

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก คุณค่าความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศชาติ โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณ 13% ของคนตายทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกปี และองค์การอนามัยโรคคาดการณ์ไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน สำหรับประเทศไทยปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจะเห็นได้จากสถิติอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งที่พบว่า อัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 18,284 ราย ในปี พ.ศ. 2531 เป็น 45,834 ราย ในปี พ.ศ. 2545 และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2536 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 63,740 ราย ในเพศชายพบผู้ป่วยใหม่ 32,801 ราย เพศหญิงพบผู้ป่วยใหม่ 30,940 ราย (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547) โดยพบว่า 5 อันดับแรกของมะเร็งที่พบในเพศชายของประเทศไทยปี พ.ศ. 2536 คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และ 5 อันดับแรกของมะเร็งที่พบในเพศหญิง คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับมีการดำเนินโรคเร็ว มักเสียชีวิตภายใน 3-6 เดือน มะเร็งปอดมักรักษาโดยใช้รังสีรักษาก่อนการผ่าตัดหรือใช้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งปอดด้วยและมักตรวจพบในระยะลุกลามและแพร่กระจายทำให้ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถรักษาหายขาดได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2552)

ปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งหลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การรักษาแบบผสมผสานร่วมกัน การเสริมภูมิคุ้มกัน และการรักษาด้วยยา (ไพรัช เทพมงคล, 2552) การรักษาด้วยการเสริมภูมิคุ้มกันเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความสนใจและเริ่มใช้ในวงการแพทย์เมื่อไม่นานมานี้ ส่วนการรักษาที่นิยมมักใช้แบบผสมผสานร่วมกัน ตั้งแต่การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด การรักษาด้วยยาถูกนำมาใช้ในการดูแลด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วย

ต้องเผชิญกับอาการต่างๆเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน และมีโอกาสแพร่กระจายลักษณะการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเพราะนอกเหนือจากการรักษาที่ดีแล้ว สภาพจิตใจก็มีส่วนสำคัญซึ่งส่งผลต่อการรักษา ร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ จึงต้องดูแลควบคู่กันไป โรคมะเร็งมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเริ่มตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การรักษาโรค การกลับเป็นซ้ำ และการตอบสนองที่น้อยมากจากการรักษา สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นส่วนที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ บทบาทหน้าที่ อัตมโนทัศน์ และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สภาพผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีดังนี้ (สถาบันวิทยามะเร็งศิริราช, 2545) 1. ระยะก่อนและขณะที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักอยู่ในวัยที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวดังนั้นจึงเกิดความเครียด กังวลต่อโรคที่ได้รับการวินิจฉัยค่อนข้างสูง ด้วยความรู้สึกและเจตคติต่อโรคมะเร็งว่าเป็นแล้วต้องตาย ไม่มีทางรักษา พฤติกรรมที่แสดงออกมีลักษณะต่างๆกันคือ การปฏิเสธความจริง การโกรธและก้าวร้าว การต่อรอง การยอมรับ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งระยะต่างๆอาจไม่ได้เรียงตามลำดับก็ได้ ซึ่งจากรายงานของสถาบันฯ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 20-50 และหากมีการใช้สารเสพติดในระยะนี้และระยะที่ให้การรักษาก็มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) ร่วมด้วย (พทยา เสงวีศรี และคณะ, 2548) 2. ระยะที่ให้การรักษา เป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาโรคมะเร็งมีวิธีการต่างๆกัน ตั้งแต่การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผสมผสานมากกว่า 1 วิธี ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจและกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ความเจ็บปวด การติดเชื้อ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมว่น และภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี เช่น ความเจ็บปวด คอแห้ง เจ็บคอ เบื่ออาหาร กลืนตาย กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวผิวหนังไหม้เกรียม และกลัวผลกระทบจากการฉายรังสี พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวและไม่มั่นใจต่อการรักษาร้อยละ 65 นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งมีผลต่อระดับซึมเศร้าโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งในระยะสูงจะมีระดับซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระยะแรก (พทยา เสงวีศรี และคณะ, 2548) 3. ระยะติดตามการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความสบายใจและมั่นใจมากขึ้น แต่มีความกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นใหม่หรือการกระจายของโรค และพบว่าหากมีการกลับเป็นซ้ำก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พทยา เสงวีศรี และคณะ, 2548) 4. ระยะสุดท้าย ระยะนี้ผู้ป่วยจะท้อแท้เป็นที่สุด มีความรู้สึกอยากตายและไม่อยากตาย ระยะนี้

ผู้รักษาควรอธิบายญาติให้เข้าใจและจัดสิ่งแวดล้อมตามความพอใจของผู้ป่วยโดยอาจให้กลับไปอยู่บ้าน ระเบียบนี้จิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดซึ่งการทำให้ผู้ป่วยพอใจเป็นสิ่งที่ควรทำ อาจให้ยาระงับปวดตามความพอใจ นำไปสู่การปรับตัวและจิตใจ ซึ่งจะช่วยในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

ความซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยอาการที่คล้ายคลึงกับอาการของโรคเมื่อได้รับการบำบัดทำให้แยกแยะอาการที่พบของความซึมเศร้าได้ค่อนข้างยากและส่วนหนึ่งยังสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้การดำเนินโรคมะเร็งแย่ลงไปเรื่อยๆ ความซึมเศร้ามีพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกของมนุษย์ ความคิดที่ผิดเป็นสาเหตุของความซึมเศร้า (Beck, 1967) ความซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากความเชื่อในทางลบ 3 ลักษณะคือ 1. รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้ามองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ และส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา 2. รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่างๆรอบตัว (negative view of world) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งที่โหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง 3. รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะทำนายว่า ความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มีความหวัง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา เรียกว่า Cognitive Behavior Therapy (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณ, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Butler, Chapman, Formen and Beck, 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยได้มีการแปลความหมายเรียกหลากหลาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณ, 2542; DeRubeis et al., 1999) ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะมีการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด (Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognition) ที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหล

ภาคย์, 2542) ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถทำได้ทั้งลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบการศึกษาของ Seok-Mwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความบกพร่องของทัศนคติ ชักนำไปเกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsai-Hwei Chen et al. (2006) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลายประเภท เช่น ผู้ติดสุรา (นิชนันท์ คำล้วน, 2547) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (ยุพธนา อองอาจสกุลม้น, 2548) และยังมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยทางร่างกายที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของยุพาพัทธ์ รักษณวิวงศ์ (2547) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต จำนวน 15 คน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนยึดหยุ่นและยอมรับความจริงมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ นามเชื้อ (2548) ที่ใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และเอดส์ จำนวน 16 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการบำบัดเสร็จทันทีและ 2 สัปดาห์หลังการบำบัดเสร็จสิ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในคนปกติที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นการศึกษาของอัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ใช้การบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และลดลง 2 สัปดาห์หลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยววรรณ (2548) ได้ศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนความซึมเศร้าลดลง และยังมีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีงานนำวิธีการบำบัดพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำโปรแกรมการบำบัด

พฤติกรรมความคิดซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าสามารถช่วยลดความซึมเศร้าได้จริงมาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งซึ่งยังไม่เคยมีการนำมาใช้มาก่อนในประเทศไทยเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดต่อระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลปกติกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

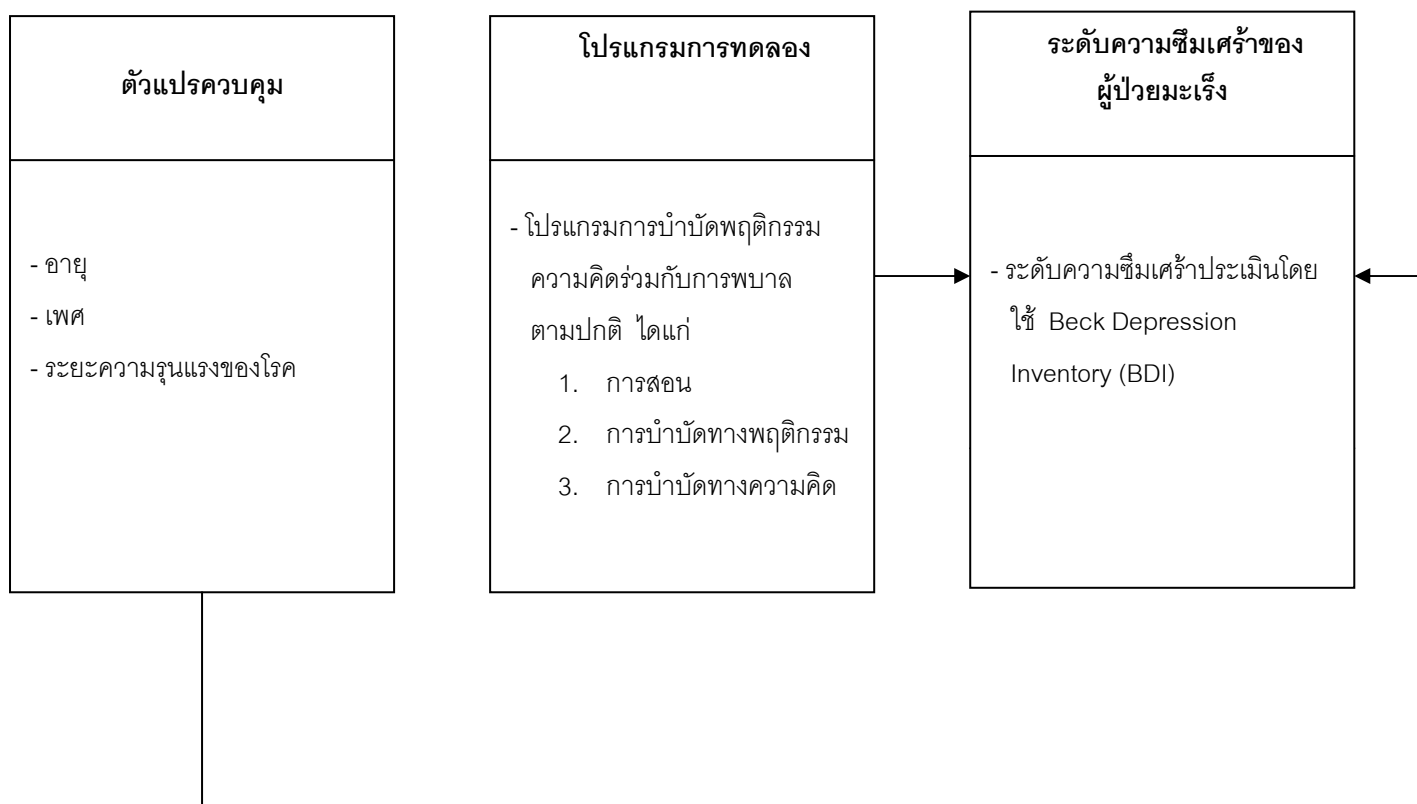
1. ระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับใด
2. ความแตกต่างของระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์รุนแรง จากการที่ผู้ป่วยมองปัญหาหรือคิดแปลความต่อสถานการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางลบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยจะมีความคิดด้านลบต่างๆมากมายซึ่งเกิดจากกระบวนการคิดบิดเบือนและส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ซึ่งกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดของเบค (Beck, 1967) ซึ่งมีความเชื่อว่า ความซึมเศร้าเกิดจากผู้ป่วยที่บิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผลอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ (Automatic thought) มีแบบแผนความคิดประจำตัวหรือความคิด

นาร่อง (Schemas) ที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆอย่างไม่เหมาะสมหรือยึดหยุ่น และมีอคติต่อตนเอง ต่อโลกหรือประสบการณ์ในชีวิต และต่ออนาคตในทางลบสามสิ่งนี้ (Cognitive triad) ทำให้เกิดความซึมเศร้าขึ้น และ เบค เชื่อว่าการรักษาผู้ที่มีความซึมเศร้า สามารถช่วยได้โดยการใช้แนวคิด “การปรับพฤติกรรมความคิด” ซึ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบระบบความคิดแง่ลบของตนเอง และพิสูจน์สมมติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ถ้าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง สามารถที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นบวกหรือสามเหตุสมผลมากขึ้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง โดยประเมินว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความซึมเศร้าหรือไม่จากแบบประเมินความซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) โดยต้องมีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-52 คะแนน จำนวน 40 คน และการวิจัยนี้ได้ควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค เนื่องจากความซึมเศร้าของเพศชายและหญิง มีความแตกต่างจากการข้อมูลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่าผู้ป่วยนอกที่มีรับบริการด้วยโรคซึมเศร้า ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี 2551 มีผู้เข้ามาใช้บริการเป็นหญิงจำนวน 6,338 ราย และเป็นผู้ชายจำนวน 2,558 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 2:1 ช่วงวัยมีผลต่อความซึมเศร้า มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช กล่าวว่า โดยเฉลี่ยของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ราวสองในสามของผู้ป่วยจะหายสนิทจากการซึมเศร้า แต่มีผู้ป่วยราวหนึ่งในสามที่จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่ดีขึ้นเลย ซึ่งผู้ป่วยประเภทหลังนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Major Depressive Episode จากการศึกษาของ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2551) ช่วงวัยสูงอายุมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และจากการศึกษาของพัทยา เสงวิเศษ และคณะ (2548) พบว่าระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งในระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันมีระดับความซึมเศร้าที่ต่างกัน ในทำนองเดียวกันความรุนแรงของโรคใน 4 ระยะนี้ ในระยะสุดท้ายจะมีความซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าระยะอื่นๆ และตัวแปรอิสระ ซึ่งได้แก่ โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด ส่งผลต่อตัวแปรตามนั้นคือช่วยลดระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบและเชื่อว่าจะส่งผลให้ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลดลงดังแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง “ผลของการบำบัดพฤติกรรมความคิด
ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง”

สมมติฐานการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด

ตัวแปรตาม ระดับความซึมเศร้า

ตัวแปรควบคุม เพศ อายุ ระยะความรุนแรงของโรค

นิยามศัพท์การวิจัย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการของการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด ที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าโดยใช้กับผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 4-10 คน มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดแต่ละครั้ง 60-90 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 4 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องความซึมเศร้า และกิจกรรมที่ 4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและยุติโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) และขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques) จะดำเนินการไปพร้อมกันในกิจกรรมที่ 2-3

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลตามปกติที่ดำเนินการอยู่ในหอผู้ป่วยได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องวิธีการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และอื่นๆ

ระดับความซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความผิดปกติความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย โดยมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ไม่มีความซึมเศร้า

(normal) มีความซึมเศร้าระดับน้อย(mild depression) มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) และ มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องมีคะแนนระดับความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 11-52 คะแนน ที่รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลทั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาลและไม่พักรักษาในโรงพยาบาล ทั้งชายและหญิง อายุ 20-60 ปี และมีระดับความรุนแรงของโรค 4 ระดับ แบ่งตามระบบ The TNM Classification of Malignant Tumours (TNM) ได้แก่ Stage 1 ตรวจพบมีการเจริญเติบโตของเซลล์ผิดปกติ, Stage 2 มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง, Stage 3 มีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง, Stage 4 มีการแพร่กระจายทั่วร่างกาย (ระยะสุดท้าย)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซึมเศร้า และรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาลและไม่พักรักษาในโรงพยาบาล เป็นเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 20-60 ปีและเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2553 – มีนาคม 2553 ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาบำบัดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าตั้งแต่ ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยประมาณ 36 รายต่อเดือน อีกทั้งยังมีหน่วยเคมีบำบัดซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาแบบไม่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลโดยเมื่อสังเกตอาการแล้วพบว่าไม่มีอาการผิดปกติก็จะอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้แต่หากมีอาการผิดปกติก็จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยจำนวนผู้ป่วยประกอบกับวิธีการดูแลรักษาที่มีมาตรฐานที่เหมาะสมผู้วิจัย จึงเลือกทำการวิจัยครั้งนี้ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดต่อการลดระดับความซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ดังนี้

1. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดโปรแกรมเพื่อลดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ

2. เป็นแนวทางให้กับผู้ป่วยมะเร็งในการนำโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อลดระดับความซึมเศร้า