

ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา*

โสภิต ทับทิมหิน พยม.**

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปร.ด***

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ระยะที่ 2 และ 3 ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดระดับการมีสติ แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการมีสติสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนภาวะวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้ามีค่าต่ำกว่าก่อนทดลอง และมีค่าลดลงในระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีค่าระดับการมีสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยข้างต้นควรนำแนวทางการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมไปประยุกต์ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี เพื่อลดระดับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27 (1) 109-123

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การบำบัดตามแนวพุทธธรรม

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

**ผู้เขียนหลัก นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email: Sopit_thip48@yahoo.com

***รองศาสตราจารย์ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในสตรีทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยสถิติจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2547 – 2551 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 17,938 คน, 19,425 คน, 19,599 คน, 21,708 คน, และ 23,356 คน ตามลำดับ¹ ซึ่งผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 77 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59² นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีต่างๆ ยังอาจก่อให้เกิดความเครียดจากการที่ไม่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ความกังวลและการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์³ ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส⁴ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว⁵ และมีความกลัวทั้งการสูญเสียกลัวเป็นที่รังเกียจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปกลัวการทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวการกลับเป็นซ้ำและรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาคนอื่น⁶ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงและเรื้อรังในผู้ป่วยหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านทั้งตัวผู้ป่วยเองทำให้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อมาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว⁷ และสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคทางกายจะทำให้โรครมีความรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น⁸ ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลายาวนาน สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัว⁹ รัฐต้อง

ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁰ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

ภาวะวิตกกังวล ในทางพุทธศาสนาเรียกว่า อุตัจจกุกกุกจะ หมายถึง ความฟุ้งซ่านและความกังวล¹¹ ซึ่งถือว่าเป็นความรู้สึกทุกข์ใจอย่างหนึ่ง ส่วนภาวะซึมเศร้าในทางพุทธศาสนา หมายถึง โสกะจิตใจุ่นวายไม่ตั้งมั่นโดยมีความโกรธร่วมด้วย จนทำให้เกิดความรู้สึกสำนึกผิด คุณค่าแห่งตนที่ลดลง มีผลทำให้โทมนัสที่รุนแรง คือ ความไม่พอใจ กังวล เครียด เสียใจและความกลัว รวมถึง อุปายาส คือ ความคับแค้นใจและความสิ้นหวังที่เกี่ยวข้องกับโสกะและปริเทวะ จนหมดความหวังและหมดหนทางช่วยเหลือ¹¹ นั่นหมายถึงมีการระลึกสติของผู้ป่วยที่เป็นอกุศลเจตสิก ทำให้มีภาวะวิตกกังวลเศร้าหมองเกิดขึ้น

ปัจจุบันการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการบำบัดตามแนวคิดตะวันตกซึ่งมีประสิทธิผลสามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ แต่เนื่องจากบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยไทยที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การปฏิบัติตามแนวพุทธศาสนาที่สอดคล้องกับความเชื่อและความศรัทธา วิธีการดำเนินชีวิตของผู้บำบัดและผู้ป่วย จะทำให้มีความง่ายต่อการเห็นพ้องและนำไปปฏิบัติ¹² นอกจากนี้พุทธศาสนายังเน้นและส่งเสริมการปฏิบัติการเจริญสติ คือ การเป็นอยู่ด้วยสติสัมปชัญญะ ฝึกควบคุมตนเองให้มีสติในแต่ละขณะและยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงด้วยปัญญา ผลของการปฏิบัติการเจริญสติ

อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในระหว่างปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดสติ ปัญญา เข้าใจความเป็นจริงของสภาวะธรรมได้ตามที่เป็นจริง ออกจากความคิดของการปรุงแต่งและอำนาจครอบงำของกิเลส^{13,14,15} ส่งผลให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปรัชญาความเชื่อทางพระพุทธศาสนาในเรื่องของการเจริญสติ ได้มีการบูรณาการวิธีนี้ไปใช้เพื่อการบำบัดโดยนักจิตบำบัดและจิตแพทย์ชาวตะวันตกหลายท่าน เช่น กาบัต ซิน¹⁶ ได้ริเริ่มนำวิธีปฏิบัติตามแนวคิดของศาสนาพุทธมาผสมผสานกับวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผลและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในชื่อโปรแกรมการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program or MBSR) โดยต่อมาโปรแกรมนี้อีกได้นำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งในประเด็นปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาคุณภาพการนอน ปัญหาทางอารมณ์ ความเครียดและความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงอาการทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง ซึ่งพบว่าให้ประโยชน์ทางบวกต่อคุณภาพการนอน อาการเครียด ปัญหาทางด้านอารมณ์ และความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ระดับคะแนนของภาวะวิตกกังวล ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า อาการปวด และอาการต่างๆ ที่มีผลต่อความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{17,18} ส่วนในประเทศไทยพบว่าการนำวิธีการทางพุทธศาสนามาประยุกต์ในกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยมะเร็ง เป็นกิจกรรมที่นำมาผสมผสานในกิจกรรมการพยาบาล เช่น การฝึกสมาธิด้วยตนเอง¹⁹ การสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์²⁰ นอกจากนี้ได้มีการนำแนวคิดทางพุทธศาสนามาบำบัดในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์²¹

สตรีวัยทองที่มีภาวะซึมเศร้า²² ผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์¹² และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง²³ ซึ่งพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับความรู้สติเพิ่มขึ้น²⁴

สำหรับโปรแกรมการบำบัดมีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มที่ให้ประสิทธิภาพทางบวก แต่การบำบัดแบบกลุ่มเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าต่อการลงทุน ในขณะที่มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก แต่มีผู้ใช้บริการจำนวนจำกัด²⁵ การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเจ็บป่วย การประสบปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจเหมือนกัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ใช่ตนเองเท่านั้นที่ป่วย สมาชิกในกลุ่มเกิดความเข้าใจกันอันนำไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ช่วยเหลือให้สมาชิกในกลุ่มมีแนวคิดหรือแนวทางในการแก้ปัญหา ส่งผลให้ภาวะวิตกกังวลลดลงได้

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทดสอบประสิทธิผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อระดับการมีสติ และการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นการใช้ปรัชญาแนวคิดตามวิถีพุทธศาสนาเป็นพื้นฐาน ทั้งในหลักไตรลักษณ์ อริยสัจ 4 และโยนิโสมนสิการ เพื่อให้เกิดการระลึกถึงธรรมชาติของร่างกายและจิตใจยอมรับต่อความเป็นจริงของกฎธรรมชาติ ทุกสิ่งทุกอย่างเกิดจากเหตุปัจจัยและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ไม่สามารถคาดหวังหรือยึดมั่นในความปรารถนาของตนให้เป็นจริงได้ นอกจากนี้การสอนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ ยังเป็นการช่วยตัดตอนกระบวนการคิดปรุงแต่ง ทำให้อยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งเรียกว่าทุกข์ในทางพุทธศาสนาลดลงและป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
ในระยะยาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเกิดทุกข์ในพุทธธรรม
ของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุต.โต)¹⁵ การบำบัด
ตามแนวพุทธธรรมของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ¹²
เป็นกรอบแนวคิด คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะ
วิตกกังวลหรือซึมเศร้า เกิดจากการที่ไม่สามารถ
ยอมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
ตามธรรมชาติได้ เกิดการยึดมั่นถือมั่น (อุปาทาน)
มีการระลึกภูมิตีที่เป็นอกุศลเจตสิก เกิดภาวะวิตกกังวล
และภาวะซึมเศร้าหรือทุกข์ในพุทธศาสนา ซึ่งการบำบัด
ตามแนวคิดพุทธธรรม เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน
ในการบำบัดตามแนวอริยสัจ 4 ผู้ให้การบำบัดมี
ลักษณะของการเป็นกัลยาณมิตร ชี้แนะแนวทางแห่ง
ปัญญาแก่ผู้รับการบำบัด ให้มีความเข้าใจในธรรมชาติ
ของชีวิตตามความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
ที่เกิดขึ้น ไม่ยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งที่ตนเองคาดหวัง
ดำเนินชีวิตสอดคล้องกับธรรมชาติ นอกจากนี้การสอน
และสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ ซึ่งเมื่อปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีสติที่เข้มแข็ง เกิดปัญญา
เจตสิกเห็นต้นเหตุแห่งปัญหาและหนทางดับทุกข์
และยังเป็นการช่วยตัดตอนกระบวนการคิดปรุงแต่ง
ทำให้อยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับ
ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งเรียกว่าทุกข์ใน
ทางพุทธศาสนาลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้
รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมก่อนและ

หลังการทดลองทันที และ 1 และ 2 เดือนหลังการ
ทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ
วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่เข้ารับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม
ตามแนวพุทธธรรมก่อนและหลังการทดลองทันที
และ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีสติ ภาวะวิตก
กังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้
รับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตาม
แนวพุทธธรรมกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล
ตามปกติ หลังการทดลองทันที และ 1 และ 2 เดือน
หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการบำบัด
แบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมมีค่าคะแนนระดับการ
มีสติมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ
รักษาพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการบำบัด
แบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมมีค่าคะแนนภาวะวิตก
กังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการบำบัด
แบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมมีค่าคะแนนระดับการ
มีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง
แตกต่างกันก่อนและหลังการทดลองทันที และ 1
และ 2 เดือนหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental
design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ระยะที่ 2 และ 3 ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 16 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ได้รับการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมเพิ่มจากการรักษาพยาบาลตามปกติ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินโดยแบบประเมิน Thai HADS มากกว่า 8 คะแนนในภาวะใดภาวะหนึ่งหรือทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ดี ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับการให้คำปรึกษาตามแนวพุทธธรรมมาก่อน นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการคงที่ ไม่อยู่ในระยะเฉียบพลัน และเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น จากนั้นทำการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ทั้ง เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ประเภทการรักษา รวมถึงค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายจ่ายในการติดตามผลการรักษาในแต่ละครั้ง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัย ระยะของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และประสบการณ์ในการทำสมาธิ

2. แบบวัดเพื่อประเมินผล ได้แก่

2.1 แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ²⁶ ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นด้านอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และด้านภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนเต็มแต่ละส่วนได้ 0 - 21 คะแนน โดยมีเกณฑ์คะแนนในลักษณะที่แบ่งระดับการวินิจฉัยเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช 8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และ 11-21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในศูนย์บริการผู้ป่วยมะเร็งที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.90

2.2 แบบวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MASS) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยธรรตพร สันติวงษ์²³ ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดประเมินค่า (Rating) แบบให้ค่าเป็น 6 ระดับ บอกความถี่ของประสบการณ์แต่ละวันที่บุคคลทำโดยไม่มีการตระหนักรู้ตามความเคยชิน หรือนิสัยเดิม และตีค่าความถี่ของกิจกรรมให้ออกมาเป็นคะแนน การแปลค่าเฉลี่ยกลางค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงระดับการรู้สติที่ดีขึ้น โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดและสูงสุดระหว่าง 15-90 คะแนน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.96

2.3 แบบติดตามประเมินผลในระยะติดตามผล เป็นคำถามปลายเปิด เช่น “หากมีสิ่งที่ทำให้ท่านไม่สบายใจ หรือมีความทุกข์ใจ ท่านปฏิบัติตนอย่างไร...” เพื่อสอบถามพฤติกรรมและการปฏิบัติตน เมื่อมีความทุกข์ใจ การปฏิบัติสมาธิ หรือการเจริญสติ รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการลดความทุกข์ใจด้วยวิธีทางพุทธศาสนา โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเอง ในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 2 เดือนหลังการทดลอง

3. โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรม เป็นโปรแกรมที่ผู้ศึกษานำรูปแบบและกระบวนการของการปรึกษาตามแนวพุทธศาสนาที่พัฒนาขึ้นโดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ¹² มาประยุกต์กับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การเป็นกัลยาณมิตร 2) การค้นหาเหตุแห่งปัญหา และสอนเรื่องสาเหตุของความทุกข์ใจ และการดับทุกข์ตามแนวพุทธศาสนาโดยเน้นในเรื่องของไตรลักษณ์ 3) ฝึกปฏิบัติการเจริญสติและการวางแผนนำการเจริญสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน 4) การสรุปและประเมินผล รวมทั้งหมด 9 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน โดยให้การบำบัดเป็นรายกลุ่ม และในระหว่างการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการฟังธรรมเทศนาสัปดาห์ละครั้ง และปฏิบัติการเจริญสติสัปดาห์ละ 4 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และให้ปฏิบัติต่อเมื่อกลับบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ จำนวน 8 คน จะประเมินระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง และหลังจากรับการรักษาครบ 3 สัปดาห์ โดยในระหว่างการรักษาผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้ตามความสมัครใจ เช่น ทำบุญตักบาตรทุกวัน อังคารเช้า ดนตรีและสันตนาการเดือนละ 1 ครั้ง และกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนเดือนละ 1 ครั้ง เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยในรายที่มีภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง จากการประเมินก่อนทดลองหรือระหว่างการศึกษ ผู้ป่วยจะได้รับการให้การปรึกษาจากพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง และได้รับการพิจารณาการรักษาจากแพทย์ตามความเหมาะสม จากนั้นจึงติดตามประเมินผลระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมจนครบทุกคนในระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน โดยนับจากวันที่ประเมินหลังการทดลอง

ส่วนในกลุ่มทดลอง นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ในแต่ละครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยการบำบัดครั้งที่ 1 เป็นระยะตกลงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องรายละเอียดต่างๆของการบำบัดตั้งแต่เรื่องสถานที่ เวลา ความถี่ การนัด วิธีการบำบัด รวมถึงข้อตกลงถึงจุดมุ่งหมายของการบำบัด การบำบัดในครั้งที่ 2 ถึง 8 คือระยะของการบำบัดเป็นการทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาโดยกระบวนการและกิจกรรมการบำบัดขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง และการฝึกปฏิบัติการเจริญสติของผู้ป่วย ส่วนการ

บำบัดในครั้งที่ 9 คือระยะยุติการบำบัด เป็นการให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในตนเองที่เกิดขึ้นจากการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า การบำบัดของตนเป็นสิ่งที่ควรภาคภูมิใจ และดีใจในความสำเร็จ เกิดความพึงพอใจในความสามารถ และความเข้มแข็งของตน รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการสอบถามตนเอง และรู้จักตนเอง เข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองหลังจากที่การบำบัดรักษาจบสิ้นไปแล้ว บันทึกการประเมินระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลองในระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองใน 3 สัปดาห์ทันที และระยะติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 และ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยาย และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2 -test) และ Fisher exact probability test ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) รูปแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัย แบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย (Two – factor Repeated Measures design with repeated measures on one factor) และการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยการเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ของ Fisher

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือส่วนใหญ่อยู่ในช่วง

อายุ 41–50 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท มีรายจ่ายในการติดตามผลในการรักษาในแต่ละครั้ง 1,001 – 3,000 บาท กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยมีสิทธิบัตรในการรักษาจากต้นสังกัด ประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะของโรคมะเร็งเต้านมส่วนมากอยู่ในระยะที่ 3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากกว่า 12 เดือน การรักษาในปัจจุบันเป็นการรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างเดียวก่อน 5 คน และรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดกลุ่มละ 3 คน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มากกว่า 3 ครั้งทั้งสองกลุ่ม มีประสบการณ์ในการทำสมาธิและหรือการเจริญสตินาน ๆ ครั้งหรือปฏิบัติเมื่อมีโอกาส ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) มีเพียงสถานภาพสมรสและระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อไปพิจารณาค่าคะแนนระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองทันที และ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับการมีสติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้ม

สูงมากขึ้นใน 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง ส่วน ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มลดลง ใน 1 และ 2 เดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองทันทีและ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การประเมินผล					
	ระดับการมีสติ		ภาวะวิตกกังวล		ภาวะซึมเศร้า	
	Mean	(S.D.)	Mean	(S.D.)	Mean	(S.D.)
กลุ่มควบคุม (n = 8)						
-ก่อนทดลอง	60.75	(4.30)	12.50	(2.00)	10.25	(1.90)
-หลังการทดลองทันที	62.62	(4.07)	10.50	(0.92)	9.13	(0.83)
-หลังการทดลอง 1 เดือน	64.37	(3.74)	11.00	(1.85)	9.00	(1.41)
-หลังการทดลอง 2 เดือน	65.37	(4.27)	10.00	(0.75)	8.75	(1.48)
กลุ่มทดลอง (n = 8)						
-ก่อนทดลอง	56.88	(5.22)	12.75	(2.44)	11.88	(2.42)
-หลังการทดลองทันที	73.75	(4.73)	8.63	(1.19)	7.63	(2.33)
- 1 เดือนหลังการทดลอง	76.25	(3.20)	7.63	(0.92)	5.75	(1.90)
- 2 เดือนหลังการทดลอง	77.38	(3.20)	6.00	(0.93)	4.13	(2.10)

ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง พบว่าวิธีการทดลอง มีอิทธิพลต่อระดับการมีสติที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 22.82$; $p = .000$) ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 19.55$; $p = .000$

และ $F = 14.3$; $p = .002$ ตามลำดับ) ส่วนก่อนและหลังการทดลอง มีอิทธิพลต่อระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและช่วงเวลาที่มีผลต่อระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

	<i>Source</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระดับการมีสติ	<i>Between Subjects</i>					
	<i>Intervention</i>	945.563	1	945.56	22.82*	.000*
	<i>Error I</i>	579.938	14	41.42		
	<i>Within Subjects</i>					
	<i>Time</i>	1256.113	1	1256.11	107.76*	.000*
	<i>Intervention*Time</i>	460.800	1	460.80	39.53*	.000*
	<i>Error II</i>	163.188	14	11.65		
ภาวะวิตกกังวล	<i>Between Subjects</i>					
	<i>Intervention</i>	81.00	1	81.00	19.55*	.001
	<i>Error I</i>	58.00	14	4.143		
	<i>Within Subjects</i>					
	<i>Time</i>	159.613	1	159.61	67.76*	.000
	<i>Intervention*Time</i>	40.613	1	40.61	17.24*	.001
	<i>Error II</i>	32.975	14	2.355		
ภาวะซึมเศร้า	<i>Between Subjects</i>					
	<i>Intervention</i>	60.063	1	60.06	14.32*	.002
	<i>Error I</i>	58.688	14	4.19		
	<i>Within Subjects</i>					
	<i>Time</i>	177.013	1	177.01	33.791*	.000
	<i>Intervention*Time</i>	84.050	1	84.05	16.04*	.001
	<i>Error II</i>	73.338	14	5.23		

*p < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่ของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบ แบบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ การให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมใน ในระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ คือมีค่าคะแนน ระดับการมีสติสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ย ระดับการมีสติหลังการทดลองทันที และ 1 เดือน

และ 2 เดือนหลังการทดลอง มีค่าสูงขึ้นแต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าใน ระยะก่อนและหลังการทดลองทันที และ 1 และ 2 เดือนหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง ทันทีและ 1 เดือน และ 2 เดือน มีค่าแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ย ระดับภาวะวิตกกังวลในระยะหลังการทดลองทันที กับ 2 เดือนหลังการทดลอง พบว่ามีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง และ 1 และ 2 เดือนหลังการ ทดลอง ด้วยวิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD)

	(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	p
ระดับการมีสติ	Pretest	Posttest	-16.88(*)	.000
		Follow up 1 mo	-19.00(*)	.000
		Follow up 2 mo	-20.50(*)	.000
	Posttest	Follow up1 mo	-2.13	.309
		Follow up 2 mo	-3.63	.088
	Follow up1 mo	Follow up 2 mo	-1.50	.471
ภาวะวิตกกังวล	Posttest	Posttest	4.13(*)	.000
		Follow up 1 mo	5.13(*)	.000
		Follow up 2 mo	6.75(*)	.000
	Posttest	Follow up1 mo	1.00	.194
		Follow up 2 mo	2.63(*)	.002
	Follow up 1 mo	Follow up 2 mo	1.63	.039

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง และ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) (ต่อ)

	(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	
ภาวะซึมเศร้า	Pretest	Posttest	4.25(*)	.001
		Follow up 1 mo	6.13(*)	.000
		Follow up 2 mo	7.75(*)	.000
	Posttest	Follow up1 mo	1.88	.099
		Follow up 2 mo	3.50(*)	.004
		Follow up 1 mo	Follow up 2 mo	1.63

*P < .05

จากการติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลังการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรม โดยการสัมภาษณ์พบว่า ทุกวันนี้เมื่อมีสิ่งมากระทบที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ รู้สึกยอมรับในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่มีจิตใจวุ่นวายเหมือนเมื่อก่อน บางครั้งรู้สึกเฉยๆ และบอกกับตนเองว่าความทุกข์คงอยู่ไม่นาน ความสุขก็เช่นกัน เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอๆ ผู้ป่วยทั้ง 8 คน ทำสมาธิสม่ำเสมอ ต่อเนื่องทุกวัน โดยเฉพาะในช่วงก่อนนอน หลังการสวดมนต์ รู้สึกว่าการฝึกสมาธิ นอกจากจะทำให้จิตใจสงบสุขไม่ต้องคิดฟุ้งซ่าน กับความไม่เที่ยงของสิ่งต่างๆ ในโลกนี้แล้ว การเจริญสติสม่ำเสมอยังช่วยให้รู้ตัว มีสติว่ากำลังจะทำอะไร ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไม่ยึดติดถือนั่นกับเรื่องใดๆ ดังตัวอย่างคำพูด

“เมื่อมาฉายรังสีช่วงแรกไม่อยากจะ แยกตัวเสมอ แต่เมื่อมาฟังบรรยายธรรมะ ประกอบกับได้ปฏิบัติสมาธิ และฝึกเจริญสติสม่ำเสมอ กลับไปบ้านก็ทำตลอด รู้สึกว่าเป็นจริงที่คุณพยาบาลสอนว่า ทุกข์มีเพราะยึด ทุกข์ยึด

เพราะอยาก ทุกข์มากเพราะพลอย ทุกข์น้อยเพราะลด และทุกข์หมดเพราะเราปล่อย เราไม่ควรยึดติดกับสิ่งใด เราควรมีสติในการดำเนินชีวิต ทุกวันนี้เป็นสุขมากขึ้น เข้าใจคนอื่นมากขึ้น”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 44 ปีสถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับราชการครู เข้าร่วมกลุ่มครั้งที่ 3)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยระดับการมีสติในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และ 1 และ 2 เดือนหลังการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการเจริญสติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้จิตมีความตั้งมั่น สติจะเป็นตัวควบคุมจิต ดึงจิตไว้ให้อยู่ในอารมณ์เดียว ทำให้จิตไม่ฟุ้งซ่านไปในทางอื่น การอยู่ด้วยการมีสติสัมปชัญญะ มีการระลึกรู้ของจิตในปัจจุบันแต่ละขณะ ทำให้ภาพตัวตนที่จิตอวิชชาปั้นแต่งไม่มีช่องที่จะแทรกตัวเข้ามาในความคิดและ

ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้¹⁵ เมื่อจดจ่อในอารมณ์เดียวก็ก่อให้เกิดสมาธิ มีสติระลึกรู้อยู่ตลอดเวลาจะทำให้จิตที่ตั้งมั่นเป็นสมาธิอยู่ได้นาน ซึ่งสติจะเป็นตัวเหนี่ยวนำกระบวนการรับรู้ และผลของการปฏิบัติ การเจริญสติอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญญาเจตสิก เข้าใจต้นเหตุแห่งปัญหา เห็นหนทางดับทุกข์ เข้าใจความเป็นจริงของสภาวะธรรมได้ตามที่เป็นจริง ออกจากความคิดของการปรุงแต่งและอำนาจครอบงำของกิเลส²⁷ ส่งผลให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

สรุปได้ว่าการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิดและมุมมองต่อโลกและชีวิต เข้าใจความเป็นจริงของสภาวะธรรมได้ตามที่เป็นจริง ออกจากความคิดปรุงแต่งที่ทำให้เกิดทุกข์²⁵ และผลของการปฏิบัติ การเจริญสติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในเรื่องไตรลักษณ์และอริยสัจ¹³ ส่งผลให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ โดยผลที่เกิดขึ้นนี้เป็นระดับบัญญัติธรรม เป็นผลจากการฝึกสมาธิคือการสร้างปัจจัยที่เรียกว่า อินทรีย์ 5 ได้แก่ ศรัทธา วิริยะ สติ สมาธิและปัญญา ทำสมาธิไปก็มีการฝึกสติ ซึ่งเป็นหนึ่งในอินทรีย์ 5 ของการฝึกตนเองให้ระลึกรู้ตามธรรมชาติของโรคภัยไข้เจ็บโดยจะส่งผลผ่านระบบ cognitive learning สมอส่วนที่เป็น cerebrum และจะส่ง impulse ไปในเครือข่ายของ virtual system ที่ทำงานเกี่ยวกับอารมณ์ คือ limbic system แล้วส่งผลต่อมาที่ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) ทำให้บุคคลสามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในได้ จิตที่ฝึกให้อยู่กับสมาธิ เป็นผลให้บุคคลสะท้อนความรู้สึกที่เป็นผล เรียกว่า ปราโมทย์

ปิติ ปัสสัทธิ สุข สมานิ ความสงบ ที่เรียกว่า ปัสสัทธิ ความสงบปรากฏ จิตใจของผู้ฝึกก็จะคลายความไม่สบายใจจากอกุศลจิต เป็นผลให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้นั่นเอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างทำการศึกษาและระยะหลังการทดลอง เช่น การรับประทานยาคลายเครียด หรือ การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อระดับการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อย อาจมีผลต่อความตรงภายใน (Internal validity) และการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาผลของการให้การบำบัดตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และก่อนได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาผล ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ หรือผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีนี้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ คณะบริหาร และเจ้าหน้าที่ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกคน และขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนและให้ทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551. (Public health Statistic 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. Ashbury F.D., Findlay H.H., Reynolds B., & Mc Kerracher K.A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met. J Pain Symptom Manage 1998; 16(15): 298-306.
3. Carter B.J. Long-term Survivors of Breast Cancer: A qualitative descriptive study. Ca Nurs 1993; 16(5): 354-67.
4. Northouse, L.L. The impact of breast cancer on patient and husbands. Ca Nurs 1989; 12(5): 276-84.
5. Wonghonkul T. Uncertainty, appraisal, hope, and coping in breast cancer survivors. Frances: Case Western Reserve University; 1999.
6. Ferrell B.R., Grant M.M., Funk B.M., Garcia N., Otis-Green S., & Schaffner N. Quality of life from nursing and patient perspective. London: Jone and Bartlett publishers. International Saunders; 1996.
7. สุวดี จันดีกระยอมการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
8. มณี ภิญโญพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, และณภัทร เพชรวีรวงศ์. ภาวะซึมเศร้า หออายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48(13): 147-54.
9. กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
10. กฤติยา ปานหมั่น, วาโรณี ผางจันทร์ตา, และ สุภาวรรณ เอี่ยมภาคินวัฒน์. ต้นทุน ประสิทธิภาพของยารักษาโรคซึมเศร้า: Cost-effectiveness analysis of antidepressant. ขอนแก่น: เกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
11. จำลอง ดิษยวัฒน์.จิตวิทยาของความดับทุกข์. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2544.
12. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ปัญกรณ์ ชูตั้งกร และ วิวรรธ วงศ์ตาชี. การพัฒนารูปแบบการปรึกษาตามแนวพุทธศาสนาในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์. ว.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2549; 20(2): 10-27.
13. อวิชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ. สมานิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
14. พระปราโมทย์ ปาโมชโช. วิถีแห่งความรู้แจ้ง 1. กรุงเทพฯ: ปริมา พับบลิชซิง; 2549.
15. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุต.โต). พุทธธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2552.
16. Kabat-Zin, J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell; 1990.
17. Tacon, A.M. Mindfulness Effects on Symptoms of Distress in Women with Cancer. J Cancer Pain Sympt Palliat 2006; 2(2): 17-22.
18. Tacon, A.M. and McComb, J. (2009) Mindful Exercise, Quality of Life, and Survival: A Mindfulness-Based Exercise Program for Women with Breast Cancer. J Alt and Comp Med 2009; 15(1): 41-6.
19. สมทรง เฟ่งสุวรรณ. ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529

20. อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวลลดความซึมเศร้าเพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531
21. วรวรรณ ชำนาญช่าง. ผลของการพยาบาลโดยใช้พุทธธรรมบำบัดต่อความบีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
22. ศศิธร บำรุงจิตต์. ผลของการฝึกสติแบบอานาปานาสติต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
23. อุตธิรงค์ หาญรินทร์ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551; 16(1): 242-51.
24. รัสตาพร สันติวงศ์. การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
25. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2546.
26. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1):18-30.
27. พระปราโมทย์ ปาโมชโช. วิถีแห่งความรู้แจ้ง ๑. กรุงเทพฯ: พรีมา พับลิชชิ่ง, 2549.

Impact of Buddhism–Oriented Group Therapy on Anxiety and Depression Levels in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy*

Sopit Tubtimhin**

Somporn Rungreangkulkij, PhD***

Abstract: This quasi-experimental research compared two groups of breast cancer patients. The experimental group was given Buddhism-oriented group therapy in addition to normal treatment, whilst the controlled group was given only normal treatment. The main objective of this study was to show differences between the two groups in the average levels of (1) consciousness, (2) anxiety and (3) depression, before and after the experiment, as well as during the first and second months of follow-up.

The sample subjects, obtained through qualification-specified selection, were 16 female patients who were suffering from the second and third stages of breast cancer and receiving radiotherapy. The subjects were divided equally into an experimental group and a controlled group. The data were obtained through three questionnaires, namely, (1) the consciousness questionnaire, (2) the anxiety questionnaire and (3) the depression questionnaire. The data were analysed using repeated variable statistics and pair-based multiple comparisons.

The research produced the following results. Regarding the level of consciousness, the experimental subjects displayed a statistically significant increase ($p < .05$) in their consciousness after the experiment and during the first and second months of follow-up. In terms of anxiety and depression levels, the experimental subjects displayed a statistically significant decrease ($p < .05$) in their anxiety and depression after the experiment and during the first and second months of follow-up. In addition, the experimental subjects displayed a statistically higher level of consciousness and statistically lower levels of anxiety and depression (both at $p < .05$) than did the controlled subjects.

The above stated results show that Buddhism-oriented group therapy could be applied as part of the nursing care process to reduce anxiety and depression in radiotherapeutically treated cancer patients.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(1) 109-123

Keywords: breast cancer; anxiety; depression; Buddhism-oriented therapy

*Thesis for degree of Master of Nursing Science

**Corresponding author, Master of Nursing Science Thesis in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kane University, Email: Sopit_thip48@yahoo.com

*** Assoc.Prof.Dr.Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kane University