

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.3 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
  - 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
2. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 2.1 หลักการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
3. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

##### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

##### 1.1.1 ภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และอธิบายไว้ดังนี้

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนขึ้นตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมาเบคและคณะ (Beck et al,1979) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์ ความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1) นัยทางอารมณ์ ( Mood )และความรู้สึก (Feeling)โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หหมด

หวัง 2) นัยทางอาการ Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการ หงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย และ3) นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตและเป็นความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

สวานีย์ เกยวังกแก้ว (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อยร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำร้ายตนเอง

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเรา การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้นั้นจะเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มีความสามารถ แต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสาเหตุและไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถรักษาให้หายได้โดย

สรุป ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งทางอารมณ์ ความรู้สึก ของบุคคลที่รู้สึกอ่อนแอ หมดหวัง ล้มเหลว เบื่อหน่าย หมดหวังในชีวิต ทำให้มีพฤติกรรม ถดถอย หม่นหมอง เศร้าสร้อย หมดอารมณ์ ความรู้สึกยินดีในรายต่อสถานการณ์ที่เผชิญ ภาวะซึมเศร้า อาจมีอาการมาก หรือน้อย อยู่กับสภาพการณ์ สาเหตุ ลักษณะการปรับตัวของแต่ละบุคคล บางครั้งสามารถอธิบายสาเหตุได้ บางครั้งไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่แท้จริงได้

**1.1.2 โรคซึมเศร้า** สำหรับคำว่าโรคซึมเศร้านั้น ได้มีการศึกษาและอธิบายไว้พอประมาณ ได้ดังนี้

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตายเป็นต้น อาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคมและอาชีพ ทำให้คนมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บขริม รวมทั้งมีสมรรถภาพในการทำมีกิจกรรมลดลง

อำไพวรรณ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่

หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบียดชีวิตและอาการต่างๆที่กล่าวมาจะเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ได้แก่อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และความคิดกังวล (ดวงใจ กษานติกุล 2542)

**การจำแนกโรคอารมณ์แปรปรวนตาม DSM-IV (Diagnostic of American Psychiatric Association IV)** ตามระบบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา DSM-IV ได้แบ่งความผิดปกติของโรคทางอารมณ์ไว้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ โรคอารมณ์ซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) โรคอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับเศร้า (Bipolar Disorders) และโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดอื่นๆ

สำหรับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) มีลักษณะอาการและเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

- 1) การวินิจฉัยดูที่อาการแสดงครั้งเดียวหรือกลับเป็นอีกมากกว่า 2 ครั้ง
- 2) พิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการที่เป็นว่ามีอาการ น้อย อาการมาก และอาการรุนแรง ( mild, moderate และ severe)
- 3) มีอาการโรคจิตชัดเจน โดยมีการสูญเสียการรับรู้ความจริง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน
- 4) มีอาการของโรคซึมเศร้า เรื้อรัง ต่อเนื่องและนานเป็นเวลา อย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป
- 5) มีอาการของโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล มักเป็นในฤดูหนาวเป็นประจำ
- 6) เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดในช่วงเวลาหลังคลอด โดยผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด

จากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า มีความหมายในลักษณะเหมือนและต่างกันตรงที่ ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะทางจิตใจ อารมณ์ที่หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการตามมาเช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบียดชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขต่างๆ ส่วนโรคซึมเศร้า ก็เป็นภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติ เกิดจากอาการแสดงที่ซึมเศร้ามากไปจนถึงอยากตาย มีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระมีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

### 1.1.3 ความคิดฆ่าตัวตาย

Beck, Steer and Ranieri (1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็น แผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน



แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่ง ความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) หมายถึงความคิดหรือการกระทำใด ๆ ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นตั้งแต่ ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide)

นอกจากนี้ Stengel (1977) ได้กล่าวถึง การฆ่าตัวตาย ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันว่าการฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่เป็นการจบชีวิตตนเองหรือตายด้วยน้ำมือตนเอง หรือมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง และ Faberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำให้ ตนเองบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง หรือทำลายตนเอง

โดยสรุป ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำเพื่อให้ตนเองจบชีวิตลง สามารถประเมินได้จาก แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck(1988) คือ Beck Scale for Suicidal Ideation

## 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า พอสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของrecurrent depression(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราสูงกว่าโอกาสทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 – 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดามารดาเป็น โรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ14 และการศึกษาโรคนี้นในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็น โรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาปกติ(สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวณิช, 2542; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้องเชื่อว่ามี ความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติระบบใดระบบหนึ่ง(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3) Neuroendocrine factors พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Post – partum depression) ซึ่งมีภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆซึ่งมีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH) Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง คิชยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช, 2546) ซึ่งการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalezan, Sund, Ficke and Schatzberg, 2001; Nelson, Sax, and Strakowski, 1998 cited in Lewin, 2003)

4) ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับเช่น steroid, amphetamine และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) นี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (Inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดจากอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิตต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไปเมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พฤษชาติคุณากร, 2533; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (Learned Helplessness Theory) สไลแมน(Seligman, 1975) ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดและไม่สามารถควบคุมได้ มีผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ เฉยชา หมดพลังอำนาจ และซึมเศร้าซึ่งมีประเด็นมาจาก บุคคลมองเหตุการณ์ต่างๆรอบตัวไม่สามารถควบคุมได้ การอ้างเหตุในปัจจุบันโดยคำนึงถึง เหตุการณ์ในปัจจุบันร่วมกับการรับรู้ของบุคคลนั้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความคาดหวังว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นตนเองไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ ทอดอาลัย เศร้า นำไปสู่อาการซึมเศร้า ในเวลาต่อมา แนวคิดนี้ได้เปลี่ยนมาเป็นThe helplessness theory ทฤษฎีนี้ได้เสนอว่าความหมดหวังเป็นสาเหตุ ให้เกิดความซึมเศร้า และการคิดถึงผลลัพธ์ในทางลบ มีความคิดต่อตนเองในทางลบเป็น องค์ประกอบสำคัญของอาการซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ ทอดอาลัย ถูกมองว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ ความรู้สึกหมดหวัง การรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้เป็นบทบาทที่สำคัญ รองลงมา

3) ทฤษฎีเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด (Life Events and Stress Theory) บลาวน์ และ ทาลิส (Brown and Tharris , 1978) รายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคม เช่น การตายของ บุคคลที่รัก เหตุการณ์ในชีวิตเป็นเสมือนปัจจัยเร่ง จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ในชีวิต ความรุนแรง และการไม่ได้รับการประคับประคองจากสังคมมีผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของภาวะ แมนเนียและภาวะซึมเศร้า Maciejewski PK และคณะ (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) ได้ ทำการศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน เมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจ น้อยลงในการจัดการกับปัญหา ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ ขณะที่ผู้ซึ่งไม่เคยมีอาการ ซึมเศร้ามาก่อนพบว่าความเครียดจะไม่มีผลใดๆต่อความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

4) ทฤษฎีด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่ามัลักษณะบุคลิกภาพ(Personality traits) หรือความ ผิดปกติของบุคลิกภาพ(Personality disorder)ใด ที่เป็นพื้นฐานในการทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะ แต่ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชนิด oral-dependent , obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial , paranoid ที่มัก ใช้กลไกทางจิตแบบโทษภายนอก(projection)เพื่อป้องกันตัวเองมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วย โรค major depressive disorder 404 ราย โดย Fava และคณะ(อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี จะมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด avoidant , histrionic , narcissistic และborderline ร่วมด้วย มากกว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกหลังอายุ 18 ปี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

5) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 โดย ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบที่

สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง(reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด( cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของBeck (Beck's cognitive theory)มีรายละเอียดดังนี้

อารมณ์ซึมเศร้า จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974 อ้างใน Lewin, 2003) อธิบายว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคล หรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของพฤติกรรม และอาการอื่นๆเช่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง

อารมณ์ซึมเศร้า บางครั้งเกิดจากการเรียนรู้ว่าสภาพการนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่บุกรุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้นเนื่องจากประสบความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

6) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง กรรับรู้สภาพแวดล้อมและสภาพการณ์อนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin,2003)

### 1.3 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

1.3.1 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่าอาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรงคือมีอาการเศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยมีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆได้แก่

- 1) อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน ( anhedonia)ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนสีหน้า เครื่องเคียด สนใจหรือทำกิจกรรมที่เคยชอบ
- 2) รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิวต้องฝืนใจรับประทานทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง
- 3) อาการนอนไม่หลับ มีอาการนอนไม่หลับตั้งแต่นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia ) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับตื้นๆทั้งคืน ( total insomnia) อาการ

นอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depression insomnia) คือนอนหลับได้ง่ายแต่รู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

4) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหลลุ่มคอคดก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้าเศร้าขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

5) ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

6) อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น จี๋ลึ่มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อมแต่ตรวจไม่พบว่ามี ความสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดาจนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

7) อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึนตั้งแต่รู้สึกกลัวตายคิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าความตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

8) อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงระดับ cortisol ในพลาสมา ซึ่งหลั่งออกมากสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดลงต่ำสุดในช่วงเย็น

9) อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติได้แก่ ใจสั่นใจหวิว ตกใจง่ายใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด

10) อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายมีอารมณ์ทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลงทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

11) อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการซึมเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

**1.3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า** การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้านคือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al. 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1) ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไปโดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

ข. ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

ค. ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายคิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2) ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวันแต่ยังมีบางช่วงเวลาอารมณ์สดชื่นบางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลงความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

ข. ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ามืดมนและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกลดคุณค่า รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจลดลงและสิ่งแวดล้อมลดลงไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้ไม่มีเหตุผล

ค. ระดับรุนแรงมีอารมณ์ซึมเศร้ามืดมนตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมและเฉยชา

3) ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวออกจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตายมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศรูดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นมีความต้องการที่จะตาย

ข. ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติตามวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคมเกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตาย

ค. ระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมดแทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากที่เผชิญอยู่จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

4) ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง หนึ่งง่ายกว่าปกติ

ข. ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือลี้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิทรู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า หนึ่งง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

ค. ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

#### 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิด เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ(syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดียว(single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่มีการมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งกลุ่มการประเมินได้ดังนี้

**1.4.1 Self rating scale** เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้างแต่มีประโยชน์คือใช้ง่าย ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย

**1.4.2 Clinical rating scale** เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ(Structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546)

Beck และคณะ ได้แบ่งเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยารธรรม, 2548)



**1.4.3 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค ( Structured Psychiatric Interview for Diagnosis)** มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

1) Structure Clinical Interview for DSM-III/ DSM-III-R(SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบกับการสังเกตสร้างขึ้นเพื่อให้บุคคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM -III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบันและมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง(Self report rating scale questionnaire)

**1.4.4 Beck Depression Inventory (BDI)** สร้างขึ้นโดย Beck ในปีพ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ อาการทางร่างกาย 15 ข้อแรกที่เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจได้แก่ อารมณ์เศร้า(sadness) การมองโลกในแง่ร้าย(permission or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว(sense of failure) การไม่พึงพอใจ(dissatisfaction) ความรู้สึกผิด(guilt) การคาดหวังจะถูกลงโทษ(expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง(self dislike) การตำหนิตนเอง(self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย(suicide ideation) การร้องไห้(crying) การหงุดหงิด(irritability) การแยกตัวเองออกจากสังคม(social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ(indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(somatic preoccupation) ส่วน 6 ข้อที่เน้นอาการทางกายได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง(unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน(work inhibition) การนอนไม่หลับ(insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย(fatigability) การเบื่ออาหาร(loss of appetite) น้ำหนักลด(weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ(loss of libido)

แบบประเมินนี้ สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์และให้ตอบคำถามในขณะนั้นเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไปเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ(normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย(mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง(mild –moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก( moderate –severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง(severe depression)

**1.4.5 Zung Self Rating Depression Scale (SDS)** สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือสามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

**1.4.6 Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D)** สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายสะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

**1.4.7 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอน ประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observe Scale; Semi-Structured, Goal Direct interview)** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้งตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อและวัดอาการอื่นๆอีก 4 ข้อ สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำแต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและการตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

2) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือคู่มือประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความง่ายและเหมาะสมกับสังคมไทย แบบประเมินนี้สามารถบอกถึงระดับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน โดยสามารถบอกถึงระดับภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับมาก จนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

## 1.5 การบำบัดรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้า ในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกายและการบำบัดทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิตศรีสุภานนท์และจำลอง ดิษขวณิช, 2542; สุชาติพหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

### 1.5.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา(Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants(TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้ เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doepin

ข) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด re-versible inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค) กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertarine และ Citralopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ Mianserin, trazodone, Tianeptine, Bupropion และล่าสุด ได้แก่ Venlafaxine และ Mirtazapine

ยารักษาอาการซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน(acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง(continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ(maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants(TCA) ได้แก่ยา Imipramine ขนาด 25 มิลลิกรัม Amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) ได้แก่ยา Fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ยากลุ่ม new generation ได้แก่ Mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม Trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ(brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดอาการชักของสมอง(cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง(Major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภทและ Mood disorder อย่างกว้างขวางแม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิตและยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ใน

ปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีวิธีทำอยู่ 2 วิธีคือวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม(non- modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย(modified ECT) จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

### 1.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม(Psychosocial treatments) แบ่งเป็น

1) ทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short – term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลวมีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมากเพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง(narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง(self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง(dynamic focus) ที่สำคัญเพียงเรื่องเดียว แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษามุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร้ายังคงอยู่

2) จิตบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal psychotherapy) จากแนวคิดของ Sullivan เน้นว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิต ปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก การบำบัดเน้นกระบวนการให้ความรู้ อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และกระบวนการของโรค ผู้บำบัดพูดประคับประคอง ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เนื่องจากการรักษามีระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการตอนต้นชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferster (อ้างถึงในดวงใจ กษานติกุล, 2536; Kazdin, 2001) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม(reinforcement)ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคม ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

4) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) รูปแบบการบำบัดทางความคิด มีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ต่อโลก และต่ออนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดได้เหมาะสม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ มีพื้นฐานอยู่ที่การจำแนกแยกแยะความเชื่อ ข้อกำหนด และการคิดระบบความคิดที่เกิดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้า การทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดโดยการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ และนำมาเป็นทางเลือกในการแก้ไขภาวะซึมเศร้า โดยนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาด้านความคิดที่ผิดๆ ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลายซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกันหรือบำบัดโรคซึมเศร้าได้ CBT มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดระบุนความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือน รวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม(Beck et al, 1979)

## 2. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิตมีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทางประสาทวิทยา

(neurobiological) และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ในการทำท่ายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจบทบาททั้งหลายจะมีเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003)

**2.1 หลักการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2545)

1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากความเศร้า การสูญเสีย ผิดหวัง ล้มเหลวต่างๆ พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจกระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆเช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและการฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือ การดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงยาเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

## **2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า**

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า ประกอบด้วยหลักการพยาบาล 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย 2549) ดังนี้

### **2.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า**

การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับของอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีระ (physiological) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินดังนี้

1) อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึกผิดหรือเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวันที่ผิดหวัง ล้มเหลว หรือไม่สมปรารถนา บุคคลจะมีลักษณะดังนี้

ด้านอารมณ์	ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ
ด้านความคิด	ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง
ด้านพฤติกรรม	เศร้า เสียใจ ร้องไห้
ด้านสรีระ	เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2) อารมณ์เศร้าระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากความเศร้าปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก ดังนี้

ด้านอารมณ์	มีความรู้สึก โกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง
ด้านความคิด	คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งใจ
ด้านพฤติกรรม	น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว
ด้านสรีระ	คลื่นไส้ อาเจียน หรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3) อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์	ความรู้สึกเศร้า จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีดมน มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ
ด้านความคิด	กระบวนการคิดเชิงซ้ำ ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวุ่น มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง
ด้านพฤติกรรม	เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย พุดซ้ำหรือไม่พูด รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยตนเองน้อย เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง

ด้านสรีระ คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากไป พฤติกรรมการนอนผิดปกติ ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกดีในตอนเช้าและเลวในตอนกลางวัน ระบบสื่อประสาทผิดปกติ

4) อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอารมณ์เศร้ายากรุนแรง แสดงอาการผิดปกติต่างๆดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นได้เลย ไม่รู้สึกยินดีในร้ายใดๆ ทั้งสิ้น

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ต่ำหนืดตนเอง และคิดทำร้ายตนเอง

ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ถดถอย มักยืนที่อ เจอ การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินช้า ยืนหรือนั่งท่าใดจะอยู่ในที่นั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ด้านสรีระ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะ ประจำเดือนขาด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามืด รู้สึกเลวในตอนเช้า และรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อประสาทเสื่อม

### 2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1) พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความโกรธ และการแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง

2) การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย การระบายความโกรธไม่เหมาะสม คิดซ้ำๆ กับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้

3) ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตน ทุกด้าน รวมถึงการดูแลด้านบุคลิกภาพ และการแต่งกาย

4) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย



5) ไม่มีพละกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

6) แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น

7) กระบวนการคิดค้นแปร แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ดำเนินและทำโทษตนเอง มองตนในทางลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ หลงผิด

### 2.2.3 การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนการพยาบาล มีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

การวางแผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1) การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้น
- อยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหา
- วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

2) การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- ประเมินระดับความเศร้า
- จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า
- สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม
- ช่วยผู้ป่วยสืบค้นต้นเหตุของปัญหาและความเศร้า

3) การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการพยาบาลควรประกอบด้วย

- ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัว
- กระตุ้นสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม

- สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง
- จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจ

4) การดูแลช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้นอนหลับพักผ่อน รับประทานอาหารได้เพียงพอ ป้องกันการขาดอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับ จากอารมณ์เศร้า วิตกกังวล กลัว นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามิด ไม่ได้พักผ่อน

- การช่วยเหลือดูแล เรื่องการจัดอาหารให้เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนตน สนใจดูแลตนเอง ในเรื่องการทำความสะดวก หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

1) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล พยาบาล สนับสนุนการพูดและขยายความรู้สึกร่วมกับความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเองของผู้ป่วย

- สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ

2) การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน กิจกรรมพยาบาล ควรประกอบด้วย

- การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ

- สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย

- กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยแสวงหาล้างสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา เป็นต้น

- กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาล ร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม

- สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว เมื่อรู้สึกว่าตนขาดก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้

- ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการ ในชุมชนอย่างเหมาะสม

**ผลลัพธ์ของการพยาบาล** ในการวางแผนการพยาบาล จะกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลไว้ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จะมุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตราย
- 2) ผู้ป่วยอธิบายการสูญเสียกับบุคลากรและครอบครัว
- 3) ผู้ป่วยไม่มีความคิดช้ำอยู่กับที่ในเรื่องการสูญเสีย
- 4) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง
- 5) ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
- 6) ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้
- 7) ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพึงพอใจ
- 8) ผู้ป่วยพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 9) ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความจริงได้
- 10) ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้
- 11) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการขาดอาหาร
- 12) ผู้ป่วยนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/คืน
- 13) ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาดโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

#### 2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศรมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหา ภายหลังจำหน่าย

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิค และหลักการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตาม แผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะ กำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของ ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### 2.2.5 การประเมินผล

การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลผู้มีอารมณ์ซึมเศร้า การพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้ว ว่าได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การประเมินผลการพยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูล โดยการใช้ คำถาม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกไหม?
- 2) ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม?
- 3) ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีกไหม? เมื่อเกิดความรู้สึกคิด ทำร้ายตนเอง
- 4) ผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างไหม?
- 5) ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่?
- 6) ผู้ป่วยยังมีความคิดซ้ำๆ ในเรื่องของการสูญเสียอยู่อีกไหม?
- 7) ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมไหม?
- 8) ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของตนที่เป็นไปได้ได้ไหม?
- 9) ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้ไหม?
- 10) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้ไหม?
- 11) ผู้ป่วยสามารถร่วมในกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางศาสนา และพึงพอใจในสิ่งสนับสนุน เหล่านั้น เพียงใด?
- 12) ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่?
- 13) ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง และไม่มีอาการหลงผิดหรือไม่?
- 14) ผู้ป่วยมีสมาธิและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด?
- 15) ผู้ป่วยเลือกและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอย่างพอเพียงหรือไม่?
- 16) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนและตื่นนอนได้เป็นปกติหรือไม่?

- 17) ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด?
- 18) ผู้ป่วยยังบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายอีกบ้างไหม?

### 3. การบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายนี้ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัย ได้ใช้แนวคิดและหลักการบำบัดทางจิตสังคม ผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางการแพทย์ และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการถูกวางเงื่อนไขในอดีต เป็นการดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรุนแรงไปแล้วระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยจะควรได้รับการบำบัดที่ต่อเนื่อง โดยผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลจิตเวชในรูปแบบดังนี้

1. **ขั้นก่อนดำเนินการ** สร้างสัมพันธภาพรายบุคคล ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

2. **ขั้นดำเนินการ** ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) **การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)** เป็นการที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัด วิเคราะห์สภาพปัญหา ชี้แนะ และสร้างเสริมพฤติกรรมการปรับตัวที่มีเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ดำเนินการเป็นกลุ่ม ในสัปดาห์แรกของการบำบัด เน้นการพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไว้วางใจ และยอมรับการช่วยเหลือจากบุคลากร และสมาชิกกลุ่ม

- 2) **การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)** เป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้เทคนิคและแนวคิดของการให้คำปรึกษาในการช่วยผู้รับการบำบัด เข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากที่ผู้รับการบำบัด มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและกลุ่ม พยาบาลใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน และพัฒนาศักยภาพในการเผชิญปัญหาในระยะยาว และสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข

- 3) **การฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง (Relaxation Training)** เป็นการจัดการกับอาการเบื้องต้น ในขณะที่ผู้รับบริการ มีอารมณ์ และความรู้สึกตึงเครียดมาก จนขาดสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น มีสมาธิและอารมณ์ดีขึ้น ดำเนินการแบบกลุ่ม

พยาบาลจิตเวช สอนและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อมีความตึงเครียดเกิดขึ้น

4) การให้ความรู้แบบประทับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education) เป็นการใช้เทคนิคการสอนแบบประทับประคอง โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การบำบัดด้วยตนเอง การปรับตัว การดูแลตนเอง และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในลักษณะการสอนแบบประทับประคองและสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการกับอาการด้วยตนเอง

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อผู้รับบริการมีอาการดีขึ้น สามารถรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลและจัดการกับตนเองได้

5) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring) เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ มองตนเอง มองโลกในแง่ร้าย จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบมองตนเองในทางร้ายจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเอง การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ขจัดความคิดในทางลบต่อตนเองและเลิกคิดทำร้ายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 เมื่อผู้รับการบำบัดมีอาการดีขึ้น พยาบาลจิตเวชสอนและพัฒนาพฤติกรรมความคิดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นการสร้างเสริมความรู้สึก ความคิด ที่ดีต่อตนเอง พัฒนาความสามารถในการจัดการกับตนเองในทางที่เหมาะสม ป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป ทบทวนการปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมความสามารถในการจัดการกับปัญหา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไข สรุป และสังสรรค์อำลา

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 6

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการในสัปดาห์สุดท้าย

4. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

วรารณณ์ วรณพิรุณ (2545) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 3 ระยะคือ ก่อน

ทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล พบว่าหลังให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด ทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลองทันที ผลไม่มีความแตกต่างกันระหว่างหลังการบำบัดและระยะติดตามผล

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและวัดในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ

ยุพาพัทธ์ รักรมณีนวงศ์ (2547). ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

สุจิตรา กฤตยารวรรณ (2548). ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากให้นักศึกษาพยาบาลได้รับการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และพบข้อมูลเชิงคุณภาพว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกมากขึ้น

เขาวนีย์ ล่องชูผล (2547) ศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่ได้รับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ภายหลังทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิญา พรหมพยอม (2548). ศึกษาผลของการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วินัสริน ก้อนศิลา (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 22 คน ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Margolis (1992) ได้ศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย Alzheimer จำนวน 4 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 2 คนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบทดสอบความซึมเศร้าของ Beck ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย Alzheimer มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว กลุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาด้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (The Paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาตรวจเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับยานอกจากจะเริ่มแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ผลพบว่ากลุ่มที่บำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำ หลังจากที่ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก เมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25% มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Babiyak, M. และคณะ (2000) ศึกษา การบำบัดด้วยการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 156 ราย จากการสุ่ม โดยกำหนดให้เลือกรอกกำลังกายระหว่างแบบแอโรบิก หรือ sertraline หรือ ทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและ sertraline เป็นเวลา 4 เดือน โดยประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย HRSD, การสัมภาษณ์ และการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินตนเองของ Beck หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน (รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน) ผลการศึกษาพบว่า หลัง 4 เดือนและหลัง 10 เดือน กลุ่มที่ออกกำลังกายทั้ง

สามกลุ่ม มีอัตราการกลับป่วยซ้ำ/มีอาการกำเริบ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การออกกำลังกายด้วยตนเองหลังจำหน่าย (Follow up) สามารถลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Furlong, M. and Oei, T.P. (2002) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ราย อายุในช่วงระหว่าง 18 – 69 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 12 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI และคะแนนความคิดอัตโนมัติ (ATQ) ของ Hollon & Kendall พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kwon, S.M. and Oei, T.P.S. (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ เจตคติ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 12 สัปดาห์ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ 2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ 3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอมระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้าด้วย

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการประเมินการกลับเป็นซ้ำใน 2 ปี ผลการทดลองพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ (มี 40%) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่กลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก (มี 90 %)

Hsu, Wei-Chi and Lai, Hui-Ling. (2004) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่รักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเลือกฟังเพลงที่ตนเองเลือก จากดนตรี 6 ประเภท คือ Baroque music, country music, easy listening music, natural sound music, Chinese folk song, and Taiwanese folk song. เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ วัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง และวิเคราะห์ลักษณะของดนตรีที่ลดระดับคะแนนซึมเศร้าได้ดีที่สุด และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัดด้วยดนตรีกลุ่มตัวอย่างมีระดับซึมเศร่าลดลงและลดลง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประเภทดนตรีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้าคือ soft sedative music

Abt, K. L. (2005). ศึกษาผลของกลุ่มออกกำลังกายในการบำบัดภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า อายุ 25 -60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้ากลุ่มออกกำลังกายจำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับความเครียด จำนวน 14 ราย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความรู้สึกโดดเดี่ยว หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1-6 ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความรู้สึกโดดเดี่ยว

Tsai –Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงความคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าบรรเทาลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลือค้างอยู่เพียงเล็กน้อยซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คน ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS, และ BDI จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ Hollon and Beck (1994 อ้างใน Bulter et al 2006) รายงานว่าการใช้การบำบัดทางความคิดและยาด้านอาการซึมเศร้าร่วมกันจะได้ผลดีกว่าการใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงอย่างเดียว และจากการศึกษาของ DeRubeis et al (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดลงแล้วในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยยา ซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006) ประเมินผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 51 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา จำนวน 26 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 25 คน ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้าและระดับคุณค่าในตนเอง 3 ครั้งในทั้ง 2 กลุ่ม คือ ก่อนเข้ากลุ่ม 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการบำบัด และ 1 เดือนหลังจากสิ้นสุด

การบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับความคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า บรรเทาลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Timbie, J.W., Horvitz-Lennon, M., Frank, R.G., Normand, S.T. (2006) ศึกษาอิทธิพลของการดูแลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเปรียบเทียบ clinical outcome หลังได้รับการบำบัด ในแต่ละวิธี ด้วยวิธีวิเคราะห์ห้ภาพ จากการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2004 เฉพาะการดูแลที่มีการควบคุมการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT) พบว่า จากการการดูแล ทั้งหมด 760 รูปแบบ มี 12 รูปแบบ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งจัดลักษณะสำคัญ ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดด้วยยา (drug therapy) 2) การส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลร่วมกับการทำจิตบำบัด (Collaborative care and psychotherapy) 3) ความร่วมมือในการดูแล (Collaborative care) และ 4) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้น (Quality improvement) ประกอบด้วย ความต่อเนื่องในการรักษา, จิตบำบัด และ ความต่อเนื่องในการรักษาร่วมกับจิตบำบัด โดยจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบ การรายงาน clinical outcome ร่วมด้วย

Shapiro, D. และคณะ (2007) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยโยคะต่อคุณลักษณะ และ อารมณ์ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 27 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คนได้รับการบำบัดด้วยโยคะครบทั้ง 20 ชั้นตอน ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจก่อน-หลังเข้าโปรแกรม และประเมินภาพอารมณ์ก่อน-หลังในแต่ละชั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัดด้วยโยคะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คนมีระดับภาวะซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล อาการทางประสาท และชีพจรหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X., and Crawford, M.J., (2008). ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยดนตรี โดยทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วยดนตรี เปรียบเทียบกับการบำบัดปกติ และประสิทธิผลของการบำบัดด้วยดนตรีเปรียบเทียบกับจิตบำบัดและการรักษาด้วยยา โดยทบทวนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ค.ศ. 1980-2006 จากการทบทวนพบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 เรื่อง โดย 4 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ควบคุมการสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยดนตรีกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และการศึกษาอีก 1 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ควบคุมกลุ่มทดลองเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยดนตรี กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาทั้ง 5 เรื่อง พบว่าอัตราการออกจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีลดลง

Lin, M.F., Moyle, W., Chang, H.J., Chou, M.H., and Hsu, M.C. (2008). ศึกษาผลของการใช้ระบบการให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับการให้สุขภาพจิตศึกษาตามปกติ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 19 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 13 ราย ประเมินระดับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความต่อเนื่องในการรักษาก่อน-หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 19 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 13 ราย มีระดับความรู้และพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

