เราจะอยู่กับมันได้อย่างไร เราก็ต้องวางเป้าหมายชีวิตของเราสั้นๆ เพื่อให้

สามารถก้าวหรือเดินไปถึงเป้าหมายได้ อย่าคิดถึงอดีตที่ผ่านมาเพราะเราไม่สามารถกลับไปแก้ไขได้ และไม่วางเป้าหมายในระยะไกล เพราะเราอาจไปไม่ถึง จะทำให้เราเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย

ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้มาอยู่กับสิ่งที่ปัจจุบัน โดยไม่ให้ผู้ป่วยคิดถึงอดีตที่ผ่านมา หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษาที่ได้รับ และตั้งเป้าหมายของชีวิตในระยะใกล้ๆ เช่น ตั้งเป้าหมายว่าจะต้องดูแลตนเองให้สามารถให้ยาครั้งต่อไปได้โดยไม่มีอาการข้างเคียง หรือมีอาการข้างเคียงแต่สามารถดูแลตนเองโดยไม่เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการมารับการรักษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวถึงกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการมองภาพใหม่ และใช้คำถามปลายเปิดถามความรู้สึกของผู้ป่วย

ผู้วิจัย : มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่คุณมีความรู้สึกในทางที่ไม่ดีหรือในทางลบ

ผู้ป่วย : ก็มีหลายอย่างนะ เช่น เป็นมะเร็งรอบสองนี้ ทำให้เครียด นอนหลับยาก อาการแย่ง..... เพื่อนพอรู้ว่าเราเป็นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำอีก ก็ไม่โทรมาหาเราอีกเลย คงกลัวว่าเราไปให้เขาช่วยเหลือเรื่องการเงิน ..... เพื่อนบ้านชอบพูดถึงว่าเราเป็นโรคร้าย ทำไมไม่ดูแลตนเอง ปล่อยให้มันเป็นมาขนาดนี้

ผู้วิจัย : เวลาที่เราคิดถึงสิ่งเหล่านี้ในทางลบ คุณรู้สึกอย่างไร

ผู้ป่วย : รู้สึกเสียใจ หมดกำลังใจ ไม่อยากที่จะพบใคร ไม่อยากพูดกับใคร อยากอยู่คนเดียว

ผู้วิจัย : ถ้าคุณจะเปลี่ยนแปลงมุมมองใหม่ต่อบุคคลและ/หรือเหตุการณ์นั้นๆ ไปในทางที่เป็นบวก คุณจะคิดอย่างไร

ผู้ป่วย : ทุกคนมีโอกาสเป็นได้ไม่ใช่เราที่เป็นคนเดียว ยังมีอีกหลายคนนะที่เป็นอย่างเรา แต่เรายังดีที่ยังมียารักษา เรายังมีหนทางรักษา หมอถึงให้ยาเราอีกครั้ง ..... ไม่เป็นไร เพื่อนๆ คงไม่กว้าง คงอยู่กับการดูแลครอบครัว เรายังมีเพื่อนๆ คนอื่น ที่โทรมาคุยอย่างสม่ำเสมอ ..... ไม่เป็นไร เพื่อนบ้านคงอยากคุยกับเรา แต่ไม่รู้ว่าจะทักอะไร

ผู้วิจัย : เมื่อปรับเปลี่ยนความคิดของคุณใหม่ให้มาทางที่เป็นด้านบวก ความรู้สึกของคุณเป็นอย่างไร

ผู้ป่วย : รู้สึกดีขึ้นนะ เพราะคนเราไม่เหมือนกัน ความคิดก็ต่างกัน ถ้าเราดูแลความคิด ใจเราได้ เราก็ไม่เป็นทุกข์

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมในครั้งที่ 3 และผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน และให้ผู้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการทำการบำบัดในวันนี้ และผู้วิจัยกล่าวส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยนำสิ่งต่างๆ ที่ได้รับการฝึกไปใช้กับ

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และกล่าวหนดหมายวันเวลาในการทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งต่อไป

สรุป การทำจิตบำบัดระดับประคองครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมอย่างมาก และเมื่อผู้ป่วยกล่าวถึงสิ่งที่เป็นด้านลบในวันนี้ ผู้ป่วยไม่ได้แสดงสีหน้าไม่สบายใจ แต่เมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดมาเป็นด้านบวก ผู้ป่วยจะมีสีหน้า แววตา ที่ยิ้มแย้ม สดใสขึ้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหลังจากการทำกิจกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง เมื่อผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตามเวลานัด ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง สีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย และดูสดชื่น ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทางด้านร่างกาย และเกิดความสุขสบายในขณะที่ทำกิจกรรม ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและมีความพร้อม มีสมาธิกับการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้วิจัยจึงกล่าวถึงกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดระดับประคองในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยกล่าวสรุป และทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการทำจิตบำบัดระดับประคองตลอดช่วงเวลาของการทำจิตบำบัดระดับประคองทั้งหมดที่ผ่านมา

ผู้วิจัย : คุณ ..... พอจะเล่าได้ไหมคะว่า ช่วงเวลาที่ผ่านมาที่ได้ทำจิตบำบัดระดับประคอง คุณรู้สึกอย่างไรกับการบำบัดด้วยวิธีนี้ เกิดประโยชน์ต่อคุณอย่างไร ทำให้คุณมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไรบ้าง

ผู้ป่วย : รู้สึกดี ทำให้ผ่อนคลาย ทำให้มีวิธีการดูแลตนเองมากขึ้น แล้วก็ช่วยเราได้หลายอย่าง ได้ทั้งความรู้ ได้ทั้งการฝึกหายใจอย่างถูกวิธี แต่ก่อนเรารู้สึกว่าถ้าให้เราทำสมาธิเราต้องนั่งหลับตา แต่วิธีการนี้เรายืน เรานั่ง เรานอน ก็สามารถทำได้ เมื่อทำแล้วเรารู้สึกผ่อนคลายจิตใจก็ดีขึ้น ทำให้เรามีการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก จากในด้านไม่ดีเป็นด้านดี มีการคิดแบบใหม่ มีการมองโลกในด้านดีขึ้น การทำกิจกรรมเปรียบเหมือนกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้พูดคุย ทำให้เราคลายความทุกข์

ผู้วิจัย : คุณ ..... วางแผนการดำเนินชีวิต หรือมีเป้าหมายการดำเนินชีวิตอย่างไร

ผู้ป่วย : ตอนนี่ที่คิดไว้ ก็มีเรื่องการรักษา ..... เราให้ยามาหลายครั้ง ร่างกายก็ไม่แข็งแรง จะต้องดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร เพื่อให้ตัวเองแข็งแรง ผลเลือดปกติ ให้อาได้ตามกำหนด

: เรื่องลูก ..... ให้ลูกเรียนตามความชอบของลูก ให้อายายเลี้ยงหลานแทน เมื่อตนเองเสียชีวิตแล้ว

: เรื่องครอบครัว ..... พุดคุยกับสามีถึงโรคที่เราเป็นอยู่ ถ้าเราเสียชีวิต ให้ดูแลพ่อ-แม่-ลูก แทนเราด้วย และดูแลเหมือนกับที่เรายังมีชีวิตอยู่

ผู้วิจัย : คุณ ..... คิดว่าการบำบัดด้วยวิธีนี้ จะทำให้คุณสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ อย่างไร

ผู้ป่วย : ได้ค่ะ เราก็เอาไปใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อเรามีปัญหาเกิดขึ้น

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม กล่าวส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจให้ผู้ปวยนำสิ่งต่างๆ ที่ได้รับการฝึกไปใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในความกระตือรือร้น และกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการบำบัด

สรุป การทำจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น ตั้งใจในการทำกิจกรรม ถึงแม้จะมีภาวะของความเจ็บป่วยอยู่ เช่น อาการเหนื่อย อาการไอ แต่ผู้ป่วยก็ไม่รู้สึกท้อแท้ มีความพยายามที่จะทำกิจกรรม เพราะรู้สึกที่ทำแล้วตนเองรู้สึกดีขึ้น ซึ่งการบำบัดจะหยุดเป็นช่วงๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการไอมากหรือเหนื่อย จะหยุดให้ผู้ป่วยได้พัก เมื่ออาการดีขึ้นก็จะทำกิจกรรมต่อไป จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนทั้งทางด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิด

## ขั้นประเมินผลการทดลอง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. กลุ่มควบคุม

1.1 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) และแสดงความขอบคุณ

1.3 จากนั้นผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.4 วันที่กลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาตามนัดของโรงพยาบาล

1.5 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) โดยไม่จำกัดเวลา และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

#### 2. กลุ่มทดลอง

2.1 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองครั้งแรกที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย



1.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซีมีเศร่า (Pre-test) และแสดงความขอบคุณ

1.3 จากนั้นผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย และได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองจากผู้วิจัย

1.4 วันที่กลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาตามนัดของโรงพยาบาล

1.5 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซีมีเศร่า (Post-test) โดยไม่จำกัดเวลา และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลงไปโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเข้าร่วมการวิจัย

### การพิจารณาจริยธรรมกับการวิจัย

1. ผ่านการพิจารณา Relevant and Scientific Merit และการคัดกรองงานวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องกับคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยของคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

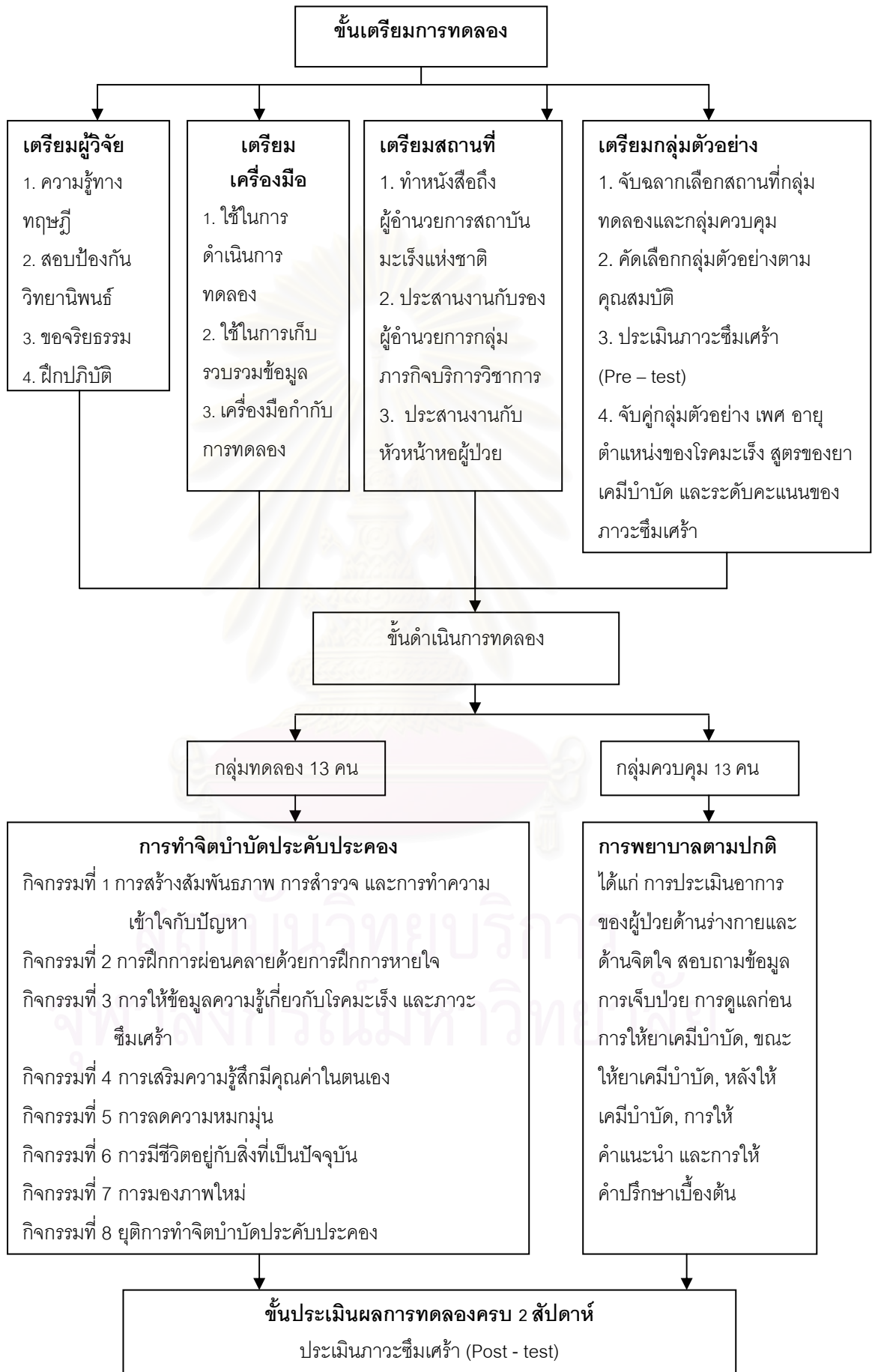
การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังโปรแกรมจิตบำบัด  
ระดับประคอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที่  
(Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ  
โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ  
โดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มควบคุม 13 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามกำหนด ผลการวิจัยเสนอตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

**ตอนที่ 4** สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย

## ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มควบคุม (n = 13)		รวม (n = 26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	2	15.38	2	15.38	4	15.38
หญิง	11	84.62	11	84.62	22	84.62
<b>อายุ (ปี)</b>						
30-39	2	15.38	1	7.69	3	11.54
40-49	4	30.77	8	61.54	12	46.13
50-59	7	53.85	4	30.77	11	42.31
อายุเฉลี่ย 48.15 ปี						
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	12	92.31	12	92.31	24	92.31
อิสลาม	1	7.69	1	7.69	2	7.69
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	0	0	1	7.69	1	3.85
ประถมศึกษา	7	53.85	9	61.54	16	61.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	15.38	2	15.38	4	15.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	7.69	0	0	1	3.85
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	0	0	0	0
ปริญญาตรี	3	23.08	1	7.69	4	15.38

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.62 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 คิดเป็นร้อยละ 46.13 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.31 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 48.15 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.31 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 15.38



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มควบคุม (n = 13)		รวม (n = 26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง	1	7.69	6	46.15	7	26.92
เกษตรกรรม	2	15.38	2	15.38	4	15.38
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	30.77	2	15.38	6	23.08
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	15.38	0	0	2	7.69
อื่นๆ ระบุ - แม่บ้าน/ว่างงาน	4	30.77	3	23.08	7	26.92
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	9	69.23	6	46.15	15	57.69
ไม่เพียงพอ	4	30.77	7	53.85	11	42.30
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	1	7.69	0	0	1	3.85
คู่	11	84.62	10	76.92	21	80.77
หม้าย/หย่า/แยก	1	7.69	3	23.08	4	15.38

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน/ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 26.92 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 23.08 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.69 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.77

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งของโรคมะเร็ง อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มควบคุม (n = 13)		รวม (n = 26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>ตำแหน่งของโรคมะเร็ง</b>					
เต้านม	2	15.38	2	15.38	4	15.38
ปากมดลูก	3	23.08	3	23.08	6	23.08
ปอด	6	46.15	6	46.15	12	46.15
มดลูก	1	7.69	1	7.69	2	7.69
กระเพาะปัสสาวะ	1	7.69	1	7.69	2	7.69
<b>อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย</b>						
1 ตำแหน่ง	6	46.15	10	76.92	16	61.54
2 ตำแหน่ง	6	46.15	3	23.08	9	34.61
3 ตำแหน่ง	1	7.69	0	0	1	3.85
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 6 เดือน	3	23.08	4	30.77	7	26.92
6 เดือน – 1 ปี	5	38.46	4	30.77	9	34.61
มากกว่า 1 ปี	5	38.46	5	38.46	10	38.46

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งของการเกิดโรคมะเร็งที่ปอด คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาเกิดที่ปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 23.08 มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง 1 ตำแหน่งคิดเป็นร้อยละ 61.54 และมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง 2 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 34.61 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมา มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.61

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มควบคุม (n = 13)		รวม (n = 26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>						
Cisplatin/Etoposide	2	15.38	2	15.38	4	15.38
Cisplatin/Docetaxel	1	7.69	1	7.69	2	7.69
Cisplatin/5-Fluorouracil	2	15.38	2	15.38	4	15.38
Cisplatin/Doxorubicin	2	15.38	2	15.38	4	15.38
Mitomycin/Vinblastine/Cisplatin	2	15.38	2	15.38	4	15.38
Cisplatin/Methotrexate/Vinblastine	1	7.69	1	7.69	2	7.69
Cisplatin/Doxorubicin/Cisplatin	1	7.69	1	7.69	2	7.69
Farmorubicin/Cyclophosphamide	1	7.69	1	7.69	2	7.69
Paclitaxel	1	7.69	1	7.69	2	7.69
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด</b>						
1 ครั้ง - 2 ครั้ง	6	46.15	6	46.15	12	46.15
3 ครั้ง - 4 ครั้ง	7	53.85	7	53.83	14	53.85

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดสูตร Cisplatin/Etoposide, Cisplatin/5-Fluorouracil, Cisplatin/Doxorubicin, Mitomycin/Vinblastine/Cisplatin คิดเป็นร้อยละ 15.38 จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัด 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.85 และ 1 ครั้ง - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.15

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			t	p-value
	N = 13				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	26.15	4.06	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	18.54	7.23	ปกติ	4.392	.001

จากตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.15 และหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.54 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด  
กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม N = 13			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	25.92	3.52	ปานกลาง	-2.231	.046
หลังการทดลอง	28.69	4.33	ปานกลาง		

จากตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.92 และหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.69 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทำจิตบำบัด ประคับประคอง และการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบคะแนน ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	26.15	4.06	ปานกลาง		
กลุ่มควบคุม	25.92	3.52	ปานกลาง	.155	.878
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	18.54	7.23	ปกติ		
กลุ่มควบคุม	28.69	4.33	ปานกลาง	-4.345	.000

จากตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคอง และการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วนั้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ กลุ่มทดลองระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้ามลดลงอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

#### ตอนที่ 4 สรุปข้อค้นพบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการใช้โปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลงแล้ว

#### ประเด็นที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังการใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคอง

หลังเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และประโยชน์ที่ผู้ป่วยคิดว่าได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

1. ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นในการดูแลตนเองทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้ลองฝึกปฏิบัติเอง สามารถนำไปปฏิบัติที่บ้าน และสามารถนำไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ โดยเฉพาะมีผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “อยากให้สามีมาฟังด้วยจังเลย จะได้เข้าใจว่าตอนนี้เรารู้สึกแยะ อยากให้เขาพูดด้วยดีๆ เราจะได้มีกำลังใจต่อสู้กับโรคและการรักษา แต่ไม่เป็นไร หลังจากที่ได้ฝึกให้คิดและมองอีกมุมหนึ่ง ทำให้เรามีความคิดใหม่ มองในทางที่ดีขึ้น จิตใจเรายิ่งดีขึ้น เราก็รู้สึกดีขึ้น” และมีผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “อย่างหายใจนี้ ฉันว่ามันดี ฉันทำแล้วดีขึ้น หัวมันโล่ง ฉันหลับได้ง่ายขึ้น” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้

2. ทำให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งในด้านการทำงาน ครอบครัว การรักษา ซึ่งก่อนเข้าร่วมการทดลองผู้ป่วยบางรายไม่เคยมีการวางแผนการดำเนินชีวิตไว้ก่อน มีผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “จะพูดคุยกับสามีถึงโรคที่เป็นอยู่ ถ้าเสียชีวิตให้ดูแล พ่อ แม่ และลูก เหมือนกับตอนที่ตนเองยังมีชีวิตอยู่” มีผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “การวางแผนจะทำให้เรารู้ว่า ตัวเราเองจะต้องทำอะไร ให้ได้เป้าหมายที่อยากจะได้ อยากจะเป็น แต่ต้องวางแผนเป้าหมายสั้นๆ นะ จะได้มีกำลังใจ” ดังนั้นการวางแผนในการดำเนินชีวิตจะช่วยสร้างเสริมให้บุคคลมีการเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตทั้งในด้านการทำงาน ครอบครัว และการรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้าร่วมโปรแกรมทำจิตบำบัดระดับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองหลังสิ้นสุดการทำจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองหลังสิ้นสุดการทำจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 21-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม และได้รับโปรแกรมการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในกลุ่มเดียวกัน
2. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (21-25) ถึงปานกลาง (26-34)
3. เป็นผู้ที่มีการได้ยินเป็นปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี ไม่จำกัดความรู้, สถานภาพทางการศึกษา, และอาชีพ
4. มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม SPSS (Zar, and Jerrold, 1984; Machin et al., 1997) โดยนำกรณีศึกษาของ พจณี รอดจินดา (2541) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 13 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 26 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) โดยการด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547: 198) โดยกำหนดพื้นที่ทำการวิจัยเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 13 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 26 คน เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบกำหนด 13 คน และจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองจนครบกำหนด 13 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Pair matching) (Polit and Beck, 2004) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Massie, 2004) อายุ (Maguire, 2002) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง (Massie, 2004) สูตรของยาเคมีบำบัด (Maguire, 2002) คะแนนของภาวะซึมเศร้า โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยคู่ระดับเล็กน้อย คือ ช่วง 21-25 คะแนน และระดับปานกลางคู่ระดับปานกลาง คือช่วง 26-34 คะแนน คะแนน (Greist and Jafferson, 1992) และยาคลายกังวลชนิดเดียวกัน (Fava et al., 2004)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการรักษา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory ของมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542)
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัด ประคับประคอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดประคับประคอง

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้

1.2 แบบบันทึกประวัติการรักษา ประกอบด้วย ตำแหน่งของโรคมะเร็ง อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และชนิดของยาคลายกังวลที่ได้รับ

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory ของ มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีโดยรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.784

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดประคับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำบำบัด ขณะทำการบำบัด และหลังการบำบัดในแต่ละครั้ง ได้แก่ การสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย



ประเมินสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ลักษณะคำพูดของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัด ปัญหาและผลของการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการวางแผนการบำบัดในครั้งต่อไป (ภาคผนวก ข) โดยการทำการบันทึกทุกครั้ง และบันทึกทันทีหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal, and Pinsky (2004) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา และขั้นตอนที่ 3 ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข และประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น

กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่

กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองที่ผ่านการตรวจแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจสอบโดยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยนี้

โดยทดลองใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 3 ราย ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จนกระทั่งครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภารกิจกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างดำเนินกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

### การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินหลังการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือจึงมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** เป็นการเตรียมพร้อมก่อนที่จะมีการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการฝึกปฏิบัติกับด้านการทำจิตบำบัดระดับประคองภายใต้การกำกับดูแลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced practice nurse) ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในระหว่างวันที่ 4-29 มิถุนายน 2551 และได้จัดเตรียมโปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคอง และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความคิดเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยและของโรงพยาบาล ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในแต่ละหอผู้ป่วย โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย แล้วขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบ

ยินยอมของประชากรตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test)

1.4 หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามกระบวนการที่ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.4.1 กลุ่มควบคุม

1.4.1.1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษาที่ผู้วิจัยบันทึกเอง (Pre-test)

1.4.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดจะได้รับขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.4.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

#### 1.4.2 กลุ่มทดลอง

1.4.2.1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษาที่ผู้วิจัยบันทึกเอง (Pre-test)

1.4.2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง โดยดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 4 ครั้ง ปฏิบัติติดต่อกันทุกวัน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง จะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

1.4.2.3 ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดจะได้รับขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมี

บำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.4.2.4 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.4.2.5 ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มทดลองอยู่เพื่อขออนุญาตนำผู้ป่วยมาดำเนินการตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 ดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดขณะที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลและให้คำแนะนำก่อนการให้ยาเคมีบำบัด, ขณะให้ยาเคมีบำบัด, หลังให้เคมีบำบัด, การให้คำแนะนำอื่นๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

### 2.2 ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยดำเนินกิจกรรม 8 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับ

ปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 4 การเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การลดความหมกมุ่น

กิจกรรมที่ 6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 7 การมองภาพใหม่

กิจกรรมที่ 8 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

### 3. ขั้นตอนประเมินหลังการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเคมีบำบัด แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ แจ้งขั้นตอนสิ้นสุดในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการปฏิบัติตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเคมีบำบัด แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ แจ้งขั้นตอนสิ้นสุดในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูล แล้วใช้สถิติทดสอบที่ (Dependent t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดค่าที่ระดับนัยสำคัญ .05

#### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{df=25} = 4.392, p < .05$ )

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{df=24} = -4.345, p < .05$ )

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการวิจัยทั้ง 2 ประการ คือ

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง



2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.62 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 46.13 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 42.31 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.54 ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน/ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 26.92 สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลส่วนบุคคลได้ดังนี้

1. เพศ เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่า แต่ละเพศจะได้รับผลกระทบด้านความเครียดซึ่งแตกต่างกัน แต่ละเพศมีความมั่นคงอ่อนแอที่แตกต่างกัน ในเพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง และรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมตนเองได้มากกว่าเพศหญิง (Ebersole and Hess, 1981 อ้างถึงในมฤดี บุราณ, 2548) อีกทั้งเพศชายจะสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาช่วยในการตอบสนองของสิ่งคุกคามได้มากกว่าเพศหญิง (Hislop, 1991 อ้างถึงในมฤดี บุราณ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ มฤดี บุราณ (2548) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภักจิรา รัชตสังข์ (2547) ที่พบว่า ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนวรรณ พยุงผล (2545) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า เพศหญิงพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

2. อายุ พบว่า กลุ่มตัวมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 48.15 ปี โดยมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 คิดเป็นร้อยละ 46.13 รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.31 เนื่องจากในช่วงอายุนี้เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีครอบครัว ซึ่งผู้หญิงต้องรับภาระงานบ้าน ดูแลบุคคลในครอบครัว รู้สึกตนเองบกพร่องหน้าที่ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น สูญเสียบทบาทบางอย่างไปทำให้เกิดความเครียด ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ความเมื่อยล้า และความเครียดจากการที่ต้องรับภาระก่อให้เกิดผลต่อปัญหาสุขภาพของเพศหญิง และพบว่าบ่อยครั้งที่เกิดพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังหลายๆ โรค ทั้งโรคทางกายและจิตเวช ซึ่งผู้มีอายุน้อยจะยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้น้อยกว่าผู้ที่

มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัคจิรา รัชตสังข์ (2547) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากจะพบภาวะวิตกกังวลมากกว่า

3. ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.54 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากระดับการศึกษาต่ำกว่า อาจมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นได้ไม่ดีเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า หรือผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น จึงทำให้ปฏิบัติตัวได้ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไต และการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ

4. อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน/ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 26.92 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเป็นแม่บ้าน/ว่างงาน ส่งผลต่อรายได้ของครอบครัว ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตามสภาวะของโรคและการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ภาวะของโรคและการรักษาทำให้ต้องมีความจำเป็นต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ได้รับ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของมลฤดี นูราณ (2548) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาสิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตที่มีภาวะซึมเศร้าจะเป็นกลุ่มที่ไม่มีรายได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของธนวรรณ พงษ์ผล (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ขั้นต่ำ มีรายได้ไม่พอใช้จ่าย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และในผู้ป่วยรายที่ 4 (กลุ่มควบคุม) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงหลังจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

จากผลการวิจัย (ตารางที่ 8) ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นก่อนการทดลอง สามารถ

อภิปรายได้ว่า โรคมะเร็งมีผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาโบลิซึม (Roth, Massie and Redd, 1996) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการเกิดการขาดสารอาหารของร่างกาย ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากภาวะของโรค การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะการลุกลามของโรคที่ทำให้เกิดอาการปวด ซึ่งจากการศึกษาของ ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนต่อการทำหน้าที่ หรือเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537; ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2544; Pilsworth et al., 1995; Stiefel, Kornblith and Holland, 1990 cited in Razavi and Stiefel, 1999; Dinoff and Shuster, 2005) เช่น เคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยมักกลัวผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา การสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง สูญเสียหน้าที่สูญเสียอวัยวะ และภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระดับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับอันตราย และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Weitzner et al., 1997 cited in Spiegel, 2007) จากการศึกษาของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหม (2548) ที่พบว่า อาการเหนื่อยล้า และอาการซีมีเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และจำนวนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski and Paul (2001) พบว่า อาการอ่อนล้า อาการปวด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้

จากผลการวิจัย (ตารางที่ 10) พบว่า ในผู้ป่วยรายที่ 4 (กลุ่มควบคุม) มีคะแนนภาวะซีมีเศร้าลดลงหลังจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมั่นคง (Stable personality) มีความรับผิดชอบ มีเหตุผล มีวิจารณญาณในการแก้ปัญหา มองโลกในแง่ดี ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ (วรภรณ์ ตระกูลสุชาติ, 2549) และมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย และยอมรับความจริงกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีร่วมรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนของความเข้มแข็งอดทนโดยรวมในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนความเข้มแข็งอดทนในระดับสูงเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ จันโรทัย (2544) ที่ศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่าความเข้มแข็งอดทนมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในระดับต่ำในด้านของอาการเครียดทางด้านความคิด ส่วนอาการเครียดในด้านอารมณ์พบในระดับปานกลาง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากสมมติฐานข้อ 1 และสมมติฐานข้อ 2 สามารถอภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าได้จากแนวคิดการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Winston, Rosental and Pinsker (2004) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อารมณ์ดีขึ้น และการคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ของผู้ป่วย มีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลง ซึ่งแนวคิดนี้เน้นสัมพันธภาพเชิงการรักษา (Therapeutic Alliance or Therapeutic Relationship) และ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันทรสุข, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 2549; Eby and Brown, 2005; Bozarth and Brodley, 2007) กล่าวว่า



การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัด เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered) และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน (Existential living) จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วนของผู้ป่วยมีการกำหนดทิศทางเช่นกัน คือความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากการทำจากการเข้าร่วมการวิจัย และการสร้างระเบียบหรือข้อตกลงของการเข้ารับการบำบัดแต่ละครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จากหลักการเรียนรู้ ในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน มนุษย์มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมาย เช่น เรียนรู้ว่าจะต้องทำอะไร เรียนรู้ว่าจะแต่ละคนเป็นอย่างไร (ถวิล ธาดาโกชนัน และศรัณย์ ดำริสุข, 2544) ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอน มีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างมีขั้นตอน การได้ฝึกทำกิจกรรมในขณะที่ทำการบำบัด เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษา และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกไม่ดีกับตนเอง ระหว่างกิจกรรมและอาการหรือความคิดทำให้ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ในการดำเนินโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคองเป็นกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป โดยกิจกรรมทั้งหมดได้ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังจะอธิบายต่อไป

**ขั้นตอนที่ 1** ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory stage) ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อม ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เกิดความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง เนื่องจากในการพบครั้งแรกทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นคนแปลกหน้า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย การสร้างสัมพันธภาพจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตร ในตอนเริ่มต้นของกิจกรรม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) และจะเอื้อต่อการรักษา ช่วยให้ผู้รับบริการ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2541) จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะการรักษาความลับที่ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อนี้ และยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึก และทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลน้อยลง แล้วจึงนำไปสู่การสำรวจสภาพจิตใจของผู้ป่วยต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบาย (Ventilation) ทั้งความรู้สึก ประสบการณ์ การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเป็นอิสระ ทั้งภาษาพูด (Verbal language) และภาษาท่าทาง (Body language) จากการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทรนิยม (2548) พบว่า การใช้สัมพันธภาพบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล จันทรขำ (2547) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษาทำให้ภาวะซึมเศร้าของ



ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และการสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย (เซาเวนี ล่องซุผล, 2547)

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นแก้ปัญหา (Working stage)** ประกอบด้วย กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกทักษะการหายใจ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การลดความหมกมุ่น การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน และการมองภาพใหม่

การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การฝึกทักษะการหายใจช่วยให้เกิดความเชื่อมโยง ประสานกันระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอร์โมน ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ เกิดการรู้สติหรือจิตวิญญาน (อัจฉรา นุตะโร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2546; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) นอกจากนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีการฝึกผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก. อ้างถึงใน สุวรรณ อานุสันติ, 2546) ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท sympathetic จะลดลงด้วย จึงช่วยลดอันตรายที่เกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ จากการศึกษาของยูพาพัคตร์ รัคมณีวงศ์ (2547) พบว่า การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตมีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา หาญละคร (2545) พบว่า การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง และการศึกษาของ อรวรรณ ลีทองอิน (2543) พบว่า การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกสมาธิเบื้องต้น น้บลมหายใจเข้า-ออก ทำให้ระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า Skipper (1965 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2548) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูลว่า จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจและมีความสบายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าผู้รักษามีความเข้าใจตนและเข้าใจในโรคของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี และมีความสามารถที่จะให้การรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้โดยเร็ว และความรู้จะช่วยให้บุคคลมีเข้าใจในปัญหาของตนได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของตนให้ได้ผล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการร่วมมือและการตอบสนองต่อการรักษา (Golden and Quin, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์ไชยิต, 2545; Holland, 1982; Glajchen, 1999) และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ยังเป็นการแสดงความห่วงใยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และภาวะซึมเศร้าน้อยลง (Tsai-Hwei Chen et al., 2006)

ดังนั้นการให้ข้อมูลหรือความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ สามารถที่จะดูแลตนเองได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้า สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข และจากการศึกษาของ เอกอุมา วิเชียรทอง (2549) ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไต และการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ นอกจากนี้จากการศึกษาของสุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากโรคได้ดี และมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงบางอย่างไม่ให้เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีความสามารถในการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงได้เป็นอย่างดี

การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยได้มองหาความหมายของชีวิต เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีชีวิตไร้ค่าหรือขาดความหมาย เขาจะแยกตัว ไม่มีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิต ขาดสิ่งเชื่อมโยงตนเองให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว (พจนี รอดจินดา, 2541) เนื่องจากความหมายของชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เขาดำรงอยู่ เป็นบางสิ่งที่คุณเติมเข้าไปในใจ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่น ความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว ในลักษณะของการกระทำเพื่อบางสิ่ง การมีสัมพันธ์กับบางคน และการมีทัศนคติบางประการ เพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ (Corey, 1985 อ้างถึงใน พจนี รอดจินดา, 2541) และทำให้มีความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; Spiegel, 2007) จากการศึกษาของเรณู อินทร์ตา (2548) พบว่า การระลึกถึงความหลัง โดยย้อนคิดถึงเหตุการณ์ที่เป็นบวกหรือเป็นเหตุการณ์ที่ตนเองประทับใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) พบว่า การระลึกถึงความสุข ความทรงจำที่ดีในอดีต ทำให้เพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา การศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) พบว่า การจัดการกับความคิดทางลบของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการฟื้นฟูความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง และทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับถึงความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้ามลดลง (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541)

การลดความหมกมุ่น (Dereflection) โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลดความหมกมุ่นด้วยการหันเหให้มีกิจกรรมทางบวก (Positive activity) ที่สร้างสรรค์ ซึ่ง Fabry (1988 อ้างถึงใน

พรพรรณ ศรีธีญญรัตน์, 2539) กล่าวว่า เมื่อมนุษย์คิดถึงปัญหาต่างๆ มากขึ้น จะเกิดความรู้สึกว่า ปัญหาเหล่านั้นยากที่จะแก้ไขมากขึ้นตามไปด้วย แต่เป็นการยากกว่าที่จะไม่ให้คิดถึงปัญหาเหล่านั้น ยิ่งไม่ต้องต้องการคิดถึงบางสิ่งบางอย่างมากเท่าไรก็ยิ่งคิดถึงสิ่งนั้นมากขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) พบว่า สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จะไม่สามารถเปลี่ยนจุดรับรู้ใหม่ นอกจากจะทำให้ไม่สามารถคิดหรือกระทำให้ต่างไปจากเดิมได้แล้ว ก็ยังมีลักษณะเคยชินกับการคิดวอกวนในมุมมองเดิมซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี เผ่ากันทรากกร (2548) พบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะจัดการกับความคิดในทางลบด้วยการไม่หมกมุ่นกับความคิดที่ทำให้เป็นทุกข์ โดยการหาสิ่งบันเทิงใจ ให้ความสำคัญหรือให้ความสนใจกับสิ่งอื่นทดแทน และการศึกษาของ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) พบว่า การลดความหมกมุ่นด้วยการมีกิจกรรมทางบวก ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองมาอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน (Here and now) เนื่องจากคนที่เป็นทุกข์ วิตกกังวล เครียด มักผูกมัดตนเองไว้กับอดีตที่ผ่านมาแล้วซึ่งแก้ไขอะไรไม่ได้ หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึงซึ่งไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ซึ่งสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขได้ (พันธศักดิ์ วรฉัตรสมบัติ, สาโรช คำรัตน์ และสกุลรัตน์ จารุสันติกุล, 2540) การมีชีวิตรอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบันจะทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ นิศารัตน์ เซตะวัน (2543) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการมีชีวิตรอยู่กับโรคและการรักษา ซึ่งเป็นลักษณะความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี เผ่ากันทรากกร (2548) พบว่า การจัดการกับความคิดทางลบของผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้า จะใช้วิธีการยอมรับสภาพความเป็นจริง คิดอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน

การมองภาพใหม่ (Reframing) โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยฝึกคิดหรือมองภาพใหม่ (Winston, Rosenthal, and Pinsky, 2004) หรือการเปิดใจมองโลกหลายแง่มุม จะทำให้ผู้ป่วยได้พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ในหลายแง่มุมต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบ (Golden, Gresh and Robbins, 1992) ให้เป็นทางบวก (วรภรณ์ ตระกูลสุษะดี, 2549) มีมุมมองใหม่ มีมุมมองที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; Marden, 2008) หรือมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน (สุนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2545) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เปลี่ยนแปลงความหมายของพฤติกรรม นอกจากนี้การคิดในทางบวกจะทำให้มองเห็นปัญหาเป็นโอกาสในการเรียนรู้ ซึ่งทัศนคติเหล่านี้จะสามารถช่วยแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (นันทกร พัฒนา, 2550) จากการศึกษาของขวัญใจ นามเชื้อ (2548)

พบว่า การบำบัดทางปัญญาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพัคตร์ รักมณีวงษ์ (2547) พบว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตมีภาวะซึมเศร้าลดลง และการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) พบว่า สตรีที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีวิธีการจัดการเพื่ออยู่กับผลกระทบของการลุกลามและการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยคิดหักมุมจากด้านลบเป็นด้านบวกของสถานการณ์เดียวกัน และการศึกษา การพูด กับตนเองทางบวกจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความหวังมากขึ้น (สุนทรวิวัฒน์เบญจโสภา, 2543)

### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage)

ประกอบด้วยกิจกรรมยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

การยุติการจิตบำบัดระดับประคอง เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการทำจิตบำบัดโดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยคิดวางแผนในการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านครอบครัว การทำงาน โรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการคิดใหม่ การมองปัญหาใหม่ และพฤติกรรมใหม่ ใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อน และผู้ป่วยสามารถนำเอาการรับรู้และความคิดอ่านของตนเองมาใช้ในการช่วยให้ตนเอง รู้จักตระหนักต่อความรู้ที่ได้รับหรือเกิดการเรียนรู้อ่านของการเข้าใจในการดำเนินชีวิต การจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน การปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ และส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกคิด จากสถานการณ์ของผู้ป่วยเอง ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักความคิด อารมณ์ ยอมรับกับภาวะอารมณ์ของตนเอง ได้ระบายความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังในกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา เมื่อถามถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะพูดและเปิดเผยอารมณ์ของตนเองด้วยการร้องไห้หรือแสดงสีหน้าเศร้า เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจออกมา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ลดความรู้สึกอัดอั้นที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ในกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้า และในแต่ละกิจกรรมของการบำบัดเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปรับเปลี่ยนความคิดจากทางลบ ไปในมุมมองที่เป็นบวก ความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้อารมณ์เศร้าหมอง และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ซึ่งโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ด้วยการหาหลักฐานสนับสนุนหรือหาหลักฐานที่นำมาคัดค้านความคิดทางลบ แล้วเกิดการพิจารณาทางเลือกใหม่ ที่ส่งผลต่อความคิด และอารมณ์



ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดลดน้อยลง

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 การใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองไปใช้ในการบำบัดทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือกับผู้ให้การบำบัด

1.2 ควรให้การบำบัดในสถานที่เป็นส่วนตัว เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยสามัญมีผู้ป่วยอื่นอยู่อีกจำนวนหนึ่ง และมีกิจกรรมการพยาบาลอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเสียงรบกวน ผู้ป่วยเสียสมาธิ และขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม

1.3 ควรให้การบำบัดในเวลาที่มีกิจกรรมการพยาบาลน้อย เช่น เวลารื่น เนื่องจากในเวลานี้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาพยาบาลมีจำนวนน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลกับกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ และมีสมาธิกับการทำกิจกรรม

1.4 ควรทำจิตบำบัดระดับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในกระบวนการรับรู้ การคิด และการแปลความหมาย (Scott, 1984 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และทางด้านร่างกาย และพฤติกรรมในระดับรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด หหมดแรงจูงใจ ไม่สามารถตัดสินใจได้ พยาบาลต้องประสานและรายงานแพทย์เพื่อให้การดูแล และให้ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองภาวะซึมเศร้าด้วยการการบำบัดด้วยยา (Pharmacological therapy) และประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงในอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีการรับรู้ และสามารถดูแลตนเองดีขึ้น จึงให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การทำจิตบำบัดประคอง



1.5 ระยะเวลา ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ประมาณ 45-60 นาที เนื่องจากถ้าใช้ระยะเวลาสั้นจะทำให้เกิดความเร่งรีบในการบำบัด เวลาไม่เพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฝึกคิด หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้า ผู้บำบัดต้องใช้เวลาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึก แต่ถ้าระยะเวลามากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าจากภาวะของโรคหรือจากการได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ในส่วนของจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัดระดับประคองที่เหมาะสมควรทำประมาณ 4 ครั้ง เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนรักษาเพื่อให้เคมีบำบัดจะมีจำนวนเวลาในการนอนประมาณ 5-7 วัน ประกอบกับผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซึ่งจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้ากับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ เช่น ติดตามทุกครั้งที่มารับการรักษา เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังมีภาวะซึมเศร้า ควรให้การบำบัดทันที เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.6 เทคนิคต่างๆ ที่สามารถใช้ได้ผลดีในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่

1.6.1 การสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย จะทำให้เกิดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตร ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัด

1.6.2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ เนื่องจากการฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำ จะทำให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ เกิดการรู้สึกดี ช่วยลดอันตรายที่เกิดภาวะเครียดได้ สามารถฝึกปฏิบัติได้ง่าย ทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานที่ ทุกศาสนา มีวิธีการที่สะดวก สามารถทำได้ตลอดเวลาเมื่อมีความพร้อม และสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้

1.6.3 การให้ข้อมูลความรู้ เนื่องจากความรู้จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจใน ปัญหาของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของตนให้ ได้ผล

1.6.4 การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้สึกว่าชีวิต ไร้ค่าหรือขาดความหมาย จะแยกตัว ไม่มีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้ฝึก มองหาความหมายของชีวิตจะทำให้เกิดความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น และสามารถ ดำรงอยู่ต่อไปได้

1.6.5 การลดความหมกมุ่น เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงและ เรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความคิดวอกวนในมุมมองเดิมซ้ำแล้ว ซ้ำเล่า โดยส่วนใหญ่จะคิดและนึกถึง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกเป็นเวรกรรม เมื่อผู้ป่วยใช้วิธีการลดความหมกมุ่นด้วยการมี

กิจกรรมทางบวกจะทำให้จิตใจของผู้ป่วยไปจดจ่อกับกิจกรรมที่กระทำอยู่ และเกิดความเพลิดเพลิน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และฟื้นฟูสภาพจิตใจ

1.6.6 การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน เนื่องจากบุคคลที่เป็นทุกข์ วิตกกังวล เครียด มักผูกมัดตนเองไว้กับอดีตที่ผ่านมาแล้วซึ่งแก้ไขอะไรไม่ได้ หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึงซึ่งไม่รู้ว่า จะเกิดอะไรขึ้น การยอมรับสภาพความเป็นจริง คิดอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน จะทำให้ลดภาวะอารมณ์ที่เป็นทุกข์ วิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าลงได้

1.6.7 การมองภาพใหม่ เนื่องจากการมองโลกในแง่ร้ายหรือมีมุมมองด้านลบ ทำให้จิตใจหม่นหมอง เป็นทุกข์ หมดกำลังใจ การฝึกคิดให้มองภาพใหม่หรือเปลี่ยนมุมมองจากด้านลบเป็นด้านบวก ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความผาสุกให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การคิดในทางบวกจะทำให้มองเห็นปัญหาเป็นโอกาสในการเรียนรู้ ซึ่งทัศนคติเหล่านี้จะสามารถช่วยแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

1.7 คุณลักษณะของผู้ให้การบำบัด ได้แก่

1.7.1 มีความเป็นมิตร มีเมตตา มีชีวิตชีวา มีความสุขุมหรือมีความมั่นคงทางจิตใจ เป็นผู้ฟังที่ดี และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้โดยไม่มีเงื่อนไข

1.7.2 เป็นที่น่าไว้วางใจ มีความจริงใจ มีความรับผิดชอบ และรักษาความลับได้ จะทำให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจต่อผู้รับบริการ

1.7.3 มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ใจกว้างยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ ตระหนักในค่านิยมของตนเองและเข้าใจค่านิยมของผู้อื่น และให้เกียรติบุคคลอื่นว่ามีคุณค่าและคิดว่าบุคคลอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาด้วยความเข้มแข็งและสามารถเอาชนะอุปสรรคได้

1.7.4 มีความเป็นตัวของตัวเอง ศรีทฐาในตนเอง ทนต่อความขัดแย้งต่างๆ ได้ มีความมุ่งมั่น และสามารถปรับตัวและพัฒนาตนเองได้ดี จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการให้บริการและหาวิธีการต่างๆ เพื่อมาใช้ในการพัฒนาตนเอง

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีระยะติดตาม ทุก 1 เดือน หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

2.2 ควรทำการศึกษารายละเอียดของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะต่างๆ และปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต เป็นต้น

2.3 ควรมีการนำเอาโปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคองไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในระยะต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2545. แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม. 2548. ผลของการโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา สุภาคุณ. 2549. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญใจ นามชื่อ. 2548. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา องค์โมฆิต. 2545. จิตบำบัด: การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2546. ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(3): 185-198.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. 2546. ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิตา มณีวรรณ, เมรัย สุดจินดา, สุนทรี ภาณุทัต และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2537. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 8(2): 30-39.

- ชัดเจน จัทรพัฒน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เชาวณี ล่องชูผล. 2547. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. 2542. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล และคณะ. 2540. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ 80(10): 647-657.
- ดวงมณี จงรักษ์. 2549. ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตวิทยาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. 2542. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ธนาวรรณ พยุงผล. 2545. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. 2544. ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิตย์, จิตเวชศาสตร์ : รามาศิขิต, 291-313. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. 2539. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionair ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1): 2-17.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2539. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ HADS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1): 18-30.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี และสมพร เตรียมชัยศรี. 2533. คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2(10): 26-45.



- ถวิล ธาดาโภชน์ และศรัณย์ ดำริสุข. 2544. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ.
- นฤมล จันทร์ขำ. 2547. การศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทกร พัฒนา. 2550. คลายเครียดใน 30 วิ. กรุงเทพมหานคร: แชนโพร่ พรินต์ติ้ง.
- นิพนธ์ พวงจินทร์ และคณะ. 2537. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 46(1): 1-9.
- นิศาวิรัตน์ เซตวรธรณ. 2544. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. 2544. ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปரியา รอดปรีชา และยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. 2548. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3, หน้า 155-185. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ปัญญา กุลพงษ์. 2540. โรคมะเร็งในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องรัตน์ รัตนไทย. 2540. ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. 2536. ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผานิตรัตน์. 2540. แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความซึมเศร้า ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 1(2): 167-185.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผานิตรัตน์. 2538. รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แพ จันทร์สุข. 2541. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ. ในฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 179-220. นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์.
- พจณี รอดจินดา. 2541. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรนิภา หาญละคร. 2545. ผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์. 2539. ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ศักดิ์ วราห์ศวปติ, สาโรช คำรัตน์ และสกุลรัตน์ จารุสันติกุล. 2540. คู่มือคลายเครียด สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ภาคจิรา รัชตสังข์. 2547. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี บุราณ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงษ์. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2542. อาการรู้สึกผิดปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44(1): 30-36.
- มานิช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสุวรรณ. 2548. การรักษาด้านจิตใจ. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี, หน้า 365-379. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพัทธ์ รักมณีวงศ์. 2547. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เยาวรัตน์ ชันธิชัย. 2544. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ และอุไร บุรณเชษฐ. 2546. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MARDS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(4): 211-218.
- เรณู อินทร์ตา. 2548. ผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฤทัยวรรณ โต๊ะทอง. 2537. Cancer Metastasis. ใน วรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ), ตำราการรักษามะเร็ง, หน้า 11-26. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วราพร พาดิ. 2536. ผลของการบำบัดด้วยหนังสือต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. 2549. จิตวิทยาการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วัชรวิ ทรัพย์มี. 2549. ทฤษฎีให้บริการปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ แสงสงวน. 2539. การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. 2533. Management of Depression (1990). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อาร์ ดี พี.
- วิภาวี เผ่ากันทรการ. 2548. ภาวะซึมเศร้า : ประสบการณ์จมทุกข์-พันทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. 2528. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2536. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2540. Palliative Care. ใน รัชณี เมฆมณี (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูวิชาการด้านเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 21, หน้า 1-9. กรุงเทพมหานคร: นิเวศน์มิตรการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. 2552. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ[Online]. แหล่งที่มา: [http://www.tnc.or.th/file\\_attach/17Nov200857.AttachFile12269045957.pdf](http://www.tnc.or.th/file_attach/17Nov200857.AttachFile12269045957.pdf)[2552, มีนาคม13]
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน พรศรี คิดชอบ และคณะ, มะเร็งวิทยา, หน้า 255-279. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. 2528. ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2548. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2543. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. 2536ก. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. 2536ข. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สิริกัญจน์ ท่อแก้ว. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ อนุสันติ. 2546. บริหารความเครียด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2544. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. 2548. การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ. 2543. ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา กฤตยารวรรณ. 2548. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- สุชาติ พหลภาคย์. 2542. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์  
ออฟเซ็ท.
- สุดาพร ว่องไววิทย์. 2538. การช่วยเหลือผู้ติดเอดส์ให้อยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข. รวมารทิบดี  
พยาบาลสาร 1(3): 69-74.
- สุพรรณณี สุ่มเล็ก. 2527. ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า  
และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพาดณี เสมสุขกรี. 2541. ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกถึง  
คุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุमितรา ทองประเสริฐ. 2536. การรักษาแม่ตั้งครรภ์ด้วยยาเคมีบำบัด เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2552. รายงานประจำปี 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสาวภา อ่อนสนิท และโสพล ไชยมุติ. 2540. การรักษาแม่ตั้งครรภ์แนวใหม่. ปริญาตรีเภสัชศาสตร์  
บัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อรวรรณ ลีทองอิน. 2535. ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา  
นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ลีทองอิน. 2543. ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า  
(รายงานผู้ป่วย 1 ราย). วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(1): 14-31.
- อัจฉรา นุตโร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. 2546. การผ่อนคลาย : แนวคิด และการปฏิบัติ.  
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 17(1): 1-12.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- อุปมา เลียงสว่างวงศ์. 2541. โรคแม่ตั้งครรภ์. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 12(1): 43-54.

คูมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531. ผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และทำให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกอุมา วิเชียรทอง. 2549. ผลการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 51(2): 11-21.

### ภาษาอังกฤษ

American Cancer Society. 1981. A cancer source book for nurse. New York: American Cancer Society Inc.

Beck, A. T. 1967. Depression : Clinical, experimental and theoretical. New York: Hoeber Medicaldivision.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., Sykes, M. A., and Galovski, T. E. 2003. One and two year prospective follow up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. Behavior Research and Therapy 42(7): 745-759.

Bozarth, J. D., and Brodley, B. T. 2007. Actualisation : A functional concept in client-centered therapy[Online]. Available from:  
<http://www.allanturner.co.uk/papers/actualization.html>[2007, December 12]

Burns, N., and Grove, S. K. 2001. Nursing research. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Deckersbach, T., Rauch, S., Buhlmann, U., and Wilhelm, S. 2005. Habit reversal versus supportive psychotherapy in tourette's disorder : A randomized controlled trial and predictors of treatment response. Behavior Research and Therapy 44(8): 1079-1090.

Dinoff, B., and Shuster, J. L. 2005. Psychological issues. In V. T., DeVita, S., Hellman, and S. A., Rosenberg, Cancer: Principles and practice of oncology, pp. 2683-2690. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Paul, S. M. 2001. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nursing Forum 28(3): 465-470.
- Eby, L., and Brown, N. J. 2005. Mental health nursing care. New Jersey: Prentice Hall.
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi, S. 2004. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of current depression. American Journal Psychiatry 161(10): 1872-1876.
- Glajchen, M. 1999. Psychological issues in cancer care. In C. Miaskowski, and P. Buchsel (eds.), Oncology nursing : Assessment and clinical care, pp. 305-317. Missouri: Mosby.
- Golden, W. L., Gersh, W. D., and Robbins, D. M. 1992. Psychological treatment of cancer patients : A cognitive-behavioral approach. New York: Macmillan Publishing.
- Greist, J. H., and Jafferson, J. W. 1992. Depression and Its treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Grundy, M. 2006. Cancer and cancer nursing. In N. Kearney, and A. Richardson, Nursing patients with cancer : Principle and practice, pp. 741-770. Philadelphia: Elsevier.
- Hjerl, K., Andersen, E.W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., and Gensen, T. J. 2003. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. Psychosomatics 44(1-2): 24-30.
- Holland, J. C. 1982. Psychological aspects of cancer. In J. F. Holland, and E. Frei III, Cancer medicine, pp. 1175-1203. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Hollon, S. D., and Carter, M. M. 1994. Depression in adults. In L. W. Craighead, W. E. Craighead, A. E. Kazdin and M. J. Mahoney(Eds.), The American psychaitric publishing texbook of consultant-liason psychiatry : Psychiatry in the medical ill, pp. 307-330. Washington,DC: American Psychiatric.
- Jonghe, F., Kool, S., Aalst, G. V., Dekker, J., and Peen, J. 2000. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. Journal of Affective Disorders 64(5): 217-229.

- Lewin, L. 2003. The client with a depressive disorder. In Deborah, Antai-Otong CD(eds.), Psychiatric nursing : Biological and behavioral concepts, Unintended: Thomson Learning.
- Lloyed-Williams, M. 2007. Depression-the hidden symptom in advanced cancer[Online]. Available from: <http://www.jrsm.org/cgi/content/ful/96/12/577>[2007, January 20]
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1977. Sample size tables for clinical studies. 2<sup>nd</sup>ed. Malden, MA: Blackwell Science.
- Maguir, P. 2002. Psychological sequelae of adult cancer and its treatment. In R. L., Souhami. Oxford textbook of oncology, pp. 1035-1047. New York: Oxford University Press,
- Marden, O. S. 2008. Hope. Psychological and emotional support[Online]. Available from: <http://www.Cancersupportivecare.com/index.html>[2008, December 12]
- Massie, M. J. 2004. Prevalence of depression in patients with cancer. Journal of the National Cancer Institute Monographs 32: 57-71.
- National Cancer Institute. 2005. Hospital-based cancer registry 2005. Bangkok: National Cancer Institute.
- National Cancer Institute. 2007. Hospital based cancer registry. Bangkok: National Cancer Institute.
- National Cancer Institute of America. 2009. Dictionary of cancer terms[Online]. Available from: [http://www.nci.nih.gov/Templates/db\\_alpha.aspx?CdrID=430479](http://www.nci.nih.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=430479)[2009, April 06]
- National Institute of Mental Health. 2002. Depression and cancer[Online]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov>[2006, July 28]
- Payne, D. K., and Massie, M. J. 2002. Depression and anxiety. In A. M. Berger, R. K., Portenoy, and D. E., Weissman. Principles and practice of palliative care and supportive oncology, pp. 577-592. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pillsworth, T., Pye, D., and Roberts, S. A. 1995. Symptom control in advanced cancer. In D. Jill (ed), Cancer Core: Prevention Treatment and Palliation, pp.262-303. London: Chapman and Hall.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. Nursing research : Principles and methods. 7<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. Nursing research : Principles and methods. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Razavi, D., and Stiefel, F. 1999. Psychiatric disorders in cancer patients. In B. D., Cheson, Basic and clinical oncology, pp. 345-370. New York: Marcel Dekker.
- Roth, A., Massie, M. J., and Redd, W. H. 1996. Consultation for the cancer patient. In J., Jacobson, and A. M., Jacobson, Psychiatric secrets, pp. 429-442. Singapore: Hanley and Belfus.
- Shives, L. L., and Issaacs, A. 2002. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Spiegel, D. 2007. Cancer and depression[Online]. Available from: <http://www.psychotropics.dk>[2007, January 23]
- Stanley, M. A., Beck, J. G., and Glassco, J. D. W. 1996. Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. Behavior Therapy 27(11): 565-581.
- Tsai-Hwei, C., Ru-Band Lu., Ai-Ju Chang., Da-Ming Chu., and Kuei-Ru Chou. 2006. The evaluation of cognitive-behavioral group on patient depression and self-esteem. Archives of Psychiatric Nursing 20(2): 3-11.
- William, L. G., Wayne, D. G., and David, M. R. 1992. Psychological treatment of cancer patients : A cognitive-behavioral approach. New York: Macmillan.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., and Pinsker, H. 2004. Introduction to supportive psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zung, W. K. 1965. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 12(1): 63-67.





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

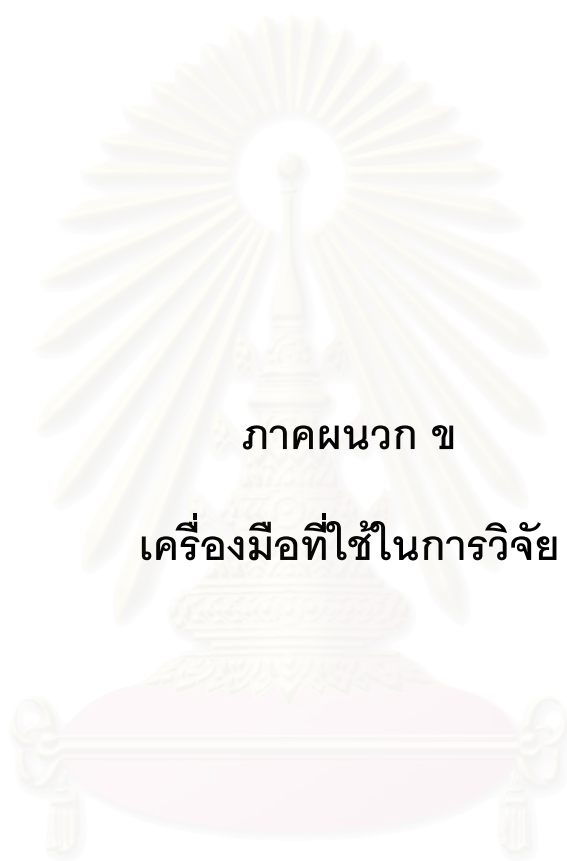
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนาม	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ธีระ ลีลานนทกิจ	นายแพทย์ 10 (ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวพิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีกรุงเทพ
4. นางจิราพรพรณ เวศานนทเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
5. นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**คำชี้แจง** แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่อง ( )

หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน (ตอบให้ครบทุกข้อ)

**ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษา (ผู้วิจัยบันทึก)**

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมายวงกลม (O) รอบข้อที่ตรงกับความรู้สึก หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





1. ตำแหน่งของโรคมะเร็ง .....
2. อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย .....
3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย .....
4. สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ .....
5. จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (รวมครั้งนี้) ..... ครั้ง
6. ชนิดของยาคลายกล้ามเนื้อที่ได้รับ .....



## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมายวงกลม (O) รอบข้อที่ตรงกับความรู้สึก หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

- 1 ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต  
 ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย  
 ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง  
 ง. ไม่หมดหวัง
  
  - 2 ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย  
 ข. รู้สึกผิด คิดแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต  
 ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ  
 ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี
- .....
- .....
- .....
- .....
- 19 ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง  
 ข. ไม่สนใจใคร ไม่คิดอยากพูดกับใคร  
 ค. สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม  
 ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม
  
  - 20 ก. คิดวางแผนทำร้ายตนเอง  
 ข. คิดอยากตาย  
 ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อย ๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย  
 ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย

**แบบประเมินความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง**

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะภาวะซีมเศร้า ที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยชาย 5, หอผู้ป่วยหญิง 6 และหอผู้ป่วยหญิง 7 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยนัดพบผู้ป่วยติดต่อกัน 4 วัน เวลาในการให้การบำบัด 45-60 นาที

.....  
..... โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้าเป็นรายบุคคล ที่อยู่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยใน เมื่อคัดกรองผู้ป่วยได้ตามคุณลักษณะที่กำหนดแล้ว แบ่งการบำบัดออกเป็น 4 ครั้ง โดยมีกระบวนการดังนี้

**ครั้งที่ 1**

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา ผู้ให้การบำบัดบอกถึงหลักการในการบำบัด และประโยชน์ของการบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดประเมินวัดภาวะซีมเศร้าในครั้งแรกและเมื่อครบ 2 สัปดาห์ของการบำบัด ถ้าผู้ป่วยตกลงรับการบำบัด ก็เริ่มเข้าสู่กระบวนการให้การบำบัดเป็นครั้งแรก

**กิจกรรมที่ 2** การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ผู้ให้การบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี (โดยใช้คู่มือวิธีการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ) และให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยมีอาการผ่อนคลาย และผู้ให้การบำบัดมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ (Breathing exercise) ไปฝึกปฏิบัติต่อ โดยฝึกแต่ละวันควรทำอย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัดและข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....  
.....

**ครั้งที่ 2**

**กิจกรรมที่ 3** ผู้ให้การบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลามและภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลามและการรักษาโรคมะเร็ง, เคมีบำบัด และผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด, พฤติกรรมและอาการทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการรักษาอาการซึมเศร้าและวิธีการปฏิบัติตนขณะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (โดยใช้เอกสารประกอบการสอน)

**กิจกรรมที่ 4** การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ให้การบำบัดให้ผู้ป่วยฝึกคิดเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิตในด้านบวกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข สิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจทั้งในอดีต และปัจจุบัน เช่น ข้อดี ความดี และให้ผู้ป่วยให้ความหมายพร้อมทั้งให้เหตุผลต่อข้อดี ความดี สิ่งที่ภาคภูมิใจในประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความสุขในต้นไม้แห่งชีวิต

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัดและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**กิจกรรมที่ 5** การลดความหมกมุ่น โดยผู้ให้การบำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่วิตกกังวล และความรู้สึกซึมเศร้า และฝึกการเปลี่ยนหรือ เบี่ยงเบนความคิด ความรู้สึกไปสู่กิจกรรมกิจกรรมทางบวก

**กิจกรรมที่ 6** การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน โดยผู้ให้การบำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่วิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า และฝึกการคิดหาเหตุผล ของความคิด การกระทำ วัตถุประสงค์ของการกระทำ และวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายในสิ่งที่เป็น ปัจจุบัน

**กิจกรรมที่ 7** การมองภาพใหม่ โดยผู้ให้การบำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกที่วิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า และให้ผู้ป่วยฝึกการคิด พิจารณาต่อปัญหา ในหลายแง่มุม และคิดในทางบวก

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัดและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**กิจกรรมที่ 8** ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง โดยสรุป และทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการทำจิตบำบัดระดับประคอง ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก ตลอดจนแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมาย และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ผู้ให้การบำบัดประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการคิดและเผชิญปัญหาต่างๆ ว่าความคิดที่พัฒนาขึ้นเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลหรือไม่ มีความคิดที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถมองโลกในแง่บวกมากขึ้น มีสีหน้าท่าทางมีความสุขสบายใจขึ้น และผู้ให้การบำบัดให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆ พร้อมถามถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัดในครั้งนี้ และถามถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างป่วยกายแต่ไม่ป่วยใจ ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งกายและใจ จะยุติให้การบำบัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจะทำการส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์ทำการรักษาต่อไป

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัดและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมทำจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วย

โรคมะเร็งระยะลุกลาม

ที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า

โดย

นาง ศิริพร สวยพริ้ง

อาจารย์ ดร. รังสิมันตร์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะการลุกลามของโรคที่เป็นมากขึ้น อาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย เช่น วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Devlen, 1987 cited in Maguire, 2002) ทั้งในด้านความรุนแรงและระยะเวลา ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขชัย (2542) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าเป็นเล็กน้อย ปานกลาง และมาก ในแต่ละระดับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยและปานกลางนี้ จะส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ส่วนภาวะซึมเศร้าในระดับมากอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าได้จากการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขชัย (2542) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ต่ำกว่า	20	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน	21-25	คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
คะแนน	26-34	คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
มากกว่า	35	คะแนน	ขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคการทำจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosental and Pinsker (2004) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เพิ่มการทำหน้าที่ของตนเอง (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptation skill) ของผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดอาจจะรวมถึงการทดสอบสัมพันธภาพ การถ่ายโอนความรู้สึก และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ของ Carl R. Rogers (1976 อ้างถึงใน แฉ จันท์สุข, 2541; อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549; Eby & Brown, 2005; Bazarth & Brodley, 2007) ซึ่งแนวคิดนี้จะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered) และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย ซึ่งมีผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นแผนการทำจิตบำบัดระดับประคอง โดยมุ่งเน้นลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการเคมีบำบัด ในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมและดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัวของผู้ป่วย (Adaptation skill) โดยมีขั้นตอนในการทำจิตบำบัด 3 ขั้นตอน (Shives and Isaacs, 2002) ได้แก่ 1) ขั้นทำความรู้จักคุ้นเคย (Introductory

stage) 2) ชั้นแก้ปัญหา (Working stage) และ 3) ชั้นปัญหาได้รับการแก้ไข (Working through stage) และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นแผนการทำจิตบำบัดระดับประคอง มุ่งเน้นลดภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยและปานกลางของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ในการเผชิญปัญหา และมีการปรับตัวได้ดีขึ้นและเหมาะสม โดยมีระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- |            |              |  |
|------------|--------------|--|
| ครั้งที่ 1 | กิจกรรมที่ 1 | การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจกับปัญหา |
|            | กิจกรรมที่ 2 | การฝึกการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ                    |
| ครั้งที่ 2 | กิจกรรมที่ 3 | การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะซึมเศร้า         |
|            | กิจกรรมที่ 4 | การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง                      |
| ครั้งที่ 3 | กิจกรรมที่ 5 | การลดความหมกมุ่น                                       |
|            | กิจกรรมที่ 6 | การมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่ในปัจจุบัน                     |
|            | กิจกรรมที่ 7 | การมองภาพใหม่  |
| ครั้งที่ 4 | กิจกรรมที่ 8 | ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง                           |



# คู่มือวิธีการเพื่อนกลายเป็น

## ด้วยวิธีการหายใจ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โดย

นาง ศิริพร สวยพริ้ง

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

ความเครียดเป็นภาวะที่ทุกคนต้องเผชิญโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเผชิญความเครียดเป็นเวลานาน หรือบ่อยๆ มักก่อให้เกิดปัญหา ทางด้านสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเครียดเกิดขึ้น มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองเพื่อลดปัญหาของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเครียด มีวิธีการที่จะผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

นางศิริพร สวยพริ้ง

อาจารย์ ดร. รัชนีรัตน์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม  
ที่ได้รับเคมีบำบัด  
และภาวะซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โดย...

นางศิริพร สวดยพริ้ง

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

ภาวะซีมีเศร่า เป็นความรู้สึกผิดปกติของสภาพอารมณ์ รู้สึกเศร่าใจ หดหู่ หมัดหวัง ท้อแท้ มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน เช่น โรคมะเร็ง มักพบว่าภาวะซีมีเศร่าร่วมด้วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการของโรคหรือเป็นผลจากการรักษา เช่น เคมีบำบัด

เคมีบำบัด เป็นวิธีการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง ท่านจะได้รับการรักษาที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมโดยขึ้นกับชนิด ระยะของโรค และสุขภาพของท่าน การทำความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีการรักษา จึงมีความสำคัญ

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซีมีเศร่า มีความรู้ความเข้าใจและสามารถที่ดูแลตนเอง รวมทั้งให้ท่านมีกำลังใจ ปรับตัวในขณะรับการรักษาได้ดี จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านในการนำไปใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

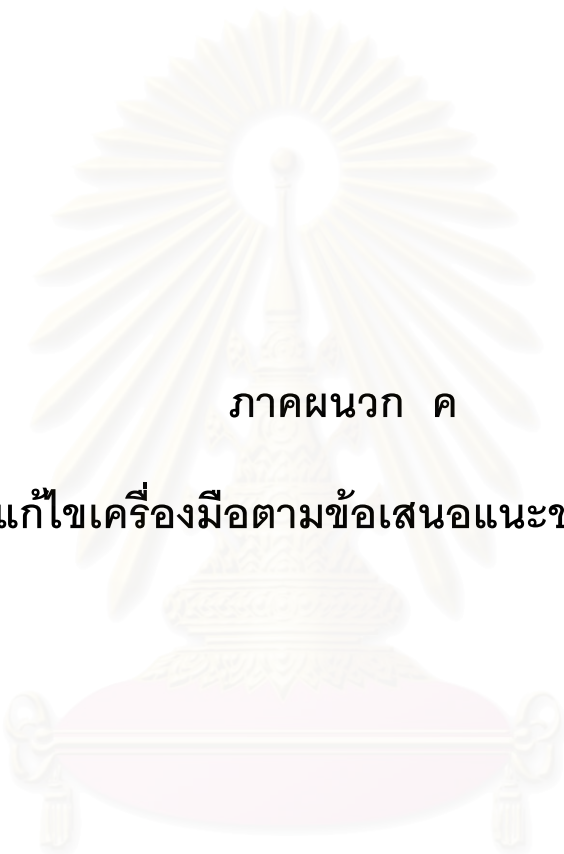
นางศิริพร สวยพริ้ง

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สรุปการแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



1. สรุปการปรับแก้ไขแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai depression inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 15 ปรับแก้ไข

ข้อ ก. “เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางกายแน่” แก้ไขเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลาม ของโรคอยู่ตลอดเวลา”

ข้อ ข. “กังวลใจ คิดว่าตนเองน่าจะมีโรคทางกาย” แก้ไขเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรคบ่อยครั้ง”

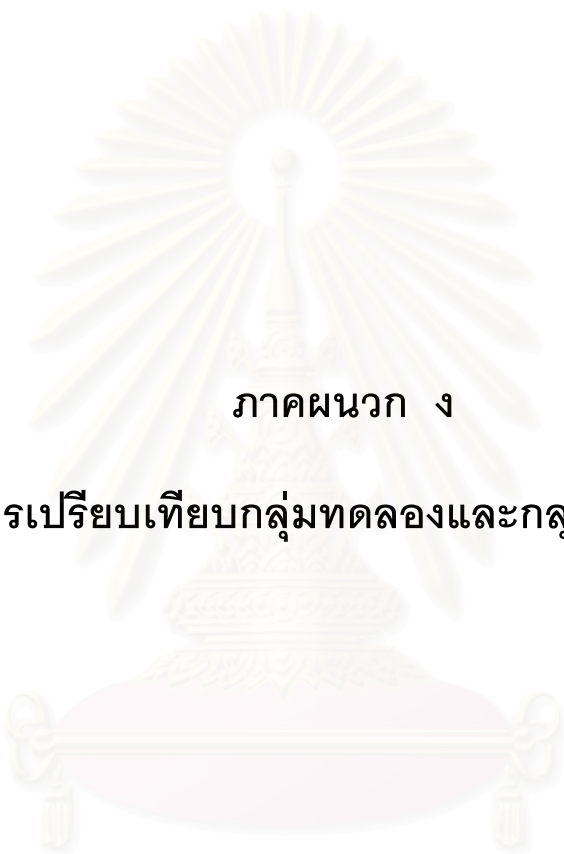
ข้อ ค. “หวังสุขภาพของตนเองกว่าแต่ก่อน” แก้ไขเป็น “กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรคเป็นบางครั้ง”

ข้อ ง. “ไม่กังวลโรคทางกาย” แก้ไขเป็น “ไม่กังวลเกี่ยวกับอาการและการลุกลามของโรค”

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 2 ปรับแก้ไข

ข้อ ก. “คิดวางแผนฆ่าตัวตาย” แก้ไขเป็น “คิดวางแผนทำร้ายตนเอง”

1.3 เรียงลำดับข้อคำถามใหม่ โดยเรียงลำดับจากความรุนแรงน้อยไปหาความรุนแรงมาก คือจากข้อ 2 เป็นข้อที่ 20



ภาคผนวก ง

การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า			
	ก่อนการทดลอง (n = 13)		หลังการทดลอง (n = 13)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	22	23	6	33
2	26	23	14	27
3	31	26	23	32
4	26	32	30	24
5	22	25	9	30
6	30	28	18	35
7	25	22	19	20
8	35	32	25	32
9	27	28	19	32
10	24	25	9	26
11	28	28	26	30
12	23	21	22	24
13	21	24	21	28
เฉลี่ย	26.15	25.92	18.54	28.69
ระดับภาวะซึมเศร้า	ปานกลาง	ปานกลาง	ปกติ	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง เท่ากับ 26.15 อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 25.92 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เท่ากับ 18.54 อยู่ในระดับปกติ กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 28.69 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค		รวมตำแหน่งของอวัยวะที่มีการแพร่กระจาย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	Liver, Lymph node	Liver	2	1
2	Bone	Lymph node	1	1
3	Lung, Lymph node	Lung	2	1
4	Endocervix, Culdesac	Lung	2	1
5	Liver, Bone	Bone	2	1
6	Liver	Liver, Bone	1	2
7	Lung	Bone	1	1
8	Lymph node	Lymph node	1	1
9	Lung, Bone, Lymph node	Lung, Liver	3	2
10	Lung	Lung	1	1
11	Lymph node	Lymph node	1	1
12	Bladder, Anterior Rectum	Lung	2	1
13	Liver, Lymph node	Liver, Lymph node	2	2
		เฉลี่ย	1.62	1.23

จากตารางที่ 11 ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 1.62 และในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.23

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (เดือน)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	7	7
2	5	3
3	7	8
4	2	72
5	7	6
6	48	24
7	156	36
8	14	4
9	30	120
10	4	8
11	5	7
12	24	36
13	9	5
เฉลี่ย	24.46	25.85

ตารางที่ 12 ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 24.46 เดือน กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการเจ็บป่วย เฉลี่ย เท่ากับ 25.85 เดือน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก จ

เอกสารจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 081/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสถาบัน ชูคดี 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย  
โรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด  
(THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON  
DEPRESSION IN ADVANCED CANCER PATIENTS  
RECEIVING CHEMOTHERAPY)
- ผู้วิจัยหลัก : นางศิริพร สวดยพริ้ง นิสิตระดับมหาบัณฑิต
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดี 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

๒๕๕๐

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

รับรองวันที่ 2 สิงหาคม 2550

วันหมดอายุ 2 กุมภาพันธ์ 2551



## เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ 017/2550

ชื่อโครงการ	ผลของจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางศิริพร สวดยพริ้ง
หน่วยงานที่สังกัด	กลุ่มงานเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
รหัสโครงการ	EC 014/50
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี
เอกสารที่รับรอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงร่างวิทยานิพนธ์</li> <li>- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย</li> <li>- หนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ</li> <li>- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า</li> <li>- แผนการทำจิตบำบัดระดับประคอง</li> </ul>
วันที่รับรอง	24 กันยายน 2550

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม .....

(นายธีรวุฒิ คูหะเปรมะ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ใบรับรองโครงการวิจัย  
คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ชื่อโครงการ ผลของจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ  
ลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

รหัสโครงการ 018/2550

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางศิริพร สวยพริ้ง


หน่วยงานที่สังกัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่รับรองโครงการ กรกฎาคม 2550

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติรับรอง โครงการวิจัยดังที่ระบุ  
ข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม .....  


(นายสุเมธ รินสุรวงศ์)  
ประธานคณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ลงนาม .....  


(นายธีรวุฒิ คุหะเปรมะ)  
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ที่ ศธ 0512.11/10๙3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1๘ พฤษภาคม 2550

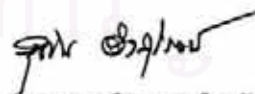
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตฝึกประสบการณ์ก่อนทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เนื่องด้วย นางศิริพร สวดยพริ้ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้า" โดยมี อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดวงตา กุลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ช่วยนิเทศในการฝึกประสบการณ์ ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่วันที่ 4-29 มิถุนายน 2550 เวลา 08.00-16.00 น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นิสิตฝึกประสบการณ์ก่อนทำวิทยานิพนธ์ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางดวงตา กุลรัตนญาณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางศิริพร สวดยพริ้ง โทร. 08-7671-2331



## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นาง ศิริพร สวयพริ้ง นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช แผนก ก.) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล .....

อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... ได้รับทราบจากผู้วิจัย ซึ่ง  
ได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้ง  
รับทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และผู้วิจัยได้ขออนุญาตข้าพเจ้าเพื่อดูประวัติเวช  
ระเบียน ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว  
ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธ  
การร่วมการศึกษาวินิจฉัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ  
ที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา  
โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย  
สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้

..... (ลงนาม) .....

สถานที่/วันที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... (ลงนาม) .....

สถานที่/วันที่ (นางศิริพร สวยพริ้ง)

ผู้วิจัยหลัก

..... (ลงนาม) .....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางศิริพร สวຍพริ้ง เกิดวันที่ 23 เมษายน 2505 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตร  
วิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง ปี พ.ศ. 2531 เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ด้านการ  
พยาบาล หน่วยการพยาบาลให้การปรึกษา งานพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการ  
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย