

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาวกฤษิตา สุภาคุณ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

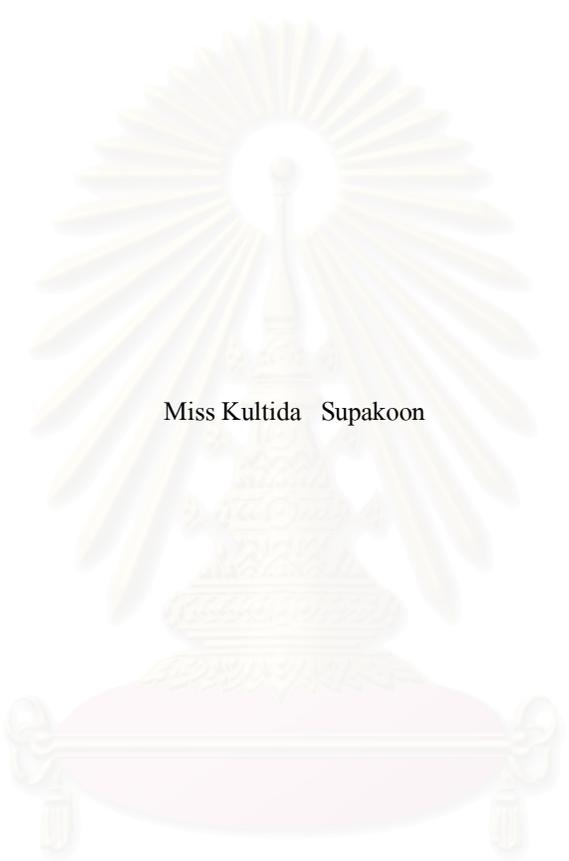
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION
OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



Miss Kultida Supakoon

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า

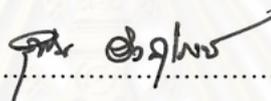
โดย นางสาวกมลธิดา สุภาคุณ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

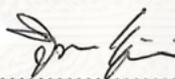
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

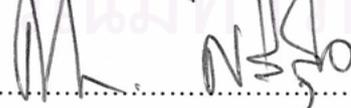

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข)

กุลธิดา สุภาคุณ : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ. ที่ปรึกษา : รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, อ. ที่ปรึกษาร่วม : อ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 137 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา คะแนนภาวะซึมเศร้า และการรักษาที่ได้รับ แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุดคือ 1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 2) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .82 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t - test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4877553336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / DEPRESSION / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

KULTIDA SUPAKOON : THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.
 THESIS ADVISOR : ASSOC PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., THESIS COADVISOR : RUNGSIMON SOONTHONCHAIYA, Ph.D., 137 pp.

The purposes of this quasi experimental research were to compare depression of patient with major depressive disorder before and after receiving cognitive behavior program and compare depression of patients with major depressive disorder in the experimental group and control group. Research sample consisted of 40 patients with major depressive disorder who admitted in Suanprung Hospital . Match pair characteristics of gender, score of depression, education, and treatment were randomized to experimental group or control group. The instruments for this research were Cognitive Behavior Therapy Program and Beck Depression Inventory. These instruments were test for content validity by five expert and tested for the reliability of Beck Depression Inventory scale. The reliability of the scale was .82. Data was statistical analyzed by using mean, standard deviation and t – test.

Major results of the study were as followings :

1. Depression of experimental group after receive cognitivng behavior therapy program was less than before receiving cognitive behavior therapy program significantly, at the .05 level.
2. Depression of experimental group receiving cognitive behavior therapy program was less than control significantly, at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing
 Academic year 2006

Student's signature.....
 Advisor's signature.....
 Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลีอนุชวรัชชัย และอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ และคอยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย ส่งเสริมและให้กำลังใจ ซึ่งเป็นพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และพยายามทำวิจัยให้เต็มความสามารถ และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพมากที่สุด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา มอบเวลาอันมีค่าในการมอบความรู้ และคำแนะนำ เพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมทั้งอาจารย์ดวงตา กุลรัตนญาณ ที่ให้ความรู้ เป็นผู้คอยดูแลผู้วิจัยในการฝึกปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด สร้างให้ผู้วิจัยมีความแข็งแกร่ง และความมั่นใจในการเป็นผู้บำบัดที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ ที่เอื้ออำนวยสถานที่ในการดำเนินการวิจัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล อาจารย์ชลิดา เพชรธนู และอาจารย์สุนทรี ศรีโกศย ที่คอยดูแลให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มอบน้ำใจ ให้ความกรุณาช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดมา และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพายัพที่มอบโอกาสสำหรับผู้วิจัย รวมทั้งผู้บริหารคณาจารย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพทุกท่านที่สนับสนุน ส่งเสริมและคอยให้กำลังใจ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมบุญ สุภาคุณที่คอยให้กำลังใจ ให้ชีวิตและเป็นทุกสิ่งทุกอย่างของผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยดูแลกันและกัน ห่วงใย ให้ความช่วยเหลือ ผลักดัน กระตุ้นให้ผู้วิจัยเกิดกำลังใจยามที่ท้อแท้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณพลังที่ยิ่งใหญ่จากพระเจ้าที่ทรงนำพาชีวิตของผู้วิจัย ให้เข้มแข็งตลอดมา หากคุณค่า และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคน

สารบัญ

๗

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	14
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด.....	30
3. โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด.....	43
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	63
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	103

ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	111
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ค สรุปการแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ.....	126
ภาคผนวก ง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ.....	132
ภาคผนวก จ.....	134
1. ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	135
2. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิควบคุมการฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัด ทางพฤติกรรมความคิด.....	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1 ความสัมพันธ์รูปแบบการคิด (cognitive pattern) ความคิด (thought) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) ตามแนวคิดของ Beck.....	32
2 ตัวอย่างของ Adaptive Schemas และ Maladaptive Schema.....	34
3 ตัวอย่างตารางการบันทึกความคิดด้วยตนเอง.....	37
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา.....	85
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ.....	86
6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	87
7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	88
8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด.....	89
9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า...	133

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 4 ทั่วโลก ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร (disability adjusted life years) เนื่องจากประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง หรืออยู่ในสภาวะที่ไร้ความสามารถ และอันตรายที่สำคัญที่สุดคือการฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร แล้วปัญหานี้จะกลายเป็นสาเหตุอันดับ 2 ในปีค.ศ. 2020 (Wei Chi Hsu and Hui-Ling Lai, 2004 cited in World Health Organization, 2004) การศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 3.2 หรือประมาณ 871,744 คนโดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7 : 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ทำให้การรักษาโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศเพิ่มมากขึ้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนระหว่างปีพ.ศ. 2540 – 2545 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับคือ จาก 55.9 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ. 2540 เป็น 168.28 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ. 2545 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547 อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มาก ทั้งระดับความรุนแรงและระยะเวลายาวนาน จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีการศึกษาความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Skarsater, Baigi and Haglund, 2006) นับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้เป็นภาระ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่การดำเนินชีวิต ซึ่งความบกพร่องในหน้าที่การดำเนินชีวิตจากภาวะซึมเศร้าสามารถเปรียบเทียบกับความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากความพิการที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆ และจากการศึกษาเรื่องภาระของโรคทั่วโลกที่ทำโดย WHO ในปี 2533 (Murray CJL, Lopez AD., 1997 อ้างถึงใน นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดความบกพร่องสูงสุดในโลก เป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและ

สิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้ายังมีระดับอาการรู้สึกผิดที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ อุไร บูรณพิเชษฐ, 2542) ทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ทางพฤติกรรม และมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากอารมณ์เศร้าทั่วไป อย่างชัดเจน (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ เหมือนหายสนิทแล้วก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (Post, 1992) มีการศึกษาพบว่า 50% - 80% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี (Beeber, 1996; Peden, 1996) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000 อ้างถึงใน สุวดี จันดีกระษอม, 2546) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย โดยประมาณร้อยละ 20 - 35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994; ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าปรากฏว่า พบมากในวัยผู้ใหญ่ มีความชุกตลอดชีวิตคือ ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 - 50 ปี อายุเริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่ยาวนานที่สุดของชีวิต มีอายุอยู่ในช่วง (21 - 60 ปี) มีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นช่วงที่มีความเจริญเติบโตทางร่างกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง อดทนต่อภาวะคับข้องใจ ความสงสัยและข้อขัดแย้ง ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา (กัลยา นาคเพ็ชร์, 2547) เป็นวัยที่เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุคคลในอาชีพการงาน มีพลังในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) แต่หากบุคคลในวัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วนั้นย่อมส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัว และสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติ จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายหลังเริ่มต้นรับการรักษาไปจนถึง 12 เดือน ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปกลุ่มละ 6257 คน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าใช้จ่ายในการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยธรรมดาเท่ากับ 4246 ดอลลาร์ กับ 2371

คอลลาโดยประเภทของบริการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง การรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน การรักษาด้วยยา และการตรวจทางห้องทดลอง (Simon GE, VonKorff M, and Barlow W., 1995) ดังนั้น โรคซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และถือว่าเป็นปัญหาของประเทศไทย ดังจะเห็นจากการที่กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชเพื่อนำมาประกอบการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ การวางแผนพัฒนางานและเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชต่อไปในอนาคต (พิเชฐ อุคम्मรัตน์, 2547)

มีการศึกษาถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม neurotransmitter system neuroendocrine system ส่วนปัจจัยต่อไปคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในด้านของจิตใจแล้ว Beck et al. (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกอย่าง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) การบิดเบือนในความคิดนี้ เกิดจากการมีความบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดา มารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา

ปัจจุบันมีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆหลายวิธี แต่แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้คือ การรักษาทางร่างกาย และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางร่างกาย ยังแบ่งเป็นการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่น ภาวะนอนไม่หลับ รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสารสื่อประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลง

ดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเรียกว่าโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2543) ยารักษาอาการซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งตามการออกฤทธิ์ เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยากลุ่ม tricyclic เช่น ยา imipramine, amitriptyline และ nortriptyline เป็นต้น กลุ่มที่ 2 ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitor เช่น moclobemide กลุ่มที่ 3 ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran เป็นต้น กลุ่มที่ 4 ยากลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ ประกอบกันออกไป เช่น interpersonal therapy เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น cognitive behavior therapy การบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม short-term psychotherapy เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาด้วยวิธีที่เรียกว่า Cognitive Behavior Therapy (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Butler, Chapman, Formen and Beck, 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยได้มีการแปลความหมายในการเรียกหลากหลาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; DeRubeis et al., 1999) ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะมีการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด (Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognition) ที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามลดลง (สกาวัฒน์ พวงลัดดา, 2545 ;Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei, 2003 ;Tsai – Hwei Chen et al., 2006 ;Tian P.S. Oei, Bullbeck and Cambell, 2006) รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก (Quiring et al., 2002 ;Fava et al., 2004 ;Claudi et al., 2005)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ในลักษณะของรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ของต่างประเทศเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบการศึกษาศึกษาของ Seok – Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็น

ผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsai – Hwei Chen et al. (2006) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และหลังจาก 1 เดือนผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับเท่าเดิม นอกจากนี้การศึกษาของ Fava et al. (2004) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลา 6 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (40%) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (90%)

ในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชหลายประเภท เช่น ผู้ติดสุรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (ฉัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (ยุทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548) และยังมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยทางร่างกายที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของยุพาพัทธ์ รัชมณีวงศ์ (2547) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต จำนวน 15 คน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนซึมเศร้าลดลง และยังมีแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ที่ใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และเอดส์ จำนวน 16 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันทีและ 2 สัปดาห์หลังการบำบัดเสร็จสิ้น นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในคนปกติที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นการศึกษาของอัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ใช้การบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิง ในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และลดลง 2 สัปดาห์หลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตรา กฤตยารธรรม (2548) ได้ศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับการคำปรึกษามีคะแนนความซึมเศร้าลดลง และยังมีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย สำหรับการนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรงนั้น มีการศึกษาของสกาเวรัตน์ พวงลัดดา

(2545) ที่รายงานการใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนที่จะได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และช่วยให้คิดในทางบวกมากขึ้น ช่วยให้เห็นปัญหาที่เกิดจากการคิดในทางลบ ดังนั้นจากที่กล่าวมาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงประกอบไปด้วยการรักษาทางกาย และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดช่วยทำให้อาการซึมเศร้าบรรเทาลงและมีอัตราของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่จะรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Paykel et al., 1999; Scoot, 2001) ในต่างประเทศ ได้แก่ ลอนดอนและสหราชอาณาจักรได้ให้ความสำคัญกับการอบรมพยาบาลที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติด้านจิตสังคมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะการอบรมเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด โดยมีเป้าหมายว่าผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป (Mccann and Bowers, 2005) ดังนั้นการพยาบาลด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า จึงเป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถ แก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ให้มีความเหมาะสม และ สมเหตุสมผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้อาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนนั้นดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชชัย, 2549) ซึ่งการทำให้อาการของผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถใช้การเผชิญกับปัญหาได้มากขึ้นนั้นจะช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง (วีระ ชูรุจิพร, 2542)

ที่ผ่านมาพบมีหลายการศึกษาที่พบว่า ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น (ยุพาพัทธ์ รักมณีวงศ์, 2547) มีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย (สุจิตรา กฤติยารธรรม, 2548) จากการศึกษาของ Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบโดยมีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสม และชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ ความคิดอัตโนมัติยังมีบทบาทเป็นระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า แต่จากการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในประเทศไทยที่ผ่านมา จะเป็นศึกษาในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรควิตกกังวล แต่สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีเพียงการรายงานที่เป็นประโยชน์ด้วยกรณีศึกษาของสกวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ที่ได้นำแนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 จำนวนรายและพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเศร้าดีขึ้น แต่ยังไม่มีการรายงานหลักฐานสนับสนุนถึงการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการลดลงของ

ภาวะซึมเศร้า ที่นอกเหนือจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เช่น การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ แม้แต่การพยาบาลตามปกติ ที่ผู้ป่วยได้รับประจำขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นสำหรับการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาจึงยังไม่สามารถตอบได้ว่าเป็นผลจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหรือเกิดจากปัจจัยอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาเช่นกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการหาคำตอบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้รอบคอบมากที่สุด เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ประการแรกคือ ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือ โลก และมองอนาคตในทางลบ ประการที่สอง มีโครงสร้างความคิด (Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว โดยโครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง ประการที่สาม คือ เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ไปจากความเป็นจริง

องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ช่วงต้นของชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ปรับตัวไม่ได้ มีการประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือน ไปจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ จนเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ซึ่งโครงสร้างความคิดต่อมาจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนสถานการณ์ไปในทางลบจะทำให้เกิดการคิดที่บิดเบือนไปตามลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนโดยมองตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต เป็นการคิดบิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต้องการแก้ไขความผิดปกติของการรู้คิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยหลักในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ ประการแรก คือ วิธีการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะในรูปแบบของการนึกคิดไปทางลบ หรือรูปแบบของการคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ประการที่ 2 คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล ของความนึกคิดที่บิดเบือน เอรอน ที เบค (Aron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกัน (จันทิมา องค์ไฉยิต, 2545) โดยมีขั้นตอนของการรักษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) การใช้เทคนิคบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (สกาเวรัตน์ พวงลัดดา, 2545 ;Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei, 2003; Tsai – Hwei Chen et al., 2006 ;Tian P.S. Oei, Bullbeck and Cambell, 2006) รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีก (Quiring et al., 2002 ;Fava et al., 2004 ;Claudi et al., 2005) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะสั้น โดยปกติจะมีระยะเวลา 8 – 16 ครั้ง แต่มีการรายงานว่าจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้ คือ 8 ครั้ง และควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (White and Freeman, 2000) โดยมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยการฝึกผู้ป่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึก

(affective) พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก (behavior) และความคิด (cognitive) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดรายกลุ่มเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง ไม่ให้เกิดหรือดำเนินต่อไป ซึ่งกระบวนการของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่เป็นทางบวกเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึกรัก และความผูกพันภายในกลุ่มแล้ว (White JR and Freeman AS., 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์ห้มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นของการประเมินพฤติกรรมความคิด และขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยดำเนินการบำบัดเป็นแบบกลุ่ม แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กัณน้อย, 2547) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจึงประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน และประกอบด้วย 8 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม (สกาวัฒน์ พวงลัดดา, 2545; ประทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; อภิญา พรหมพยอม, 2548; ขวัญใจ นามเชื้อ, 2548; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2547) และเป็นการดำเนินการตามระยะของพัฒนาการกลุ่มระยะที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพ (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กัณน้อย, 2547) และเป็นกิจกรรมที่มีการสอนและการประเมินความคิดอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยตามเทคนิคและวิธีการบำบัดทางปัญญาในขั้นตอนที่ 1 คือการสอนผู้ป่วย (Didactic) และเป็นขั้นตอนที่ 1 ของกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and

Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ได้แก่ ขั้นตอนของการประเมินพฤติกรรมความคิด ดังนั้นขั้นตอนที่ 1 จึงประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง (self-monitoring) ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด ในกิจกรรมนี้จะมีการประเมินพฤติกรรมความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิดปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์พฤติกรรมประกอบด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (behavior) และผลที่ตามมา (consequence) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) การซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจ ได้เห็นความจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอิสระในการซักถามเกี่ยวกับการบำบัด ขอบเขตการบำบัด ในสภาพที่สุขใจ ของสมาชิกภายในกลุ่ม ได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมาย จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว (White and Freeman, 2000)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งการให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตนได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความสับสนไม่เข้าใจถึงสาเหตุหรืออาการของโรคที่ตนเองเป็น ทำให้เกิดความหวาดกลัวขาดความมั่นใจ ไม่เข้าใจว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้นสามารถรักษาได้ ทำให้เกิดความท้อถอย ไม่มีกำลังใจ อาจไม่ร่วมมือกับการบำบัดอย่างจริงจัง การสำรวจข้อมูลที่ผู้ป่วยมีและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความร่วมมือในการรักษาและการ

ตอบสนองการรักษา (Seltzer et al., 1980; Goldman and Quin, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยทำให้มีความหวัง ว่าการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี และอาการต่างๆที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก ซึ่งปัจจัยกระตุ้นด้านชีวภาพอาจส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพวิกฤต ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล็งถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา (White and Freeman, 2000) ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ยุติสัมพันธ์ภาพ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ (Beck, 1967) และเป็นการดำเนินกลุ่มมาถึงระยะการพัฒนากลุ่มในระยะระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กัณน้อย, 2547)

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 วิธีได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 3 วิธีการทดสอบความคิดอัตโนมัติจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 4 วิธีการพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 5 วิธีการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 6

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมเป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) ตามวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้แก่ การทำแบบฝึกหัดในห้อง การบันทึกความคิดประจำวันที่ได้มอบหมายในการทำการบ้าน ซึ่งได้เริ่มต้นและสอดแทรกไว้ในกิจกรรมที่ 1 – 8 และได้ใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and Larai, 2005; อรพรรณ ลีอนุชวรัชย์ และพิรพนธ์ ลีอนุชวรัชย์, 2549) ในขั้นตอนที่ 2 คือขั้นตอนของการปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (รายละเอียดในแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด) ที่ได้นำมาใช้ในกิจกรรมได้แก่ วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบความคิดอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นทางลบ จะมีรายละเอียดอยู่ในกิจกรรมที่ 3 การถามถึงหลักฐานยืนยันความคิดอัตโนมัติทางลบหรือการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 4) การตรวจสอบทางเลือกอื่นหรือการปรับเปลี่ยนความคิด

อัตโนมัติทางลบ (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 5) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก หรือการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 7) และการหยุดความคิด (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 6) ดังจะได้อธิบายรายละเอียดของในแต่ละกิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยการสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought ซึ่งความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หรือหมายถึง ความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (External Event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ซึ่งควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการฝึกให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีเหตุผล ได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Beck et al., 1979)

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการที่ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ซึ่งการที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น Behavior (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัช, 2549; Stuart, 2005)

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ด้วยการท้าทายให้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกใหม่ของผู้ป่วยอย่างไร และกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบทางเลือกอื่น (Examining alternatives) ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป สอนให้ผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในทุกแง่มุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน เนื่องจากผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมีเรื่องร้ายหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979) กิจกรรมนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัช, 2549; Stuart, 2005)

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผลและก่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น เป็นการคิดซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549) ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (Thought stopping) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้

แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

กิจกรรมที่ 7 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการ ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหา ในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจาก ความคิดของผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้มี ภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการ ให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) การศึกษาแบบสอง กลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม บำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) และแพทย์พิจารณาให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจ ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ประเมินได้จะอยู่ในระดับปานกลางคือ 16 – 19 คะแนน และระดับมากคือ 20 – 29 คะแนน

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง ขั้นตอน รายละเอียด วิธีการของการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนใน โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สำหรับพยาบาลที่ได้รับการอบรม และฝึกการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการสร้างโปรแกรมขึ้นจากแนวคิดการบำบัดทางความคิด ของเบค และคณะ (Beck et al., 1979) กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้กับผู้ป่วยเป็นกลุ่มกลุ่มละ 8 – 10 คน มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดแต่ละครั้ง 1 – 1½ ชั่วโมงประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า และกิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 จะดำเนินการไปพร้อมกันในกิจกรรมที่ 3 – 7 ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้สมาชิกรู้จักกัน และลดความตื่นเต้นในการเข้ากลุ่มครั้งแรก

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การการสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้อีก เน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมในเรื่องการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการนำเทคนิค และวิธีของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคและวิธีการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การสอน และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การสอนวิธีการให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางเล็กลง หรือการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing)

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ หมายถึง การฝึกควบคุมความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นด้วยการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่โดยใช้วิธี การหยุดความคิด (thought stopping)

กิจกรรมที่ 7 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หมายถึง การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ และมีวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
2. ด้านการวิจัย เป็นการแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบำบัดทางจิตวิธีหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิต ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าโรคซึมเศร้า

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มีความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1. นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง 2. นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจ ในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย 3. นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และเป็นความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนดูตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมาเบคและคณะ (Beck et al., 1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป

สวานีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2543) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรคคือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต และอาการต่างๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และทางความคิดกังวล (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ว่าความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวันอาการเป็นอยู่ยาวนานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) **พันธุกรรม** พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้อันซึ่งมีอัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 - 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย มีร้อยละ 14 และการศึกษาโรคนี้อันในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) **Neurotransmitter system** เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3) **Neuroendocrine factors** พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post - partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) ซึ่งการทำหน้าที่ของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg, 2001; Nelson, Sax, and Strakowski, 1998 cited in Lewin, 2003)

4) **ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป** (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และ อาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจจะเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

(อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) **ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก โดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พฤษชาติคุณากร, 2533; อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) **ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factors)** ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า “stoic” ในกลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังคงต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความแปรปรวนต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

3) **ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive – Behavioral Theories)** เริ่มต้นในปี 1970 ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของเบค (Beck's cognitive theory) มีรายละเอียดดังนี้

ก) **อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory)** โดย Peter (1974) อธิบายว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการ

ลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวัง และเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รูก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin, 2003) (รายละเอียดในแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด)

1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

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

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นน้ำแรงเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกาย ลดลงและพอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ก่อนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเชากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่กุ่ม คอดก สิ้นน้ำเฉยเมยหรือหน้านิ้วคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ขี้ลืมเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามีการสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.3.8 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้าตรู่ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.3.9 อาการวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด

1.3.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.11 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

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

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

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

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

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่มคือ

1.5.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือ ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

1.5.2 Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์

เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย กงสกันธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยารวรรณ, 2548)

1) แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆ ของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ก) Structure Clinical Intervention for DSM – III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

ก) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามความซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism 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) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation) อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง (unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (work inhibition) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido)

ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ

ซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ข) Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

ค) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำ แต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือคู่มือประสิทธิภาพของยามียุคคำถามทั้งหมด

10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0 – 6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรง อยู่ในเกณฑ์สูง

ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภทคือการรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภักย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับ

อาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

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, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 – 12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 – 9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (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 ได้แก่ยา mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษา โรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง แม้ว่าวิธีการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

1.6.2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatments)

1) การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short - term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และ

เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวเป็น “แก่น” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆ ของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆ สิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diacitic – aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferter (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอา พฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจ กระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการท้าทายความคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้ เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2545)

1.7.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านั้นแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของ ที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.7.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.7.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.7.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ในสังคม

1.7.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.7.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัย และความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติบัตร และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต ได้แก่ 1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (social modeling) อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2549; Stuart and Laraia, 2005)

ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่งมีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางปัญหา ที่พัฒนาขึ้น โดย Aron Beck มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและเป็นแนวทางในการ

สร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่ง Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน มีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ สนใจเกี่ยวกับการอธิบายถึงการเป็นโรคจิต โดยเฉพาะเรื่องของอาการของโรคซึมเศร้า จึงตรวจสอบหลักการของทฤษฎีจิตวิเคราะห์อย่างจริงจัง โดยการเริ่มสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบ และทำการวิจัยจนกระทั่งปลายปี 1950 เขาจึงเริ่มทำการปฏิรูปวิธีการบำบัดของเขาไปสู่ การบำบัดทางปัญญาในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมซึมเศร้า ในปี 1963 Beck เริ่มสังเกตเห็นว่า ปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ จึงทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่ำเสมอและเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของเรา ซึ่งรวมทั้งอาการซึมเศร้าด้วยและพบอีกว่าคนไข้โรคจิตเหล่านั้นมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนอย่างเป็นระบบ Beck พบว่าลักษณะของการบิดเบือนนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ (Beck, 1971 อ้างถึงในสม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549)

2.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron Beck (1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกรวมและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการรักษาได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกรวมมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการรักษาได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง มีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

2.2 ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck นี้เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในที่นี่ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์, (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะ พฤติกรรมหลีกเลี่ยง ยกตัวอย่างความสัมพันธ์รูปแบบการคิดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern) ความคิด (Thought) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) ตามแนวคิดของ Beck

รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern)	ความคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior)
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า, ไม่ดีพอ,	ปฏิเสธ, แยกตัว,
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ,	สิ้นหวัง,
มองอนาคตด้านลบ	ไม่ยุติธรรม, ล้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

2.3 ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) มี 4 ระดับ ได้แก่

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เทียงนี้ฉันจะกินข้าวที่..... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่างๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้นความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโตรง

ความคิดที่เป็นแกน หมายถึง ความคิดหลักเกี่ยวกับตนเอง คนอื่น และอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ตัวอย่างในแง่บวก เช่น ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ ในแง่ลบ เช่น สังคมเต็มไปด้วยอันตราย เป็นต้น

Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่างๆ บุคคลมี Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema เหล่านี้จะถูกเร้าด้วยตัวกระตุ้นที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมใน Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ตอกย้ำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ตัวอย่างเช่น คนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเองจะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตน และมองไม่เห็นหรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก สก็มาสามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้ปรับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว เบค เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนสก็มาเป็นกระบวนการของการรักษา (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ตัวอย่างของโครงสร้างความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมดังตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ตัวอย่างของ Adaptive Schemas และ Maladaptive Schema

Adaptive Schemas	Maladaptive Schema
<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ามีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น ฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ - ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้ - ฉันเป็นนักค้นหาจึงไม่กลัวความล้มเหลว - คนอื่นไว้ใจ เชื่อใจฉันได้ - ผู้คนเคารพนับถือฉัน - ฉันสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ - ถ้าฉันมีการเตรียมตัวสำหรับอนาคตฉันจะทำได้ดีกว่า - ฉันชอบความท้าทาย - สิ่งที่ทำให้ฉันกลัวมีไม่มาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น - ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ - ฉันรู้สึกไม่ดี แยกแยะ กังวลกับสิ่งที่ทำ - ฉันไม่มีใคร - ฉันไม่รู้จะทำอะไร เพราะไม่ว่าจะทำอะไรมันจะไม่ประสบความสำเร็จ - คนอื่นไม่ควรเชื่อใจฉัน - ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบายหรือพึงพอใจกับอะไรเลย - ถ้าฉันพลาดฉันจะสูญเสียทุกอย่าง - โลกนี้เต็มไปด้วยสิ่งที่ทำร้ายฉัน

Wright and Beck (1995)

ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผลและก่อนข้างไม่ปฏิบัติตามความเป็นจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์กรโยมิต, 2545)

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมนำเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมด เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่งก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือ การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันคิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกที่ตัวเองไร้

3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด

4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมอง โลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมคอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนขั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ หรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียวโดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ่มใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานดีเยี่ยมเป็นต้น

6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า “เพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก” เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน

7. การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุป เดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่จิตใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”

8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification / Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่ง จนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน สำหรับลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญหรือลดความสามารถของตนเอง

9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นการคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมากคิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่นิ้วเดียวขอมรู้สึกผิดหวังในตนเองละเอียดใจหรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of Self - Worth) เช่น “ฉันต้องคิดตลอดเวลา”

2.4 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญรัชชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สม โภชน์เยี่ยมสุภานิต, 2549) และยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทลบลความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่นๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักจูง การคิดที่เกิดขึ้นใหม่ และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

2.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้น โดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระทบ (external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วย

ตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ซึ่งยกตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

สภาพการณ์หรือสิ่งเร้า (A)	ความคิดหรือความเชื่อ (B)	อารมณ์หรือความรู้สึก (C)

การบันทึกด้วยตนเองสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความมั่นคงหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ท้าสนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3. พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al.,

1979 จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีมุมมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4. วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้ว หรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 197) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2. การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรม ของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูด ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดการให้ผู้ป่วยทำการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

2.6 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2549)

2.6.1 ขั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วย ผู้บำบัดจะประเมินสิ่งที่แสดงออก (actions) ความคิด (thoughts) และความรู้สึก (feeling) ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรมีความถูกต้องชัดเจนที่สุดเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้

ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหานั้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยายามสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior)

สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Anticident) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่คุณคนนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้ ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวกเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้
 ความคิด (Cognitive) หมายถึง คือ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6.2 ชั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทั่วไปการบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรม (increasing activity) การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) เพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิควิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบไปด้วย 3 วิธี สามารถนำมาใช้เทคนิคเดียว หรือนำมาผสมผสานกันหลายเทคนิคก็ได้ ซึ่งวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) ในขั้นแรกจะเริ่มดำเนินการจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

ก) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการดึงของกล้ามเนื้อ วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย

ข) การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (bio-feedback) ที่ใช้กัน ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้มี ความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด

ค) การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

ง) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มีการฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

จ) การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ

2) วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก) การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ความรู้สึก (monitoring thoughts and feeling) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ยังคงอยู่ ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถคอยตรวจสอบความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยให้บันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ประเด็น คือ 1. สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2. อารมณ์ ความรู้สึก 3. ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ 4. พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และ 5. ผลลัพธ์หรือผลที่เกิด

ข) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย ผู้ป่วยมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่นๆ เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ค) การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าตนเอง ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้น

ง) ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์เลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะจัดการหรือแก้ปัญหาได้หรือไม่ แล้วจะจัดการอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้คือการลองให้ผู้ผู้ป่วยคาดคะเนถึงผลที่อาจเป็นไปได้ที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ไม่กลัวหรือกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลไปล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้เป็นการช่วยผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหานั้นได้

จ) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่บวกทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

ฉ) การหยุดความคิด (thought stopping) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3) วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

ก) การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

ข) การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

ค) การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

ง) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

จ) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

ฉ) การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะทำให้ผู้ป่วยติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้ำคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

2.7 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 15 – 20 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ (สุชาติ พหลภคย์, 2542) เช่นเดียวกับ Greist and Jefferson, 1992; Wright and Beck, 1995 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมักจะใช้ในการรักษาในระยะสั้น 10 – 20 ครั้งต่อ Course แต่

White and Freeman, 2000 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 - 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้งและต้องมีการดำเนินการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson, 1992 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

3. โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย โดยมีอาการประกอบด้วยอารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจหรือความรื่นรมณ์ ในกิจกรรมตามปกติของชีวิต และอาการเหล่านี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการตามมาในลักษณะต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางร่างกาย ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของการบำบัดที่เน้นการปรับความคิด (cognitive therapy) มองว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคอยคิดว่าตัวเอง โลกของเขา หรืออนาคตของเขา ขาดบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นต่อการมีความสุขไป ผู้ป่วยจะเริ่มมองตนเองบกพร่อง ขาดความสามารถหรือไม่มีคุณค่า มองว่าครอบครัวคอยด่าคอยว่า วิพากษ์วิจารณ์ หรือไม่ช่วยเหลือหนุน และมองว่าอนาคตของตนเองมืดมน มีความคิดทางลบเกิดขึ้น (เฮล, เคเนี่ยล; และ เฮล, โรเบิร์ต อี. ผลร้ายของโรคมีหลายประการ ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เช่น การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และอันตรายที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตายมีงานวิจัยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

จากปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของ เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลของการนำแนวคิดของการปรับความคิดมาใช้ เช่น อัญชลี นัทรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสกวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มี

อาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็น การทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ในอันดับต้นๆที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูล บทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหล ภาคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart, 2005 (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549) และจากการ ทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลดภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและเหมาะสม โดยมีการบำบัด 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

1. การแนะนำตัว เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิด ความคุ้นเคยลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิด ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด ให้ ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เปิด โอกาสให้ซักถาม

2. สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการบำบัด และปฏิบัติตาม แผนการบำบัด ในการประเมินพฤติกรรมความคิด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องมีการ สสำรวจตนเอง (self-monitoring) ขณะที่ได้รับการบำบัดพร้อมกับเปิดเผยความคิด ความรู้สึกได้ ภายในกลุ่ม และยอมรับว่าจะต้องมียางานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment)

3. ผู้วิจัยจะประเมินความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ

ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิด ปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ ด้วยการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้รูปแบบ (ABCs of Treatment) (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก (affective) พฤติกรรม (behavior) ความคิด (cognitive)

4. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

1. ให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)

2. ร่วมกันกับผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 และอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า กับการคิด (cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavior) และฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามรูปแบบ (ABCs of Treatment) ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า

3. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน โดยบันทึกอารมณ์ (affective) ความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า (ในแบบบันทึกที่ 1)

4. สรุปกิจกรรมที่ 2 ร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยใน (แบบบันทึกที่ 1) ใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) โดยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ คือ การทำการบ้าน โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

2. อธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ความสัมพันธ์

ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 1) ที่เกี่ยวกับการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ

3. ให้ผู้ป่วยได้ลองวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจาก (แบบบันทึกที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย บันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัตินั้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาใน (แบบบันทึกที่ 2)

5. สรุปกิจกรรมที่ 3 และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. สนทนากับผู้ป่วยถึงการบ้านในกิจกรรมที่ 3 และเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วิธีการที่มอบหมายให้ผู้ป่วยที่จะเป็นการช่วยในการตรวจสอบ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

2. ยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 2) ให้ผู้ป่วยได้ฝึกหาคำความคิดอัตโนมัติทางลบ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ ด้วยการถามถึงหลักฐานยืนยัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบด้วยทางเลือกอื่นๆ (alternative possible interpretation)

3. สนทนาเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำใน (แบบบันทึกที่ 2) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ว่ามีสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ในสถานการณ์ของผู้ป่วยเอง เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง (reinforcement) คือ ด้วยการให้ความสนใจ ให้กำลังใจ หรือการให้คำชม

4. ผู้บำบัดถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) ในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ โดยผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี

5. ให้ข้อมูลเปรียบเทียบของความคิดที่สมเหตุสมผล กับความคิดที่บิดเบือนไม่

สมเหตุสมผล (adaptive schemas and maladaptive schema) และทำทนายให้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ของผู้ป่วยด้วยการบันทึกความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น

6. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตรวจสอบความเป็นไปได้อื่น (alternative possible interpretation) ใน (แบบบันทึกที่ 3)
7. สรุปกิจกรรมที่ 4 ร่วมกันกับผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 3) ซึ่งเป็นการบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และเป็นการฝึกให้ผู้ป่วย หาหลักฐานสนับสนุนความคิดหรือความเป็นไปได้อื่น แล้วทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอะไรเกิดขึ้น และผลที่ตามมาเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผู้วิจัยรับฟังให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม
2. สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน
3. ร่วมกันกับผู้ป่วยค้นหาความคิดทางบวกในสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แล้วกระตุ้นเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ไปในทางที่เหมาะสม
4. มอบหมายการบ้านให้บันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย และความคิดใหม่ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลใหม่ต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไรในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ใน (แบบบันทึกที่ 4)
5. สรุปกิจกรรมที่ 5 ร่วมกันกับผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1. ผู้วิจัยทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมา และถามถึงการบ้านที่มอบหมายใน (แบบบันทึกที่ 4) หลังจากมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแล้วส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร
2. ฝึกให้ผู้ป่วยมีการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหากจาก (สถานการณ์สมมุติที่ 3) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหากจากสถานการณ์สมมุติ
3. ผู้วิจัยให้การเสริมแรง ด้วยการชมเชย และสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยอภิปรายอีกครั้ง
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคน ในกลุ่มได้สำรวจปัญหาที่รบกวนใจผู้ป่วย แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหากโดยสมาชิกรับฟัง ให้กำลังใจ และเสนอข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์

5. สรุปกิจกรรม ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ทำการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 4) อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

1. สนทนาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยจากกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่สามารถเกิดได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (thought stopping) โดยให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้วิจัยบอกให้ “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่ แล้วให้ผู้ผู้ป่วยใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)
4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายถึงข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงถึงประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกใช้เป็นประจำ และมอบหมายให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้ฝึกการหยุดความคิดในแต่ละวัน ใน (แบบบันทึกที่ 5)
6. สรุปกิจกรรมที่ 7 ร่วมกันกับผู้ผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการได้
3. กระตุ้นให้ฝึกด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด ยุติสัมพันธภาพ
4. ตอบแบบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดในโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนที่ได้รับการให้คำปรึกษา

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา โดยการประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง

ฉัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะที่เผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัด และในระยะติดตามผลภาวะซึมเศร้ายังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้เนื้อหาในแผนการบำบัดยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการรักษา และสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหา เป็นไปในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น

อัญชลี นัทรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ

ยุทธนา อองอาจสกุลมัน (2548) ได้ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4 ราย ในแง่ของการรักษา และนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อภิญา พรหมพยอม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ยุพาพัทธ์ รัชมณีวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการบำบัดผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

สุจิตรา กฤติยวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สกวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน และมีการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด (The paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาประเมินเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยานอกจากจะแน่ใจว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งผลพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำหลังจากที่ได้รับการบำบัดด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก และเมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25 % มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องมาจากการการประเมินการกลับมีอาการซ้ำใน 2 ปี ผลพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับมีอาการซ้ำในระดับต่ำมี 40% มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมี 90% เมื่อพิจารณาถึงความหลากหลายของอาการที่กลับเป็นซ้ำก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และ อาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า (1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ (2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมชักนำไปให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ (3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอม ระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้า

Tsai – Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าบรรเทา ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้งคือก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ใน

อันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ มีเพียงการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบำบัดที่ให้ผลไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ Elkin et al., (1989) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลในการลดอาการซึมเศร้าเท่าเทียมกันแต่เมื่อทำการศึกษาระยะยาว 1 ปี สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าเลวลง (Shapiro et al., 1994 cited in Butler et al., 2006) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับยาต้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ผลเท่าเทียมกัน (DeRubeis et al., 2005) แต่การศึกษาของ Hollon and Beck (1994) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) รายงานว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและยาต้านอาการซึมเศร้าร่วมกันจะให้ผลดีกว่าที่จะใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว และยังมีการศึกษาผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของ DeRubeis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดแล้วในระยะเวลา 1 ปี จะมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยา ซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับมีอาการซ้ำสูง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด

- การสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมในการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

- การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

- การฝึกสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และค้นหาความคิดทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

- เป็นการฝึกให้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

- เป็นการค้นหาความคิดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

- การฝึกให้ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีจากกิจกรรมที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

- เป็นการฝึกทักษะในการหยุดความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

- การทบทวนความรู้ และการยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรต้น คือการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรตาม คือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

		O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
		O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม
O ₁	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด			
O ₂	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด			
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด			
O ₃	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O ₄	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ			

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่ม และคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (10 – 15 คะแนน) ถึงมาก (16 – 29 คะแนน)
4. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และขนาดเท่ากัน (Fava et al.,1998; Fava et al., 2004)
5. ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว
6. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ (Seok - Man Kwon and Tiam P.S. Oei, 2003)
7. ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
8. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

Exclusion Criteria

1. มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ
2. มีอาการทางจิตในลักษณะ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม PASS (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำการศึกษาของ เซาว์นีย์ ล่องชูผล (2547) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คนรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ ตึกเมตตา ตึกวิสุทธา ตึกมุขิตา ตึกภavana ตึกขนาน ตึกสหทัย ตึกอารี และตึกจิระ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยพิจารณาตามคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (10 - 15) ถึงมาก (16 - 29) (Greist, John, and Fafferson , 1992) และทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin , 2003) คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้า ในระดับปานกลางคู่ระดับปานกลางคือช่วง (10 - 15 คะแนน) และระดับมากคู่ระดับมากคือช่วง (16 - 29 คะแนน) ระดับการศึกษา (Beck, 1967) แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและ ปริมาณยาเท่าๆ กัน (Fava et al.,1998; Fava et al., 2004) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาของเบค และคณะ (Beck et al., 1979) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

- 1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2) สร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยประยุกต์ใช้วิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้น โดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542) ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 3) จัดทำคู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นำโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมโดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ดังรายนามใน (ภาคผนวก ก)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีประเด็นแก้ไขดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด ควรมีการทำกิจกรรมที่ละลายพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน เพื่อสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม และให้สมาชิกได้ประเมินตนเอง ความคาดหวังในการมาเข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประเมินกิจกรรมประจำวันของสมาชิกว่ารบกวนเวลาหรือไม่ และควรเขียนรายละเอียดของกิจกรรมเป็นขั้นตอนคือมีขึ้น Initial phase ขึ้น Working phase และขึ้น Terminal phase ให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า สื่อการสอนควรเป็นรูปภาพที่น่าสนใจ ไม่เน้นการบรรยายแต่ควรเน้นที่การดึงประสบการณ์เจ็บป่วยของสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ควรมีช่วงเวลาพักเพื่อให้สมาชิกผ่อนคลาย แล้วถึงจะเริ่มกิจกรรมต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ สื่อการสอนเป็นรูปภาพเข้าใจง่าย ควรเน้นการเชื่อมโยงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดของสมาชิกแต่ละคนเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม อธิบายความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบให้สมาชิกเข้าใจ และควรมีการยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติ เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกและเกิดความเข้าใจ แล้วหลังจากนั้นยกตัวอย่างของสมาชิกเพื่อให้เข้าใจมากขึ้น ควรฝึกให้สมาชิกบันทึกการบ้านในกลุ่ม แล้วจึงมอบหมายให้กลับไปทำเป็นการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และกิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ต่อเนื่องกันอาจพิจารณานำมารวมกัน แต่เพิ่มจำนวนครั้งขึ้น และควรมีการอธิบายแบบบันทึกความคิดให้สมาชิกเข้าใจในแต่ละช่องให้ชัดเจน แล้วให้ลองฝึกบันทึกจากตัวอย่างสถานการณ์สมมุติ แล้วนำการบ้านของสมาชิกในกิจกรรมที่ 3 คือการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ มาพิจารณาในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ โดยการใช้วิธีการหยุดความคิดควรประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกแต่ละคนควรระวังกรณี ที่มีภาวะ Panic, Violence ขณะทำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 7 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ควรมีการเขียนให้ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ควรหาสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำในแต่ละครั้งที่ผ่านมา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา แล้วเขียนเป็นขั้นตอนให้ชัดเจน

2. ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปทดลองใช้ (Try - out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 8 ครั้งจนครบโปรแกรมฯ เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

ในการทดลองใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดพบทั้งข้อดี และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมดังสรุปไว้ต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนหลังจากที่มีการปรับแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ มีการจัดกิจกรรมเพื่อละลายพฤติกรรมสำหรับสมาชิกในกลุ่ม ชื่อกิจกรรม “บุคคลแปลกหน้า” ซึ่งสมาชิกให้ความร่วมมือในการปฏิบัติและมีส่วนร่วม แต่ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ

1. ควรมีการอธิบายขั้นตอนของกิจกรรมอย่างชัดเจน ซึ่งมีสมาชิกแสดงความคิดเห็นว่า “เราควรไปทักทายเขาก่อน แนะนำตัวเราเองแล้วค่อยถามชื่อเขา อยู่ๆถ้าเราไปถามชื่อเขาก่อนเขาอาจจะไม่บอกเราก็ได้”

2. การประเมินกิจวัตรประจำวัน และความคาดหวังของสมาชิกแต่ละคนจากการซักถามอย่างเดียวพบปัญหาคือสมาชิกบางคนพูดมาก และบางคนไม่ค่อยพูดแสดงความคิดเห็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างตารางบันทึกกิจวัตรประจำวันให้สมาชิกบันทึกลงไป และสร้างแบบฟอร์มสำหรับให้สมาชิกเขียนความคาดหวังในการมาเข้ากลุ่ม

3. การแก้ปัญหาสมาชิกในการแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้กลุ่มสร้างข้อตกลงในการเข้ากลุ่มร่วมกัน และตั้งชื่อกลุ่ม

4. การประเมินพฤติกรรมความคิดผู้วิจัยใช้ประเด็นของการ “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

ที่เกิดขึ้นต่อความเจ็บป่วย” ซึ่งสมาชิกให้ความร่วมมือ และแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยจึงได้รับทราบเกี่ยวกับความคิดอารมณ์พฤติกรรมของแต่ละคน ปัญหาที่พบคือ สมาชิกยังไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรคือความคิด อะไรคืออารมณ์ และอะไรคือพฤติกรรม เช่น “รู้สึกทำไมเราต้องเป็นแบบนี้ เราไม่อยากทำอะไรเลย” “รู้สึกว่าที่เป็นแบบนี้แล้ว เหมือนเราป่วยอยู่ตลอดเวลา สมอมนั่นคือ คิดอะไรไม่ค่อยออก รู้สึกว่าสมอมนี่ไม่โล่ง มันไม่ใส” จากการแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยจึงนำไปปรับในกิจกรรมที่ 2 ในส่วนของการให้ความหมายของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยเน้นที่ประสบการณ์ของสมาชิกที่เกิดขึ้นในประเด็นของ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ซึ่งการแสดงความคิดเห็นกระจุกกระจาย ผู้วิจัยจึงใช้การสรุปเป็นประเด็นประกอบสื่อการสอน และหากสมาชิกไม่สนใจกลุ่ม และจากกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยให้ความหมายของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน ในภาพพลิกความรู้เรื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และได้สร้างแบบฝึกหัดเพื่อบันทึกในกลุ่ม โคนเริ่มต้นฝึกจากสถานการณ์สมมุติ แล้วทำแบบฝึกหัดและมอบหมายการบ้านในแบบบันทึกความคิดที่ 1

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนสื่อการสอนเป็นรูปภาพเข้าใจง่าย คือภาพพลิกความรู้เรื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แต่สมาชิกยังแยกความคิด อารมณ์ได้น้อย ผู้วิจัยจึงสร้างตัวอย่างประโยคความคิด 20 ให้สมาชิกแยกว่าข้อใดเป็นความคิดทางลบ ข้อใดคือความคิดทางบวก แล้วมอบหมายการบ้านบอกความคิดควรเน้นการเชื่อมโยงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดของสมาชิกแต่ละคนเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม อธิบายความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบให้สมาชิกเข้าใจ และควรมีการยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติ เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกและเกิดความเข้าใจ แล้วหลังจากนั้นยกตัวอย่างของสมาชิกเพื่อให้เข้าใจมากขึ้น ควรฝึกให้สมาชิกบันทึกการบ้านในกลุ่ม แล้วจึงมอบหมายให้กลับไปทำการบ้านในแบบบันทึกที่ 3

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และกิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

ผู้วิจัยได้สอนถึงวิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยการหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และการหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ แล้วพิจารณาว่าจะมีความคิดทางเลือกอื่นเกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร เกิดความคิดทางเลือกอะไรบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิในการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ไปร่วมกัน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือใช้เวลานาน ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามกิจกรรมที่ 4 และกล่าวเชื่อมโยงกิจกรรมที่ 4 เมื่อเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 5 เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง และหลังจากกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยมีความคิดใหม่ หรือความคิดทางเลือกซึ่งนำไปสู่การหาวิธีการแก้ไขปัญหของ

สมาชิกแต่ละคนที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับกิจกรรมที่ 7 การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาไว้แทนกิจกรรมที่ 6 เดิม คือการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

กิจกรรมที่ 6 การฝึกการสร้างทักษะความคิดใหม่ และ**กิจกรรมที่ 8** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ**ยูติโปรแกรม**บำบัดทางพฤติกรรมความคิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ไม่พบปัญหาและอุปสรรคใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปขั้นตอน และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการแล้ว ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยูติโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 การใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 การใช้วิธีการบำบัดทางพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ สถานภาพ จำนวนครั้งของการมารับการรักษา

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ

0 – 9	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range)
10 – 15	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
16 – 19	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression)

- 20 – 29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression)
 30 – 63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล และพยาบาลจิตเวช ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเดิมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปโดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al.,1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

$$CVI = 19/21 = 0.9$$

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.9 และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขในแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในจุดเล็กน้อยเพื่อให้ประโยคมีความสมบูรณ์ในข้อที่ 2, 3,4,5,7,8,10,11,12,13,14,16,17,18,19,20 และข้อที่ 21 และมีข้อเสนอแนะอื่นๆ คือให้สรุปคำชี้แจงใหม่ให้ผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขในแต่ละส่วนดังเสนอไว้ใน (ภาคผนวก ก)

2. การหาความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ ฮอลลอน และ เค็นดอลล์ (Hollon and Kendall, 1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดาแสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปีนตา (2536) และได้้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.84 (Dobson and Shaw, 1986 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับแนวคิดความซึมเศร้าของ Beck ในทางคลินิกแบบสอบถามนี้ใช้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติในทางลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน คือ ไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30 – 80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้วกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองใหม่ในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจากการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้วกลุ่มตัวอย่างทุกรายผ่านเกณฑ์

2. สมุดบันทึกความคิดที่มอบหมายเป็นการบ้านในแต่ละครั้ง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นได้แก่ สมุดบันทึกประจำวัน “ความคิดใหม่ ใจมีสุข”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดาแสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปีนตา (2536) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล และพยาบาลจิตเวช (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเดิมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปโดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al.,1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

$$\text{CVI} = 28/30 = 0.93$$

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขในแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบในจุดเล็กน้อยเพื่อให้ประโยคมีความสมบูรณ์ในข้อที่ 1,7,8,11,15 และข้อที่ 25 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขในแต่ละส่วนดังเสนอไว้ใน (ภาคผนวก ก)

2. การหาความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมทางวิชาการ เรื่อง “การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับพยาบาล” ในระหว่างวันที่ 3 – 5 สิงหาคม พ.ศ. 2549 และฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ (APN) ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมคิดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุงในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหน้าที่สื่อจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการอำเภอ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแต่ละตึก กับหัวหน้าตึกแต่ละตึกที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาตัวอยู่

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในแต่ละตึก โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าตึก แล้วขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการตอบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test)

1.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกันได้แก่ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับการศึกษา แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและ ปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (pre-test)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม โดย

ดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 – 1½ ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง ปฏิบัติ วันเว้นวัน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (Post – test)

3) ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

5) ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าตึกที่มีกลุ่มทดลองอยู่เพื่อขออนุญาตนำผู้ป่วยมาดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 3 สัปดาห์ที่จะไปพบ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (Post – test)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ในขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1 – 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิก และระหว่างสมาชิก
2. เพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มครั้งแรก
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจแนวทางการบำบัด และระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกมีหน้าที่ปฏิบัติ
4. เพื่อประเมินปัญหาจากความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของสมาชิก

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตัว บอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทำความรู้จักกันด้วยการเล่นเกมส์ “บุคคลแปลกหน้า” โดยบอกชื่อ วัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนของเกมส์
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวคำชมเชย และประเมินความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ได้รับดอกไม้ “ตอนที่มีคนนำดอกไม้มาให้ตอนนั้นคุณคิดอะไร” “คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้แนะนำตัวเป็นรายบุคคลในกลุ่มอีกครั้ง และกล่าวต้อนรับสมาชิกทุกคน
5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่ม และเสนอประเด็นเพิ่มเติมได้แก่ มีความร่วมมือในกลุ่ม ขณะดำเนินกิจกรรมสมาชิกต้องมีการสำรวจตนเอง แสดงความคิดเห็นและเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตนเองภายในกลุ่ม หลังเสร็จกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้าน เพื่อฝึกบันทึกความคิดดังนั้นสมาชิกต้องมีความรับผิดชอบในการฝึกทำการบ้าน รักษาความลับของสมาชิกภายในกลุ่ม ไม่นำไปเปิดเผยนอกกลุ่ม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะอื่น ๆ จากกลุ่ม
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเขียนระเบียบของกลุ่มลงในกระดาษ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความเคารพในกฎระเบียบ และปฏิบัติร่วมกัน
7. ผู้นำกลุ่มขออนุญาตสมาชิกในการจดบันทึก และบันทึกเทปขณะที่ทำกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า โดยใช้คำถามเช่น “สาเหตุที่ทำให้ป่วยแต่ละครั้งเกิดจากอะไรคะ” “ช่วยเล่าถึงสาเหตุที่ทำให้ป่วย” หรือ “ตอนนั้นเกิดอะไรขึ้นถึงทำให้ต้องได้รับการรักษา” ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่เคยได้รับ
2. ผู้นำกลุ่มสรุปสาเหตุของการเจ็บป่วยของสมาชิกกลุ่ม และเชื่อมโยงสาเหตุที่เกิดจากความคิด ซึ่งนำมาสู่การบำบัดด้วย กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
3. ผู้นำกลุ่มสรุปการรักษาที่สมาชิกเคยได้รับ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดของ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยบอกความหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการบำบัด
5. ผู้นำกลุ่มมอบคู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และสมุดบันทึกความคิดประจำวันชื่อ “ความคิดใหม่ ใจเป็นสุข” แก่สมาชิกพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด
6. ผู้นำกลุ่มประเมินความคาดหวังของสมาชิกในการเข้ากลุ่มด้วยคำถาม เช่น “การมาร่วมกลุ่มสมาชิกคาดหวังว่าจะได้อะไรบ้างคะ” และประเมินความ
7. ผู้นำกลุ่มประเมินกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมที่สมาชิกแต่ละคนปฏิบัติในแต่ละวันแล้วให้บันทึกใน
8. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นของผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น “ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลอย่างไรกับคุณ” แล้วประเมินความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคน โดยถาม “คุณรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น” “คุณคิดอย่างไรกับผลกระทบที่เกิดขึ้น”

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้บอกความรู้สึกในการมาเข้ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดครั้งแรก
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปขั้นตอนของกิจกรรมที่ 1
3. ผู้นำกลุ่มให้คำชมเชย และให้กำลังใจในการมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่จะปฏิบัติครั้งต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม

ประเมินผล

ผู้ป่วยสนใจและร่วมมือในการเล่นเกมส์ “บุคคลแปลกหน้า” ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่มเกิดเร็วขึ้น ท่าทีของสมาชิกผ่อนคลาย และทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเมื่อได้รับดอกไม้ เช่น “ป้าก็ดีใจมีคนเอาดอกไม้มาให้ป้า” “ก็ดีนะ

ครับ เป็นการแสดงถึงไมตรีที่เรามีให้ต่อกัน” ผู้ป่วยร่วมกันตั้งชื่อกลุ่มชื่อ “กลุ่มพัฒนาความคิดทางบวก” และร่วมกันตั้งระเบียบของกลุ่ม แล้วมีตัวแทนเขียนลงในกระดาษเพื่อให้สมาชิกเข้าใจแนวทางการบำบัด และระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกมีหน้าที่ปฏิบัติร่วมกัน และผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้ทุกคน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าตามรูปแบบ (ABCs of Treatment)
4. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการบันทึกความคิดในแบบบันทึกที่ 1

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องทั่วไป และกระตุ้นให้บทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 เกี่ยวกับชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม จำนวนครั้ง และความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจ และส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไป คือ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดูรูปภาพใบหน้าคนแสดงสีหน้าเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด รวม 5 ระดับ
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยเกิดอารมณ์เศร้า โดยการให้สมาชิกอธิบายลักษณะอารมณ์ของใบหน้าแต่ละรูป แล้วให้เลือกว่าเคยมีใบหน้าแบบนี้ไหน “สมาชิกคิดว่าภาพแต่ละภาพแสดงอารมณ์อย่างไร” “สมาชิกเคยใบหน้าแบบนี้หรือไม่”
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรคซึมเศร้าในประเด็น ของการให้ความหมายของโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การรักษา

4. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับประเด็นที่สมาชิกอภิปรายเป็นระยะ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา และเชื่อมโยงถึงการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด เกี่ยวกับความเชื่อที่ว่าความซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยด้านการรู้คิด หรือด้านความคิด และบอกถึงหน้าที่ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าจะเข้าไปช่วยให้เกิดการเข้าใจความคิดทางลบ และเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ ทำให้มีมุมมองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกตามความเป็นจริง เกิดความคิดมุมมองที่จะจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. ผู้นำกลุ่มสร้างแรงจูงใจถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิก และความอดทน มุ่งมั่นที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม และร่วมกันฝึกในแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะการฝึกทำการบ้านทุกครั้ง

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้บอกความหมายของ อารมณ์ พฤติกรรม และความคิด ตามความเข้าใจของสมาชิก หลังจากนั้นสรุปตามสิ่งที่สมาชิกบอก และอธิบายความหมายให้สมาชิกเข้าใจอีกครั้ง

7. ผู้นำกลุ่มอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ความรู้สึ และพฤติกรรม การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไข ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ฝึกให้สมาชิกบอกความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ความรู้สึ และพฤติกรรม จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ 1 “ท่านตั้งใจซื้อของไปฝากคนคนหนึ่งที่มีความสำคัญกับท่าน แต่เมื่อเขาได้รับของแล้วเขาบอกว่า “ซื้อมาทำไมไม่รู้ไม่เห็นต้องซื้อมาเลย”” และให้สมาชิกบอกความคิด อารมณ์ พฤติกรรมด้วยคำถาม “คิดอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” “รู้สึอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” “ตอนนั้นมีการแสดงออกอย่างไร”

9. ผู้นำกลุ่มเขียนความคิดเห็นต่างๆ ของสมาชิกลงในกระดานโดยแยกเป็น ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อเป็นตัวอย่างให้เห็นทุกคน

10. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มยกสถานการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม 1 เหตุการณ์ และให้สมาชิกวิเคราะห์หาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแล้วเขียนให้ดูบนกระดาน

11. ผู้นำกลุ่มแจกตัวอย่างแบบบันทึกที่ 1 และอธิบายรายละเอียดในแต่ละช่อง เปรียบ เทียบกับตัวอย่างบนกระดาน แล้วให้ฝึกบันทึกลงไปแบบบันทึก โดยลอกตัวอย่างบนกระดานหลังจากวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของสมาชิกที่นำมาเป็นตัวอย่าง

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกบันทึกในแบบบันทึกที่ 1
2. ผู้นำกลุ่มคอยชี้แนะ ส่งเสริม ให้กำลังใจ แล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปบันทึก

ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในสถานการณ์ของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่ตึก และเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกบอกความรู้สึก และประโยชน์ที่ได้รับในการมาเข้าร่วมกิจกรรม และช่วยกันสรุปกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 แล้วนัดหมายในการมาพบกันในครั้งต่อไปและยุติการบำบัดครั้งที่ 2

ประเมินผล

ผู้วิจัยทักทายกันเองภายในกลุ่มและช่วยกันบอกถึงชื่อกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม เมื่อให้ดูตัวอย่างของใบหน้าสมาชิกแต่ละคนเลือกใบหน้าที่แสดงอารมณ์เศร้าในระดับต่างๆ เช่น สมาชิกคนที่ 1 เลือกใบหน้าที่รูปที่ 4 สมาชิกคนที่ 2 เลือกใบหน้าที่รูปที่ 3 เป็นต้น แล้วแต่ละคนในกลุ่มก็แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ได้รับ เช่น ความหมายจากที่สมาชิกบอก “ความหมายเหรอ หมายถึงการที่เรามีอาการเศร้าไป หรือการที่เราเป็นบ้า” สาเหตุและอาการที่สมาชิกบอก “มันไม่รู้นะ แต่มันคิดนู่นคิดนี่ จนเราทำอะไรไม่ได้ มันไม่อยากทำอะไรเลย มันไม่มีใจอยากจะทำ” การรักษาที่สมาชิกทุกคนบอกมาคือการรักษาด้วยยา “หมอบอกว่ายาจะทำให้อารมณ์ดีขึ้นนี้ที่รอคอยอยู่” ผู้นำกลุ่มได้สรุปถึงความหมาย สาเหตุ อาการให้สมาชิกรับทราบอีกครั้ง และเมื่ออธิบายความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ พฤติกรรมสมาชิกตั้งใจฟัง พักหน้า และเมื่อยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติ สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นทุกคน โดยมีสมาชิกท่านหนึ่งบอกว่า “ตัวอย่างของคุณพยาบาลตรงกับผมเลย ผมเคยขับรถจากที่นี่เพื่อ ไปซื้อให้เขาถึงต่างจังหวัด แต่เขากลับบอกว่าซื้อมาทำไม่มีแล้ว” และเมื่อให้บอกความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น แล้วเขียนบนกระดาน สมาชิกมีความตั้งใจ แต่สมาชิกบางคนที่ยังแยกความคิดกับอารมณ์ความรู้สึกได้ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซึ่งต้องอธิบายเป็นรายบุคคล และจากตัวอย่างของสมาชิกที่ยกมาคือ “เมื่อกลับไปบ้านมีคนว่าป้าเป็นคนบ้า” เมื่อถามความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม สมาชิกทุกคนสามารถบอกได้ และมีการให้กำลังใจภายในกลุ่ม และสมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้นเมื่อลอกตัวอย่างลงในตัวอย่างแบบบันทึกที่ 1 และสมาชิกช่วยกันสรุปกิจกรรมได้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติทางลบ

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกด้วยการถามในเรื่องทั่วไป หรือเหตุการณ์ที่สมาชิกประสบมาก่อนที่จะเข้ากลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนถึงกิจกรรมที่ 1 และ 2 ที่ทำผ่านมาและกระตุ้นให้สมาชิกลงทบทวนถึงระเบียบของกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มถามถึงการบ้านที่มอบหมายให้สมาชิกทำใน (แบบบันทึกที่ 1) เช่น “ทำการบ้านในแบบบันทึกที่ 1 แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” ถามถึงปัญหา อุปสรรค หรือความ เครียดที่เกิดขึ้นมีหรือไม่
4. ผู้นำกลุ่มใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ คือ การทำการบ้าน โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง เช่น การให้ความสนใจหรือการให้คำชมเมื่อสมาชิกทำการบ้านมากระตุ้นให้กลุ่มปรบมือ แสดงความชื่นชม
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกที่ไม่ทำการบ้านมาให้บอกถึงสาเหตุที่ไม่ทำมา และกระตุ้นให้ระลึกถึงความคาดหวังในกิจกรรมที่ 1 และกระตุ้นให้สมาชิกที่ทำการบ้านมาให้กำลังใจ ชักจูงให้ทำการบ้านในครั้งต่อไป
6. ผู้นำกลุ่มแจ้งให้สมาชิกทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 3 คือการค้นหาคำความคิดอัตโนมัติทางลบ และแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความคิดอัตโนมัติ และความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือความคิดที่บิดเบือน ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดู “ภาพสถานการณ์ตัวอย่าง” แล้วถามสมาชิกถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึก เช่น “จากภาพที่เห็นท่านมีความคิดแรกที่บอกกับตัวเองว่าอย่างไร” “แล้วมันทำให้รู้สึกอย่างไรบ้าง”
 - 1.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้บอกความหมายของคำว่าอัตโนมัติตามความเข้าใจของสมาชิกแต่ละคน “สมาชิกลองให้ความหมายของคำว่าอัตโนมัติตามความเข้าใจของแต่ละคน” แล้วจึงสรุปความหมายของคำว่าอัตโนมัติ
 - 1.3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวน และพิจารณาถึงความคิดแรกที่เกิดขึ้น จากภาพสถานการณ์ตัวอย่างแล้วเชื่อมโยงถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติ
 - 1.4 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้บอกความหมายของคำว่า “ความคิดทางบวก” และ “ความคิดทางลบ” ตามความเข้าใจของสมาชิกแต่ละคน
 - 1.5 ผู้นำกลุ่มสรุปความหมายของความคิดทางบวก และความคิดทางลบ

1.6 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดูตัวอย่างของความคิดทางบวก และความคิดทางลบ 20 ประโยค และให้สมาชิกบอกว่าเป็นความคิดทางลบ หรือบวก

1.7 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกบอกความหมายของคำว่า “ความคิดอัตโนมัติทางลบ” โดยใช้คำถามเช่น “จากประโยคที่ได้ช่วยกันพิจารณา มา สมาชิกพอจะบอกความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบว่าเป็นอย่างไร”

1.8 ผู้นำกลุ่มสรุปความหมายของความคิดอัตโนมัติจากกลุ่ม และอธิบายความหมายของคำว่าความคิดอัตโนมัติทางลบ

2. ผู้นำกลุ่มแจกตัวอย่าง (แบบบันทึกที่ 2) “มาค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบกัน” และอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก

3. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์ตัวอย่างที่ 2 “นางมะลิ เป็น โรคเบาหวาน จึงต้องระวังไม่ให้ตนเองเป็นแผลได้ง่าย วันหนึ่งโดนเข็มเย็บผ้าตำมือ นางมะลิตกใจหลังจากนั้นก็คิดมาก วิดกกังวล กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ร้องไห้ กระวนกระวาย คิดว่าตนเองจะต้องติดเชื้อและโดนตัดแขนแน่ๆ” แล้วกระตุ้นให้สมาชิกพิจารณาความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แล้วค้นหา และสกัดว่าความคิดใดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบหลังจากนั้นให้สมาชิกฝึกบันทึกลงในแบบบันทึกที่ 2

4. ผู้นำกลุ่มบอกให้สมาชิกรับบ้านที่มอบหมายในกิจกรรมที่ 2 คือการบันทึกความคิดในแบบบันทึกที่ 1 “มารู้จักกับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของตนเองกันเถอะ” มาพิจารณาเหตุการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของสมาชิก ค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ข้อมูล ให้กำลังใจ ชมเชย

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ ว่าเป็นอย่างไร โดยขออนุญาตยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดกับสมาชิกมา 1 ตัวอย่าง ซึ่งผู้นำกลุ่มมีหน้าที่พิจารณาแบบแผนความคิดด้านลบว่าเป็นแบบใด ในแบบแผนความคิดด้านลบ ทั้ง 10 แบบแผน แล้วชี้ให้เห็นว่าเป็นลักษณะของความคิดที่บิดเบือน และเชื่อมโยงถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่ต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือน

6. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ใน (แบบบันทึกที่ 2) “มาค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบกัน”

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม บอกความรู้สึก และประโยชน์ที่ได้รับ หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับสมาชิก

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปความหมายของความคิดอัตโนมัติ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดทางลบ และความคิดทางบวก

3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมครั้งต่อไป คือ การตรวจสอบความคิดทางลบ และนัดหมายในการมาเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

การบำบัดครั้งที่ 3 สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม ร่วมกันทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา และบอกชื่อกลุ่มระเบียบของกลุ่มได้ สมาชิกทุกคนทำการบ้านมา แต่มีบางคนที่บันทึกผิดช่อง ผู้วิจัยไม่ตำหนิ แต่เสนอว่าลองย้ายประโยคไปใส่ในช่องที่เหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยเห็นชอบด้วย สมาชิกแสดงความกระตือรือร้นในการทำบ้าน ทุกคน และสมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพสถานการณ์ตัวอย่างได้และเริ่มเข้าใจมากขึ้นว่าอะไรคือ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และสมาชิกยังช่วยกันบอกถึงความความของความคิดอัตโนมัติ บอกแยกประโยคของความคิดทางบวก และความคิดทางลบพร้อมทั้งเหตุผลได้ทุกคน และสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ตัวอย่างที่ 2 ได้ว่าความคิดทางลบของสถานการณ์ตัวอย่าง คือ “เขาคิดมากไป โคนเข้ม คำนิดเดียวคงไม่เป็นอะไร” ซึ่งถือว่าเป็นความคิดบิดเบือน ในลักษณะของการสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป และ จากสถานการณ์ตัวอย่างของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ยกสถานการณ์ “ที่คิดว่าตนเองเป็นคน โง่ โคน หลอกเสมอ” ผู้วิจัย และสมาชิกท่านอื่นรับฟัง และให้กำลังใจ และขออนุญาตในการนำตัวอย่างนี้ไปใช้ในการบำบัดครั้งที่ 4 ผู้ป่วยยินดี และสมาชิกคนอื่นเห็นด้วย หลังจากนั้นช่วยกันสรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 และปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบ จากสาเหตุอื่นๆ ได้
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ หรือหลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการบันทึกความคิดบันทึกอัตโนมัติทางลบ ในแบบบันทึกที่ 3 “ลองตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบดีกว่า”

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิก แล้วกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3
2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงการบ้านในแบบบันทึกที่ 1 และแบบบันทึกที่ 2 ถามถึงความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและให้กำลังใจสมาชิกในการบันทึก

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกลองทบทวนความหมายของความคิดอัตโนมัติ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดทางลบ และความคิดทางบวก

4. ผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ และความสำคัญของการค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ และส่งเสริมให้สมาชิกเห็นประโยชน์ และความสำคัญว่าเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การตรวจสอบ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

5. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจ และกระตุ้นให้สมาชิกทำการบันทึกความคิดในแบบบันทึกอย่างสม่ำเสมอ

6. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 4 คือการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และแจ้งวัตถุประสงค์

ขั้น Working phase

1. ผู้นำบอกรายตัวอย่างประโยคความคิดที่สมเหตุสมผล กับความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล ให้สมาชิกได้เห็นความแตกต่าง และท้าทายให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ด้วยวิธีการหาหลักฐานสนับสนุน ความคิดทางลบ หรือหลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ

2. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายของคำว่า “หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ” และคำว่า “หลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ”

3. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่าง สถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล แล้วกระตุ้นให้สมาชิกได้หาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ ด้วยการใช้คำถาม “อะไรทำให้คุณเชื่อว่าความคิดทางลบนั้นเป็นจริง” หรือ “มีอะไรแสดงให้เห็นว่ามันเป็นแบบนี้จริงๆ” เป็นต้น โดยยกตัวอย่างมาจากสถานการณ์สมมุติที่ 2 “นางมะลิโดนเข็มตำมือ”

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้หาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบจากตัวอย่าง สถานการณ์เดียวกัน ด้วยการใช้คำถาม “มันเกิดขึ้นเป็นประจำทุกครั้งหรือ” “โอกาสที่จะเกิดขึ้นได้มีกี่เปอร์เซ็นต์” เป็นต้น

5. ผู้นำกลุ่มเขียนแสดงตัวอย่างบนกระดาน และกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ซักถาม

6. ผู้นำกลุ่มแจกตัวอย่าง (แบบบันทึกที่ 3) และอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก แล้วให้สมาชิกฝึกบันทึกการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ จากตัวอย่างบนกระดาน

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนได้ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบจากการณ์ของตนเอง โดยฝึกจากการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 2) ซึ่งได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยในกิจกรรมครั้งที่ 3 มาเป็นตัวอย่าง

8. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น แล้วหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และมีหลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ

9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันระดมความคิด และเสนอแนะเหตุผลอื่น ความเป็นไปได้อื่นๆ หลายวิธี ที่สมาชิกเจ้าของสถานการณ์จะเลือกนำเหตุผลนั้นมาสนับสนุน เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบันทึกลงในตัวอย่างแบบบันทึกที่ 3 และเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับการบันทึกใน (แบบบันทึกที่ 3)

11. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้บันทึกการตรวจสอบความคิดใน (แบบบันทึกที่ 3)

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นด้วยการซักถาม บอกความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปกิจกรรมที่ 4 อีกครั้ง และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมทุกครั้งที่ผ่านมา มีการฝึกเป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่องกันและเป็นประโยชน์สำหรับสมาชิกทุกคน โดยให้กำลังใจและนัดหมายการมาทำกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

สมาชิกทักทายกัน มานั่งรอพยาบาล ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และร่วมกันพูดถึงกิจกรรมที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการทำกรบ้านซึ่งมีปัญหาคือผู้ป่วยติดสามัญที่ เวลาจะบันทึกความคิดต้องไปเบิกที่พยาบาลซึ่งบางทีอาจจะช้า แต่ผู้ป่วยบอกว่าไม่เป็นไร ส่วนการบันทึกการบ้านผู้ป่วยบอกว่าดี เป็นการจักระบบความคิด ผู้ป่วยมีการทบทวนความหมายของความคิดอัตโนมัติ ความคิดทางบวก ความคิดทางลบ และความคิดอัตโนมัติทางลบได้ แต่ผู้วิจัยต้องช่วยกระตุ้น บางครั้ง ผู้ป่วยสนใจรับฟังความหมาย“หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ” และคำว่า “หลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ” และเมื่อทดลองทำจากสถานการณ์ตัวอย่าง “นางมะลิโดนเข็มตำมือ” ผู้ป่วยช่วยกันเสนอความคิดเห็น ซึ่งผู้วิจัยเป็นคนบันทึกลงในกระดานและกระตุ้นให้กลุ่มช่วยกันพิจารณาว่า ข้อเสนอแนะใดที่เป็นหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และเป็นหลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ ซึ่งกลุ่มได้ช่วยเสนอความคิดเห็น หลังจากนั้นได้บันทึกลงในตัวอย่างแบบบันทึกที่ 3 และจากสถานการณ์ตัวอย่างจริงของผู้ป่วยสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ในลักษณะของการอภิปราย ซึ่งมีการให้กำลังใจ ช่วยกันหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ และเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้ป่วยเจ้าของสถานการณ์รับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นด้วย หลังจากนั้นร่วมกันสรุปกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยแจ้งแก่สมาชิกกลุ่มถึงการบ้านครั้งต่อไป และปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก
2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวกในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิก และกระตุ้นให้ทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มซักถามถึงกิจกรรมที่ 1,2,3 และ 4 และถามถึงการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 3) โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับ และปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่ 5 คือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและแจ้งวัตถุประสงค์ของการบำบัดครั้งที่ 5

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมที่ 4 โดยให้บอกความหมายของหลัก ฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ
2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงการบ้าน ใน (แบบบันทึกที่ 3) และยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 4
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ 4 โดยสรุป เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมที่ 5 คือ การหาความคิดทางเลือก หรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งหลังจากที่มีการฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบด้วยการหาหลักฐานสนับสนุนความคิดด้านลบ และการหาหลักฐานคัดค้านความคิดด้านลบแล้วนั้น สมาชิกจะมีความคิดทางเลือกอย่างไร ซึ่งนั่นคือการปรับเปลี่ยนความคิด
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายของคำว่า “ความคิดทางเลือก” หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นหลักจากได้ค้นหาหลักฐานสนับสนุนความคิดด้านลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดด้านลบ และได้วิเคราะห์แยก ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสนับสนุน และมาคัดค้านจึงเกิดเป็นความคิดทางเลือก
5. ผู้นำกลุ่มฝึกให้สมาชิกได้ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือเป็นความคิดทางเลือกที่เป็นความคิดใหม่ ด้วยการฝึกให้หาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และการหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในการบำบัดครั้งที่ 4 โดยแสดงตัวอย่างบนกระดาน
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจและ

ชมเชยความสามารถซึ่งกันและกัน และกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้ช่วยที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ กระตุ้นให้พิจารณาน้ำหนักของหลักฐานสนับสนุนและคัดค้านแล้วเกิดความคิดทางเลือกอย่างไร โดยช่วยกันค้นหาความคิดทางเลือกที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เขียนบนกระดาน

7. ผู้นำกลุ่มแจกตัวอย่าง (แบบบันทึกที่ 4) อธิบายรายละเอียด ในแบบบันทึกและให้สมาชิกกลุ่มลอกตัวอย่างลงไป

8. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคน วิเคราะห์สถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคน แล้วฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้เป็นความคิดใหม่ ด้วยการฝึกให้มีการหาหลักฐานที่มาสับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบ

9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนำเสนอในกลุ่ม โดยสมาชิกในกลุ่มให้สนใจ รับฟัง ให้กำลังใจ สมาชิกที่นำเสนอ

10. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกบันทึกใน (แบบบันทึกที่ 4)

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม บอกความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปกิจกรรมที่ 5 อีกครั้ง และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมทุกครั้งที่ผ่านมา มีการฝึกเป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่องกันและเป็นประโยชน์สำหรับสมาชิกทุกคน

3. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและนัดหมายการมาทำกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ช่วยช่วยกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ตัวอย่างของสมาชิก แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ รวมทั้งช่วยกันบอกถึงความคิดทางเลือกซึ่งผู้ช่วยเจ้าของสถานการณ์ได้ร่วมเสนอความคิดทางเลือกด้วย ซึ่งเป็นความคิดทางบวกที่เกิดขึ้นเมื่อประเมินถึงอารมณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นผู้ช่วยรู้สึก โกรธลดลง มีอารมณ์เศร้าลดลง มองเห็นวิธีการแก้ปัญหาต่อไป และสมาชิกบอกประโยชน์ที่เกิดขึ้นหลังจากมารับการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง แล้วทำให้ได้วิธีการใหม่ๆ ที่จะเอาไปใช้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไปและปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ตัวอย่าง
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ชักถามถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 5 และปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และการดำเนินแก้ไข
3. ผู้นำกลุ่มถามถึง (แบบบันทึกที่ 4) ส่งผลต่อสมาชิกอย่างไรบ้าง

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างเหตุการณ์ของสมาชิกในกลุ่มจากการบำบัดครั้งที่ 5 โดยเชื่อมโยงถึงแบบบันทึกที่ 4 แล้วฝึกให้สมาชิกได้ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากที่ได้มองปัญหาในแง่มุมใหม่ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแง่มุมอื่น
2. กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ตัวอย่างของสมาชิก
3. ผู้นำกลุ่มให้การเสริมแรงด้วยการชมเชย ให้กำลังใจ
4. กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในสถานการณ์ของตนเองหลังจากมีการมองปัญหาในแง่มุมใหม่ มีวิธีการเผชิญปัญหาในแง่มุมอื่นๆ แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหามาให้กลุ่มรับฟัง
5. ผู้นำกลุ่มให้การเสริมแรงด้วยการชมเชย ให้กำลังใจและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มรับฟัง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และเสนอข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปกิจกรรมที่ 6 ประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ
2. นัดหมายในการมาเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยสนทนาทักทายกันในกลุ่ม และบอกประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการที่ได้มารับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด คือมีวิธีการคิดทางเลือกอื่น จากแต่ก่อนที่เคยคิดแต่ทางลบ แต่ตอนนี้ก็ได้ฝึกคิดให้เป็นทางบวกมากขึ้น และจากการได้ฝึกค้นหาความคิดทางลบ การค้นหา

หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และการค้นหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ ทำให้ได้ความคิดทางเลือกที่ทำให้รู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม และได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เป็นขั้นตอนเป็นวิธีการปฏิบัติที่สามารถทำได้ และจากการบ้านในแบบบันทึกที่ 4 เป็นวิธีการที่ช่วยรวบรวมความคิดให้เป็นระเบียบ ช่วยให้ฝึกคิดทางบวก หรือมีความคิดทางเลือกมากขึ้น แล้วก็ทำให้อารมณ์ดีขึ้น แต่ก็มีบางครั้งที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความคิดทางลบเกิดขึ้นอีกซึ่งต้องบังคับมันไม่ให้คิดให้ได้

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิด
2. เพื่อให้สมาชิกบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น และการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ระดับ Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิก ชักถามถึงกิจกรรมที่ 1,2,3,4 และ 5 ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มสอบถามถึงการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 4) โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ปัญหาและ อุปสรรคที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่ 6 คือ ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ และแจ้งวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มแจ้งรายละเอียดฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด โดยการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด เป็นอีกเทคนิคหนึ่งของการปรับ เปลี่ยนความคิด โดยการหยุดความคิดนั้นควรใช้เมื่อปัญหานั้นอยู่ที่ระบบความคิดของบุคคลเป็นหลัก โดยเฉพาะการที่คนเราคิดหรือมีจินตนาการซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข
2. ผู้นำกลุ่มบอกถึงประโยชน์ของการหยุดความคิดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการที่จะหยุดความคิดที่ไม่เหมาะสม แต่มีข้อควรระวังอยู่บางประการ คือ การหยุดความคิดเป็นเทคนิคที่ต้องอาศัยเวลา และต้องฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยให้เริ่มจากความคิดที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความทุกข์ที่ไม่ค่อยรุนแรงนัก จากนั้นค่อยเพิ่มระดับความคิดที่รุนแรงขึ้นจนถึงความคิดที่เป็นปัญหา
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการ และขั้นตอนของการหยุดความคิด

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ
5. ผู้นำกลุ่มเริ่มให้สมาชิกฝึกหยุดความคิดพร้อมกัน
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกบอกข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกหยุดความคิด และกระตุ้นให้สมาชิกเชื่อมโยงถึงการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
7. ผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดในตัวอย่าง (แบบบันทึกที่ 5) “หยุดความคิด พิชิตความคิดเดิม ๆ”
8. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 5)

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปกิจกรรมที่ 7 และซักถามถึงปัญหา อุปสรรคในการนำไปใช้
2. ผู้นำกลุ่มนัดหมายในการมาเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม และบอกถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทำให้มีความคิดทางบวกมากขึ้น คือเวลาคิดอะไรจะคิดเป็น 2 อย่างแล้ว ก็เลือกคิดในสิ่งที่สบายใจ และบอกถึงประโยชน์ของการหยุดความคิดก็เป็นวิธีการใหม่ที่จะลองนำไปใช้ดู ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าตอนนั้นคิดมากจนต้องใช้ก้อนหินเอามาทุบหัวเพื่อไม่ให้คิด ซึ่งต่อไปนี้จะเอาไปฝึกใช้

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกบอกความก้าวหน้าในการบำบัดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกบอกประโยชน์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
3. เพื่อยุติสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ร่วมกันกับสมาชิกทบทวนระเบียบของกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 7
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และความคาดหวังที่ผู้ป่วยได้รับ

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกให้อภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ

โดยใช้คำถาม เช่น “อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิกป่วยอีก” “สมาชิกคิดว่าอะไรที่จะทำให้สมาชิกป่วยอีก”

2. ผู้นำกลุ่ม สรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้กลับมีอาการซ้ำที่ได้จากการอภิปราย ของสมาชิก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับวิธีป้องกันไม่ให้มีอาการซึมเศร้าอีก ใช้คำถามเช่น “สมาชิกจะทำอะไรที่จะช่วยให้ไม่กลับไปมีอาการอีก” หรือ “สมาชิกจะต้องปฏิบัติตัวเองอย่างไรที่จะทำให้ไม่มีอาการไปนานๆ” เป็นต้น
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายเชื่อมโยงให้สมาชิกเห็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยเน้นที่ความคิด และเชื่อมโยงถึงความสำคัญของการนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปฝึกใช้เป็นประจำ
5. ผู้นำกลุ่มสรุปโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการบันทึกความคิดอย่างต่อเนื่อง

ขั้น Terminal phase

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก
2. ให้สมาชิกลองประเมินตามความคาดหวังหลังจากที่ได้เข้ารับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแล้ว และยุติสัมพันธภาพ

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง มีการทักทายกันและช่วยกันบอกชื่อกลุ่ม และ ระเบียบในการเข้ากลุ่ม และช่วยกันสรุปถึงกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 7 โดยบอกว่าตอนแรกเราก็มารู้จักกัน และรู้จักโรคที่เราเป็น ได้รู้จักว่าความคิดของเราเป็นทางลบ และมีวิธีการตรวจสอบมันหาหลักฐานมาสนับสนุน และคัดค้านมัน และได้ความคิดใหม่เป็นความคิดทางบวก คิดแล้วสบายใจ รู้สึกใจดีขึ้นมา ถ้าเราไม่อยากเป็นอีก ควรต้องฝึกเป็นประจำ และผู้ป่วยสามารถทบทวนถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากความคิด ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ากลับบ้านไปจะนำไปปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกทุกคนบอกว่าจิตใจที่ได้มาเข้ากลุ่ม ได้รู้จักเพื่อนใหม่ที่เป็นเหมือนกัน ได้ความรู้เพิ่มเติมจากที่ไม่เคยรู้และเวลาน่าจะนานกว่านี้น่าจะทำ ครึ่งวัน แต่ได้รับประโยชน์มากมายที่จะเอาไปปฏิบัติต่อไป

3. ขั้นประเมินหลังการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยประเมินความคิดทางลบในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดครั้งที่ 8 เสร็จสิ้นแล้วได้ตรวจสอบค่าความคิดทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน อยู่ในเกณฑ์ผ่านคือ มีคะแนนความคิดทางลบไม่เกิน 80 คะแนน

3.2 ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง และนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์ สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยเสร็จสิ้นลงไปโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมการวิจัย

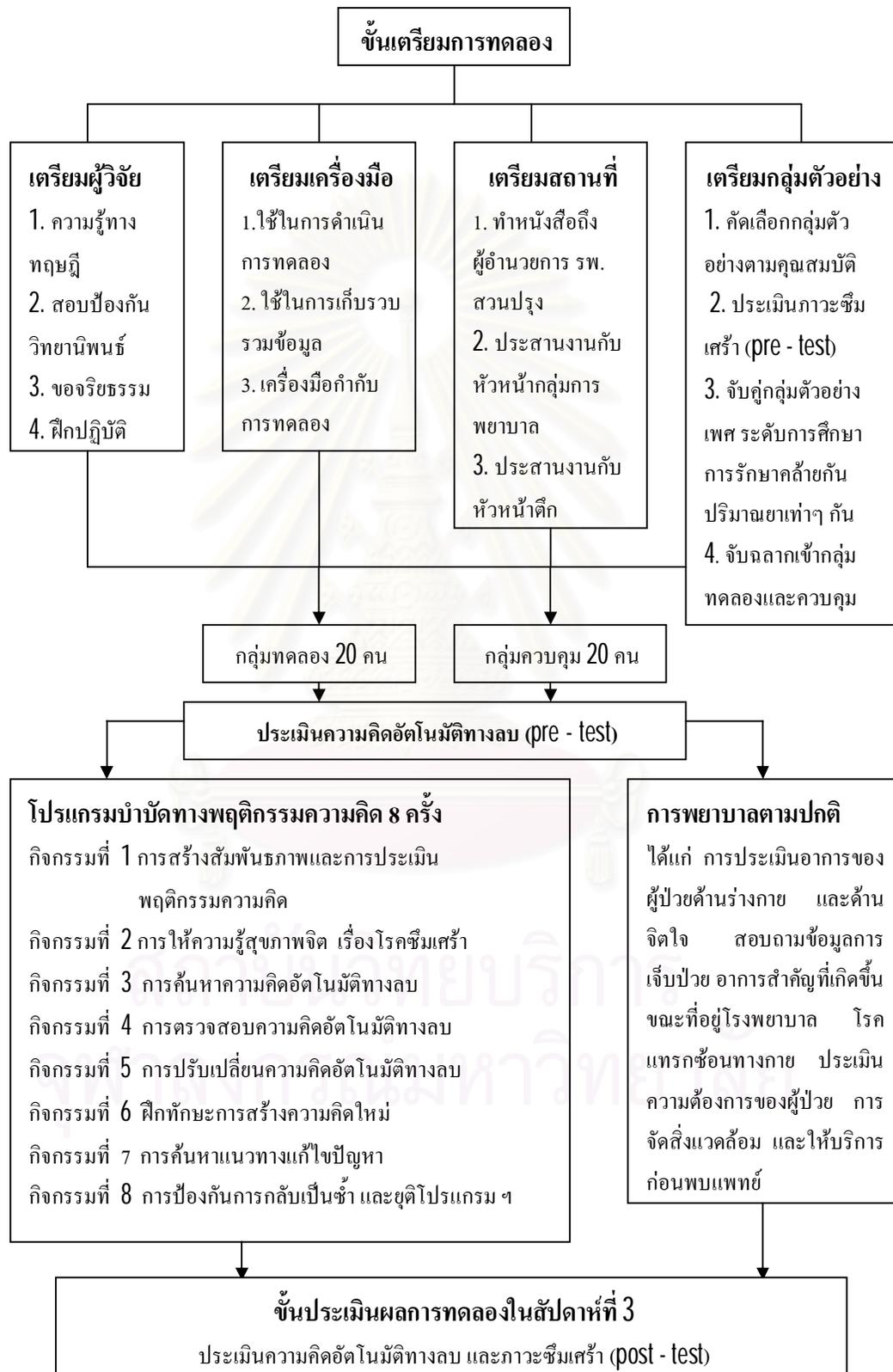
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t - test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t - test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนและกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45	9	45	18	45.00
หญิง	11	55	11	55	22	55.00
อายุ						
20 – 29 ปี	7	35	5	25	12	30.00
30 – 39 ปี	4	20	7	35	11	27.50
40 – 49 ปี	3	15	5	25	8	20.00
50 – 59 ปี	6	30	3	15	9	22.50
ศาสนา						
พุทธ	18	90	19	95	37	92.50
คริสต์	2	10	1	5	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25	6	30	11	27.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	5	25	8	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	20	2	10	6	15.00
อนุปริญญา/ปวส.	4	20	5	25	9	22.50
ปริญญาตรี	4	20	2	10	6	15.00

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55 มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 27.50 รองลงมาเป็นระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 22.50

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
แม่บ้าน	2	10	1	5	3	7.50
รับจ้าง	9	45	4	20	13	32.50
ค้าขาย	-	-	8	40	8	20.00
เกษตรกรกรรม	2	10	2	10	4	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	30	3	15	9	22.50
อื่นๆ (ว่างงาน)	1	5	2	10	3	7.50
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	4	20	5	25	9	22.50
ไม่เพียงพอ	16	80	15	75	31	77.50
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	5	25	13	32.50
คู่	10	50	9	45	19	47.50
ม่าย	-	-	1	5	1	2.50
หย่า/ร้าง/แยก	2	10	5	25	7	17.50
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	7	35	2	10	9	22.50
1 – 5 ปี	8	40	15	75	23	57.50
มากกว่า 5 ปี	5	25	3	15	8	20.00
การรักษาที่ได้รับ						
การรักษาด้วยยา	20	100	20	100	40	100.00

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมาคือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 22.50 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 77.50 สถานภาพสมรสเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจะอยู่ในช่วงระหว่าง 1 – 5 ปี

ร้อยละ 57.50 และการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลคือ ได้รับคือการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=20)			df	t	p-value
	\bar{x}	S.D	ระดับ			
ก่อนการทดลอง	24.8	4.26	มาก	19	8.12	.00
หลังการทดลอง	18.2	4.87	ปานกลาง			

จากตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.80 และหลังจากได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.20 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (paired t-test) พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม (n=20)			df	t	p-value
	x	S.D	ระดับ			
ก่อนการทดลอง	24.55	4.51	มาก	19	1.42	.17
หลังการทดลอง	23.55	6.00	มาก			

จากตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.55 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.55 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (paired t-test) พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบคะแนน						
ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.80	4.26	มาก	38.00	.18	.86
กลุ่มควบคุม	24.55	4.51	มาก	37.88		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.20	4.87	ปานกลาง	38.00	-3.09	.004
กลุ่มควบคุม	23.55	6.00	มาก	36.45		

จากตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าระดับมาก ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วนั้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่ากลุ่มทดลองระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้ามลดลงไปอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมระดับคะแนนของภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในระดับมาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่ม ดังต่อไปนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10)
- 3) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (10 – 15 คะแนน) ถึงมาก (16 – 29 คะแนน)

- 4) ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และขนาดเท่ากัน (Fava et al.,1998; Fava et al., 2004)
- 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว
- 6) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 7) ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
- 8) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม PASS (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำการศึกษาของ เชาวน์ ล่องชูผล (2547) กำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คนรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality)แล้วทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับการศึกษา (Beck, 1967) และแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และขนาดเท่ากัน (Fava et al.,1998; Fava et al., 2004) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และคู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดาแสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) และสมุดบันทึกความคิดที่มอบหมายเป็นการบ้านในแต่ละครั้ง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ได้แก่ สมุดบันทึกประจำวัน “ความคิดใหม่ ใจมีสุข”

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 3 ขั้นตอนประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังต่อไปนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด
- กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง โรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา
- กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่
- กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

- 3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ ฮอลลอน และ เค็นดอลล์ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดาแสนสีหา และดาราวรรณ ติะปินดา (2536) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ
- 3.2 สมุดบันทึกความคิดที่มอบหมายเป็นการบ้านในแต่ละครั้ง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ได้แก่ สมุดบันทึกประจำวัน “ความคิดใหม่ ใจมีความสุข”

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนี โดยรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.9 และแบบประเมินความคิดทางลบเท่ากับ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 10 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดทางลบ เท่ากับ .82 และ .95 ตามลำดับ

การทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมในการตอบแบบ บันทึกรายข้อมูล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดทางลบ แต่เมื่อผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการมาเข้าร่วม โครงการวิจัย ตามระยะเวลาในการดำเนิน โปรแกรม บำบัดทางพฤติกรรมความคิดจำนวน 8 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ โดยให้เหตุผล ว่า ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไกล บ้านอยู่ต่างจังหวัด เสียเวลาทำงาน ไม่ว่าจะ ผู้วิจัยจึงได้ ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาล สวนปรุง ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาดังนั้นแนวทางดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงปรับสถานที่ ในการเก็บข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอก มาเป็นแผนกผู้ป่วยใน โดยยึดถือหลักในการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอนคือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินหลังการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่าง ถูกต้องและได้ผลวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือจึงมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง เป็นการเตรียมพร้อมก่อนที่จะมีการดำเนินการวิจัยซึ่ง ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง และเข้ารับการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเข้ารับการ อบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมทางวิชาการ เรื่อง “การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับพยาบาล” และฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดภายใต้การกำกับดูแล จากพยาบาลชำนาญการ (APN) ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในระหว่างวันที่ 12 – 28 กุมภาพันธ์ 2550 และได้จัดเตรียมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเครื่องมือที่ใช้

ดำเนินการส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัย ขอ หนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในแต่ละ ตึก โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าตึก แล้วขออนุญาตดูแลเพิ่ม ประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลสำหรับ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการ ทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอม ของประชากรตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre - test)

1.4 หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1.4.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบ สอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (pre-test)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด โดยดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 – 1½ ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง ปฏิบัติ วันเว้นวัน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดทุกครั้ง และ หลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะขอความร่วมมือในการตอบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (Post – test)

3) ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ จะได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิดพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

5) ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าตึกที่มีกลุ่มทดลองอยู่เพื่อขออนุญาตนำ ผู้ป่วยมาดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัด ของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

1.4.2 กลุ่มควบคุม

- 1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (pre-test)
- 2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์
- 3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 3 สัปดาห์ที่จะไปพบ เพื่อประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post – test)

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนิน โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ตามวัน เวลาที่กำหนด โดยดำเนินกิจกรรม 8 ครั้ง ได้แก่

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด
- กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา
- กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่
- กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3. ชั้นประเมินหลังการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยใน แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ แจงขั้นตอนสิ้นสุดในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (Post – test) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดครั้งที่ 8 ผู้วิจัยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผ่านเกณฑ์คือไม่เกิน 80 คะแนน จากนั้นจึง ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post - test) และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของข้อมูลแล้วใช้สถิติทดสอบที (paired t - test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และใช้สถิติทดสอบที (Independent t - test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
- 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 10) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้ามลง มีระยะเวลา มีขอบเขต ระเบียบข้อตกลง ในการบำบัด ดังที่ Aron Beck (1979) กล่าวว่าไว้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) ในส่วนของผู้ป่วยก็มีการกำหนดทิศทางเช่นกัน คือความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และการสร้างระเบียบหรือข้อตกลงของกลุ่มในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จากหลักการของการเรียนรู้ ในการดำเนินชีวิตแต่ละวันมนุษย์มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆมากมาย เช่น เรียนรู้ว่าวันนี้จะต้องทำอะไร แล้วทำอะไร เรียนรู้ว่าเพื่อนร่วมงานแต่ละคนเป็นอย่างไร (ถวิล ธาดาโภชน และศรีณย์ คำริสุข, 2544) ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอน มีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างมีขั้นตอน การได้ฝึกทำแบบฝึกหัดในกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ของระหว่างกิจกรรม และความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษา และผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามรู้สึกไม่ดีกับตนเอง และการแยกแยะความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมและอาการทำให้ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป โดยกิจกรรมทั้งหมดได้ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังจะอธิบายต่อไป

ขั้นที่ 1 การสอนผู้ป่วย มีกิจกรรมที่สำคัญอยู่ 3 กิจกรรม ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการได้รับการบำบัด และเกิดความพร้อมในการที่จะนำวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไป

ใช้ในชีวิตประจำวัน ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด ในการพบกันครั้งแรกทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่เมื่อได้มีการดำเนินกิจกรรม “คนแปลกหน้า” พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม มีการบอกจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการบำบัด แนวทางการปฏิบัติ ระยะเวลา รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัด รักษา จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะเรื่องของการรักษาความลับที่ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อนี้ และยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึก และทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มน้อยลงแล้วจึงนำไปสู่การที่จะให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า ในกิจกรรมที่ 2 ต่อไปกิจกรรมครั้งนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ที่สำคัญ คือ การดึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีที่สอนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น และเป็นการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง การที่ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองทำให้ความวิตกกังวลลดลง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ในขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมที่กล่าวมาถือว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ สำหรับกิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก ซึ่งปัจจัยกระตุ้นด้านชีวภาพอาจส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพวิกฤต เป็นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยสำหรับการเตรียมตัวในการเผชิญชีวิตในสังคมต่อไป เป็นกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา (White and Freeman, 2000) และยังเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แล้วยังเป็นการแสดงถึงความห่วงใยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และภาวะซึมเศร้าน้อยลง (Tsai – Hwei Chen et al (2006) ดังนั้นการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ตามขั้นตอนจึงถือว่ามีความสำคัญในการช่วยให้เกิดประโยชน์ในการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการบำบัด

ขั้นที่ 2 เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด **ขั้นตอนที่ 3** การใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรมเป็นเทคนิคและวิธีการที่ดำเนินร่วมกัน เป็นหัวใจของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 – 7 โดยกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนที่เริ่มจากง่ายไปสู่ยาก โดยกิจกรรมทุกกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลงโดยเฉพาะกิจกรรมที่ 3 - กิจกรรมที่ 6 ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ในกิจกรรมนี้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยยังเข้าใจว่าความคิด คืออารมณ์ และอารมณ์คือความคิด ผู้ป่วยไม่สามารถแยก

ออกจากกันได้ ยกตัวอย่างส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมที่ 3 จากสถานการณ์สมมติ “ตั้งใจซื้อของมาให้คนคนหนึ่งแต่เขากลับบอกว่าซื้อมาทำไม” ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกความรู้สึกว่า “รู้สึกว่าจะอยากจะทำของชิ้นนั้น โยนทิ้งไปเลย เราอุตส่าห์ขับรถไปซื้อให้แล้วเขามาดูอย่างนี้” เมื่อผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกซ้ำอีกครั้ง ผู้ป่วยตอบว่า “ตอนนั้นทั้งโกรธ แล้วก็เสียใจ รู้สึกว่าเราเป็นคนโง่” จะเห็นว่าผู้ป่วยได้บอกทั้งความคิด และอารมณ์ ความรู้สึกผสมกันยังแยกไม่ได้ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าความคิดหมายถึงอะไร อารมณ์หมายถึงอะไร และพฤติกรรมหมายถึงอะไร ก็จะไม่สามารถนำไปสู่การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้ ดังนั้นการสอนให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าความหมายของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเริ่มต้นที่จะฝึกจับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกหัดในห้อยก็เป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจในการบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อกลับไปทำการบ้านในสมุดบันทึกความคิด

นอกจากนี้ยังมีการยกตัวอย่างประโยคความคิดที่เป็นความคิดทางลบแล้วให้ผู้ผู้ป่วยบอกว่าเป็นความคิดทางลบ หรือทางบวก ซึ่งจะเป็นการสะท้อนความคิดของผู้ป่วยเช่นกัน ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ที่ผ่านมามตนเองเป็นคนคิดทางลบมาตลอด คิดโน่นคิดนี่ คิดว่าเราทำไม่ได้ คิดมาก” จากกิจกรรมนี้ยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินได้ด้วยว่าลักษณะการคิดของผู้ป่วยเป็นการคิดทางลบที่มีความคิดบิดเบือนหรือไม่ และการเข้าใจความคิดของตัวเองจะเป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด คือเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดลบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่นๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยซักซ้อม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003) และเป็นการนำไปสู่กิจกรรมที่ 4 – 6 ต่อไป

กิจกรรมที่ 4, 5 และ 6 เป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและสำคัญต่อจากกิจกรรมที่ 3 เนื่องจาก ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดด้วยตนเอง และคนส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไรอยู่ แต่แสดงออกทางความรู้สึกไม่คิดต่อตนเอง ดังนั้นการฝึกทักษะในการจับความคิดจึงมีความสำคัญต่อการบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีการค้นหาความคิดทางลบของตนเองแล้ว ได้ฝึกบันทึกในสมุดบันทึกความคิด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบว่าอารมณ์ความรู้สึกที่

เกิดขึ้น นำไปสู่การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้วยวิธีการในการบำบัดได้แก่ การหาหลักฐานมาสนับสนุนความคิดทางลบของผู้ป่วย และการหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ แล้วผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงหลักฐานทั้งสอง แล้วหาความคิดทางเลือก ซึ่งนั่นก็คือความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยจะเริ่มปรับเปลี่ยนความคิดของตัวเอง เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก จึงนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยพบว่า การค้นพบวิธีการแก้ปัญหของผู้ป่วยนำไปสู่วิธีการปฏิบัติด้วย จากตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ที่ผ่านมามีทางเลือก ผมคิดว่าจะเลือกอยู่กับครอบครัว แต่ผมทำไม่ได้ ผมล้มเหลวมาโดยตลอด ไม่รู้จะทำอย่างไร” แต่หลังจากที่สมาชิกกลุ่มได้มีการเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยอมรับและสามารถนำไปทำได้ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “ที่ผ่านมามารู้ว่าต้องทำตามสิ่งที่เราเลือก แต่ก็ทำไม่ได้ แต่วันนี้ผมรู้แล้วว่าต้องทำอย่างไร” ซึ่งจากกระบวนการในกิจกรรมที่ 3 – 6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับวิธีการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง แล้วได้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด และแนวทางการแก้ปัญหาจากความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยารรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ายาลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่วนกิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้าง ไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น เป็นการคิดซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (Thought stopping) ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีการใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม ด้วยการฝึกปฏิบัติโดยผู้วิจัยได้มอบหมายงาน ให้ผู้ป่วยทำอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ เช่น การทำกิจกรรมในห้อง การทำแบบฝึกหัด การทำการบ้าน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ และทำการบ้านทุกคน แต่มีข้อสังเกตเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับการศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษาซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนทำกิจกรรมเกี่ยวกับการทำแบบฝึกหัดในห้องซ้ำ กว่าผู้ป่วยคนอื่น ดังนั้น ผู้บำบัดจึงต้องถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจ และปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมเสมอ เพราะถึงแม้ผู้ป่วยทำไม่ได้

ตามที่มอบหมายก็ตาม แต่การถามของผู้บำบัดจะเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้บำบัดมีความเป็นห่วงใยในตัวผู้ป่วยเสมอ (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)

นอกจากนี้พบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการฝึกคิด จากสถานการณ์สมมุติในแต่ละกิจกรรม และจากสถานการณ์ของผู้ป่วยเองแต่ละคน รวมทั้งการคิดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของกลุ่มที่ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการฝึกคิด แสดงความคิดเห็น และรับฟังความคิดจากผู้ป่วยคนอื่น โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่ใช้ลักษณะของการทำกลุ่มร่วมด้วย โดยที่คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากกระบวนการของกลุ่ม ที่จะช่วยสร้างและพัฒนาการทางด้านอารมณ์ และสังคม โดยฝึกให้สมาชิก รู้จักอารมณ์ แสดงอารมณ์ให้ถูกต้อง สมเหตุสมผล มีการรู้จักพูดคุยทักทาย มีการแสดงออกตามกาลเทศะ การแสดงสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ของกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549) กระบวนการกลุ่มจึงช่วยผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ วิธีการของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแต่ละครั้งเกิดการเรียนรู้ง่ายขึ้น ซึ่งขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักว่าอะไรเป็นความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แล้วทำความเข้าใจกับความคิด อารมณ์พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น ดังในกิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกับความคิดของตนเองว่าเป็นความคิดแบบใด ส่งผลต่ออารมณ์ เสรีหรือไม่ ความคิดที่ส่งผลลบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจึงเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุผล ด้วยการหาหลักฐานสนับสนุน และหาหลักฐานที่นำมาคัดค้านความคิดทางลบ แล้วเกิดการพิจารณาถึงความคิดทางเลือกใหม่ ที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Seok – Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยการฝึกกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า

ดังนั้นจากงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

- 1.1 การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรเพิ่มจำนวนครั้งของการทำกิจกรรมในกิจกรรมที่ 3,4,5,6 ให้มากขึ้น
- 1.2 ควรมีการพักช่วงในการทำกลุ่มด้วยการรับประทานอาหารว่าง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและได้มีโอกาสพูดคุยกัน
- 1.3 ควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในกิจกรรมที่ 1 เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความร่วมมือกันภายในกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี โดยมีระยะติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี
- 2.2 ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิตเป็นต้น
- 2.3 มีการนำโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ ทาสอน. 2545. ผลของกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรค
วิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กาญจนา ไชยพันธุ์. 2549. กระบวนการกลุ่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

กัลยา นาคเพ็ชร์. 2547. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
สุภาจัมภ์.

ขวัญใจ นามชื่อ. 2548. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอช ไอ
วีและเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทิมา องค์ไฉนิต. 2545. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

เขาวนิ ล่องชูผล. 2547. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐทิพร ชัยประทาน. 2547. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยน
ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดวงมณี จงรักษ์. 2549. ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

ดวงใจ กสานติกุล. 2542. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ถวิล ธาดาโกชน์ และศรีณย์ คำริสุข. 2544. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ์.

นันทิกา ทวีชาชาติ. 2548. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิชนันท์ คำล้าน. 2547. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม
รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. 2548. การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวล โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดปราจีนบุรี. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. 2541. ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. 2547. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3) : 177 – 188.
- พิเชฐ อุคมรัตน์. 2547. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ลิ้มบรรดาการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. 2549. คู่มือการให้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีกรุงเทพฯ.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2542. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และ อุไร บูรณพิเชษฐ. 2542. อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกังวล และบุคคลปกติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44 (1) : 30 -36.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. 2546. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48 (4) : 211 - 218.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. 2547. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive Disorder). ในอัจฉรา จรัสสิงห์, การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช : โรคจิตกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท, 23 – 42. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ พับลิชซิ่ง จำกัด.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยูทธนา อองอาจสกุลมั้น. 2548. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภท : รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13(2) : 114 –123.
- ยูพาพัทธ์ รัทณฉวีวงศ์. 2547. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วีรวุฒิ เอกกมลกุล.2537. การรักษาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์.
- วีระ ชูรุจิพร.2542. วิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
7(3) : 176 – 179.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาล
จิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์ .
- ศกาวรัตน์ พวงลัดดา. 2545. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา : กรณีศึกษา. ที่ประชุมวิชาการกรม
สุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด :166.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2543. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการ
พิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต. 2549. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. 2547. โรคซึมเศร้า Depressive disorders. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยา
ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. 127 – 145. สงขลา : ลิ้มบราเดอร์
การพิมพ์.
- สุจิตรา กฤติวารรณ. 2548. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับ
เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาติ พหลภาคย์. 2542. ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorders. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :
โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สุวดี จันดีกระษอม. 2546. การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการ
รับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2543. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : รัตน
สุวรรณ 3.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณ 3.

- อภิญา พรหมพยอม. 2548. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ถิ่นบุญ วัชชัย และพีรพันธ์ ถิ่นบุญ วัชชัย. 2549. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19(2 กรกฎาคม - ธันวาคม) : 1-13.
- อุษณีย์ กันน้อย. 2547. การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชติ นัตรแก้ว. 2546. ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสารจำกัด.
- เฮล, เดเนียล; และ เฮล, โรเบิร์ต อี. 2003. โรคซึมเศร้า. แสงอุษา สุทธิชนกุล. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Beeber, L.S. 1996. Pattern integration in young depressed women : Part I. Archives of Psychiatric Nursing (10)13 : 151 – 156.
- Beck, A.T. 1967. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York : Harper Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression. New York : Guilford.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., and Beck, A.T. 2006. The empirical status of cognitive – behavioral therapy : A review of meta – analyses. Clinical Psychology Review 26 : 17 – 31.
- Claudi, L. H. Bockting., et al. 2005. Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression With Cognitive Therapy : A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 73(4) : 647 – 657.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., and Simons, A. D. 1999. Medications Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatient : Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons. American Journal Psychiatry 156(7 July) : 1007 – 1013.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. 2005. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. Archives General Psychiatry 62 : 409 – 416.
- Fava, G., A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., and Belluardo, P. 1998. Prevention of Recurrent Depression With Cognitive Behavior Therapy. Archives General Psychiatry 55(September) : 816 – 820.
- Fava, G., A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi S. 2004. Six – Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. American Journal Psychiatry 161(10 October) : 1872 – 1876.
- Furlong, M. and Oei, T.P. 2002. Change to Automatic Thoughts and Disfunctional Attitude in Group CBT for Depression. [online]. Available form : <http://eprint.uq.au/archive/.pdf> [2004, January 30]
- Greist, J. H., and Jafferson, J. W. 1992. Depression and Its Treatment. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

- Laraia, M.T., and Sundeen. 2005. Principle and practice of psychiatric nursing. (7th ed.). St. Louis : Mosby.
- Lewin, L. 2003. The Client with a Depressive Disorder. In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts. United States : Thomson Learning, Inc.
- Mccann, E., and Bowers, L. 2005. Training in cognitive behavioral intervention on acute psychiatric inpatient wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12 : 215 – 222.
- Ottaway, A.K.C. 1966. Learning through group experiences. London: Routhledge & Kegan Paul.
- Paykel, E.S., et al. 1999. Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. Archives General Psychiatry 56(September) : 829 – 835.
- Peden, A.R. 1996. Recovering in depression : a one year follow – up. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 3 :289 – 295.
- Post, R.M. 1992. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective disorder. American Journal Psychiatry 149(8) : 99 – 1010.
- Quiring, J.M., Monroe, S.M., Simon, M.E., and Thase, M.E. 2002. Does early intervention increase latency to relapse in major depressive disorder? : re-evaluation with cognitive behavior therapy. Journal of Affective Disorder 70 : 155 –163.
- Reilly, C.E., and McDANEL, H. 2005. Cognitive Therapy Atraining Model for Advance Practice Nurses. Journal of Psychosocial Nursing 43(5 May) : 27 –31.
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. 2003. Psychotherapies. In : Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behaviral Sciences / Clinical Psychiatry. 9th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins : 923 – 973.
- Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei. 2003. Cognitive change processes in a group cognitive Behavior therapy of depressions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 34 :73 - 85.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Barlow. W. 1995. Health Care Costs of Primary Care Patients With Recognized Depression. ARCG GEN PSYCHIATRY 52 : 850 - 856.
- Skarsater, I., Baigi, A., and Haglund L. 2006. Functional status and quality of life in patient with first – episode major depression. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 13 : 205 – 213.

- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. 1998. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 6th ed. St. Louis : Mosby comp.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. 2005. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th ed. St. Louis : Mosby Inc.
- Tsai – Hwei Chen., Ru-Band Lu., Ai-Ju Chang., Da-Ming Chu., and Kuei-Ru Chou. 2006. The Evaluation of Cognitive – Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self – Esteem. Archives of Psychiatric Nursing 20(1 February) : 3 – 11.
- Tian P.S. Oei., Bullbeck, K., and Cambell, J. M. 2006. Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression. Journal of Affective Disorder 92 : 231 – 241.
- Wei Chi Hsu and Hui-Ling Lai. 2004. Effects of Music on Major Depression in Psychiatric Inpatients. Archives of Psychiatric Nursing 18(5 October) : 193 – 199.
- White, J.R., and Freeman, A.S. 2000. cognitive – behavioral group therapy for specific problems and populations. 1st ed. Washington, DC : American Psychological Association.
- Wright. J. H. and Beck, A.T. 1995. Cognitive Therapy. In : Hales R. CD. Textbook of Psychiatric. Washington DC : American Psychiatric press.
- Yalom, I.D. 1995. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางจันทรรจา บำเน็จพันธ์
พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางดวงตา กุศลตันญาณ
พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางปทุมรัตน์ เกตุเล็ก
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
4. อาจารย์สุจิตรา กฤติยวรรณ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ
5. อาจารย์ทมาภรณ์ บุรณสมภพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. คู่มือการบำบัดพฤติกรรมความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ
2. สมุดบันทึกประจำวัน “ความคิดใหม่ ใจมีสุข”

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูล

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. ระดับการศึกษา

1. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	2. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
3. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช.	4. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ป.ว.ส.
5. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	6. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

1. <input type="checkbox"/> งานบ้าน	2. <input type="checkbox"/> รับจ้าง
3. <input type="checkbox"/> ค้าขาย	4. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
5. <input type="checkbox"/> รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	6. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย / เดือน

<input type="checkbox"/> เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
----------------------------------	-------------------------------------
7. สถานภาพสมรส

1. <input type="checkbox"/> โสด	
2. <input type="checkbox"/> คู่	
3. <input type="checkbox"/> ม่าย	
4. <input type="checkbox"/> หย่า / ร้าง / แยก	
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี
9. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (วงกลม) **i** ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง (0, 1, 2, 3) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์

1. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
1 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า
2 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
3 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

2. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
1 ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
2 ข้าพเจ้าไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
3 ข้าพเจ้าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

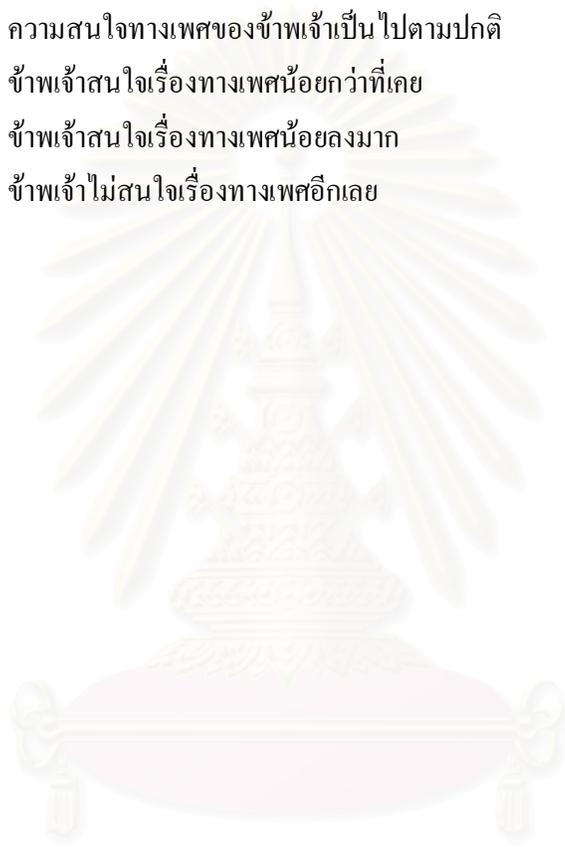
3. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
1 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น
2 เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้คือทำอะไรที่ล้มเหลวบ่อยๆ
3 ข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ข้าพเจ้ามีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
1 ข้าพเจ้าไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนเช่นเคย
2 ข้าพเจ้าไม่ได้รับความพอใจจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
3 ข้าพเจ้าไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกคิด
1 ข้าพเจ้ารู้สึกคิดบางครั้ง
2 ข้าพเจ้ารู้สึกคิดเกือบตลอดเวลา
3 ข้าพเจ้ารู้สึกคิดตลอดเวลา

6. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกลงโทษ
 1 ข้าพเจ้ารู้สึกที่ข้าพเจ้าอาจถูกลงโทษ
 2 ข้าพเจ้าคาดว่าจะถูกลงโทษ
 3 ข้าพเจ้ารู้สึกที่ข้าพเจ้าถูกลงโทษ
7. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกผิดหวังในตนเอง
 1 ข้าพเจ้ารู้สึกผิดหวังในตนเอง
 2 ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบในตนเอง
 3 ข้าพเจ้าเกลียดตัวนั่นเอง
-
18. 0 ข้าพเจ้ารับประทานอาหารได้ตามปกติ
 1 ข้าพเจ้ารับประทานอาหารน้อยกว่าที่เคย หรือรับประทานมากกว่าปกติ
 2 ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ค่อยลงหรือข้าพเจ้ามักหิวบ่อยๆ
 3 ข้าพเจ้าไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลยหรือข้าพเจ้าอยากรับประทานอาหารไปหมดทุกอย่าง
19. 0 น้ำหนักของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง
 1 น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลง หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 กิโลกรัม
 2 น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลง หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 กิโลกรัม
 3 น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลง หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 6 กิโลกรัม

20. 0 ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
1 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
2 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
3 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่น ได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้าเป็นไปตามปกติ
1 ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
2 ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
3 ข้าพเจ้าไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย Ü(ถูก) ในช่องที่มีข้อความที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนต่อต้านสังคม					
2. ข้าพเจ้าไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมข้าพเจ้าไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจข้าพเจ้าเลย					
5. ข้าพเจ้าทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
6. ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ต่อไปได้					
7. ข้าพเจ้าคิดว่าจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้าเหลือเกิน					
9. ชีวิตของข้าพเจ้าไม่เป็นไปตามที่คิด					
10. ข้าพเจ้าไม่พอใจในตัวเองเลย					
.....					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
25. ข้าพเจ้าไม่สามารถพึ่งพิงใครได้เลย					
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนแปลงไปเสียบ้าง					
27. ต้องมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับข้าพเจ้าแน่					
28. อนาคตของข้าพเจ้าเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่า หรือมีความสำคัญกับข้าพเจ้าเลย					
30. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย....

นางสาวกฤษิตา สุภาคุณ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มาก ทั้งระดับความรุนแรง และระยะเวลา จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม จนถึงขั้นที่รู้สึก ระบายวจิตใจตนเอง ระบายผู้อื่นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่การงาน (ดวงใจ กษานดิกุล, 2542) นอกจากนี้ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในที่นี้ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมี แบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบท หรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการ นำเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549) และ จากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็น โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลด อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและเหมาะสม โดยมีกิจกรรม 8 ครั้ง ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด
- กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ
- กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา
- กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่
- กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

คู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย....

นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากเป็นระยะเวลาที่ยาว นาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจและด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ที่พบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เป็นต้น สาเหตุของโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยหนึ่งของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิดในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ดังนั้น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จึงเป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักความคิดของตนเอง และทำความเข้าใจกับความคิดที่เกิดขึ้น แล้วจึงฝึกปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดความคิดใหม่ มีเหตุผลในการมองปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในแง่มุมมองใหม่ซึ่งจะผลต่ออารมณ์ความรู้สึกใหม่ และทำให้ความซึมเศร้ามลดลง

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จะช่วยให้รู้จักกับโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น และมีวิธีการดูแลตนเองในด้านของการฝึกปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยบรรเทาให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

นางสาวกฤติดา สุภาคุณ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

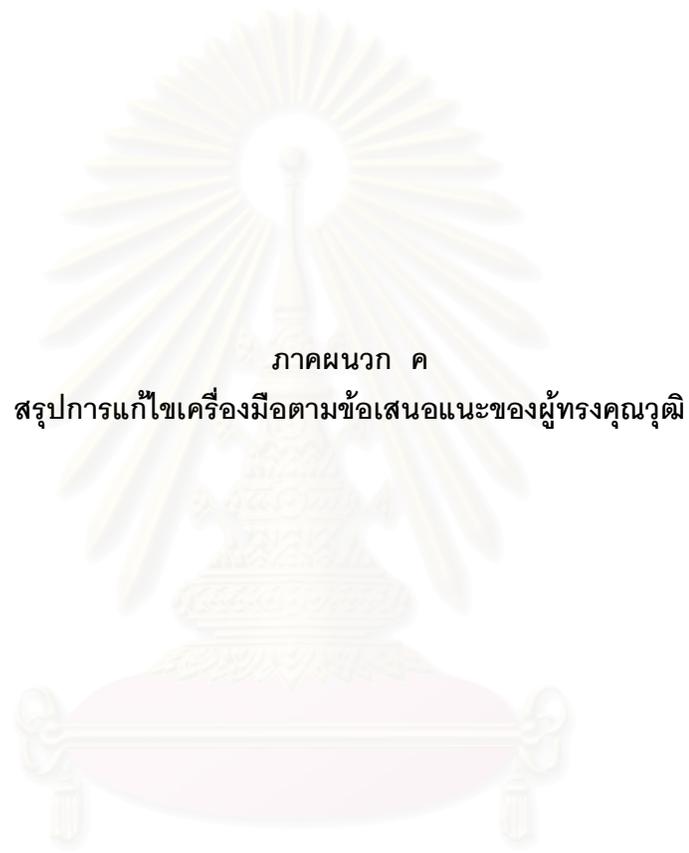
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมุดบันทึกประจำวัน
"ความคิดใหม่ ใจมีสุข"



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย....

นางสาวกุลธิดา สุภาคณ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สรุปการแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. สรุปการปรับแก้ไขแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 2 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต"

ข้อ 2 "ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป"

ข้อ 3 "ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้น" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้"

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 3 ปรับแก้ไข

ข้อ 2 "เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด" แก้ไขเป็น "เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้คือทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อยๆ"

ข้อ 3 "ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด"

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 4 ปรับแก้ไข

ข้อ 1 "ข้าพเจ้ารู้สึกไม่พอใจในทุกอย่างทุกอย่างดังเช่นเคย" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่พอใจในทุกอย่างทุกอย่างเหมือนเช่นเคย"

ข้อ 2 "ข้าพเจ้าไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกอย่างทุกอย่างอีกต่อไป" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่ได้รับความพอใจจากทุกอย่างทุกอย่างอีกต่อไป"

ข้อ 3 "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกพอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง"

1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 5 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าไม่เคยรู้สึกผิด" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกผิด"

1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 7 ปรับแก้ไข

ข้อ 2 "ข้าพเจ้ารู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบในตนเอง"

1.6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 8 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่าข้าพเจ้าเลวกว่าคนอื่น" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่ได้เลว"

กว่าคนอื่น

ข้อ 1 "ข้าพเจ้าขอวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด"

แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด"

ข้อ 2 "ข้าพเจ้ากำหนดตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ผิด" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้ากำหนดตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ตนเองทำผิด"

1.7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 10 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าร้องไห้บางครั้ง"

1.8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 11 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรุนแรงกว่า" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรุนแรงกว่า"

ข้อ 1 "ข้าพเจ้าเป็นคนร่าเริงกว่าเมื่อก่อน" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าเป็นคนร่าเริงกว่าเมื่อก่อน"

ข้อ 2 "ข้าพเจ้าเป็นคนขี้รำคาญและร่าเริงเกือบตลอดเวลา" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าเป็นคนร่าเริงเกือบตลอดเวลา"

1.9 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 12 ปรับแก้ไข

ข้อ 2 "ข้าพเจ้าเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่สนใจผู้อื่นบ่อยๆ"

ข้อ 3 "ข้าพเจ้าเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าไม่สนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง"

1.10 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 13 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้าตัดสินใจอะไรได้อย่างไม่เคยทำมาก่อน" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าตัดสินใจอะไรได้ตามปกติ"

1.11 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 14 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 "ข้าพเจ้ารู้สึกที่ข้าพเจ้าแตกต่างไปจากเมื่อก่อน" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวข้าพเจ้าเป็นปกติ"

ข้อ 2 "ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบถของข้าพเจ้าที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่น่ามองอีกต่อไป" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตัวข้าพเจ้า ทำให้ข้าพเจ้าดูน่าเกลียด"

ข้อ 3 "ข้าพเจ้าเชื่อว่าข้าพเจ้าเป็นคนน่าเกลียดมาก" แก้ไขเป็น "ข้าพเจ้าเชื่อว่าข้าพเจ้าเป็นคนน่าเกลียดมาก"

1.12 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 16 ปรับแก้ไข

ข้อ 1 “ข้าพเจ้านอนไม่หลับเหมือนอย่างที่เคย” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่สามารถหลับเหมือนอย่างที่เคย”

ข้อ 3 “ข้าพเจ้าไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่สามารถหลับได้เลย”

1.13 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 17 ปรับแก้ไข

ข้อ 1 “ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อนที่เคยเป็น”

1.14 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 18 ปรับแก้ไข

ข้อ 1 “ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารับประทานอาหารน้อยลงกว่าที่เคย หรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ”

ข้อ 2 “ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ค่อยลง” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ค่อยลงหรือข้าพเจ้ามักหิวบ่อยๆ”

ข้อ 3 “ข้าพเจ้าไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลย” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลยหรือข้าพเจ้าอยากรับประทานอาหารไปหมดทุกอย่าง”

1.15 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 19 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 “น้ำหนักของข้าพเจ้าไม่ลดลง” แก้ไขเป็น “น้ำหนักของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง”

ข้อ 1 “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม” แก้ไขเป็น “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 กิโลกรัม

ข้อ 2 “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม” แก้ไขเป็น “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 กิโลกรัม

ข้อ 3 “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม” แก้ไขเป็น “น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 6 กิโลกรัม

1.16 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 20 ปรับแก้ไข

ข้อ 0 “ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ”

1.17 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อที่ 21 ปรับแก้ไขข้อ

ข้อ 0 “ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้ายังปกติ” แก้ไขเป็น “ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้าเป็นไปตามปกติ”

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สรุปคำชี้แจงใหม่ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังต่อไปนี้ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ ข้อใดตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์แล้วทำเครื่องหมาย (วงกลม) **i** ล้อมรอบตัวเลขนั้น (0, 1, 2, 3)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. สรุปการแก้ไขแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollon and Kendall (1980) ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

- 2.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 1 จาก “ข้าพเจ้ารู้สึกที่ข้าพเจ้าเป็นคนต่อต้านโลก” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนต่อต้านสังคม”
- 2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 7 จาก “ข้าพเจ้าหวังว่าข้าพเจ้าจะเป็นคนดีกว่านี้” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าคิดว่าจะเป็นคนดีกว่านี้”
- 2.3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 8 จาก “ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้าเหลือเกิน”
- 2.4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 11 จาก “ไม่มีอะไรในชีวิตที่ข้าพเจ้ารู้สึกว่าดีขึ้นเลย” แก้ไขเป็น “ไม่มีอะไรในชีวิตที่ข้าพเจ้าเห็นว่าดีขึ้นเลย”
- 2.5 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 15 จาก “ข้าพเจ้าปรารถนาว่าจะพ้นไปจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าปรารถนาว่าจะพ้นไปจากที่นี่และไปอยู่ที่อื่น”
- 2.6 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบข้อที่ 25 จาก “ข้าพเจ้ารู้สึกขาดที่พึ่ง” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่สามารถพึ่งพิงใครได้เลย”

นอกจากนี้ได้แก้ไขคำชี้แจงใหม่ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สรุปคำชี้แจงใหม่โดยเรียงลำดับคำชี้แจงให้ผู้ป่วยอ่านแล้ว ได้มีการพิจารณา ได้คิดและได้ตัดสินใจตอบ โดยผู้วิจัยปรับแก้ไขดังนี้ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย **ü**(ถูก) ในช่อง ที่มีข้อความที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบคะแนน						
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	\bar{x}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	104.55	21.78	สูง			
				38.00	.396	.69
กลุ่มควบคุม	101.95	19.70	สูง	37.61		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	79.50	17.54	ปกติ			
				38.00	-2.901	.006
กลุ่มควบคุม	94.00	13.86	สูง	36.07		

จากตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ากลุ่มทดลองระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงไปอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมระดับคะแนนของภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในระดับสูง



ภาคผนวก จ

1. ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรม

2. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิควบคุมการฝึกใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 034/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAMME ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

๒๕๕๐

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)

.....เลขาธิการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพนิชสกุล)

รับรองวันที่ 9 มีนาคม 2550

วันหมดอายุ 9 ตุลาคม 2550

ที่ศษ 0512.11/ 0311

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิฑูรย์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2550

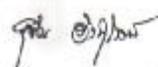
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ควบคุมการฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเทพฯ

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยที่กเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ อธิบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมีอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดวงดา กุศลรัตนภูษิต พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ควบคุมการฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในระหว่างวันที่ 12-28 กุมภาพันธ์ 2550 เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ควบคุมการฝึกการใช้โปรแกรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. อุดิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการศึกษา	นางดวงดา กุศลรัตนภูษิต
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ อธิบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9803
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา โทร. 0-2218-9810
ชื่อ นิสิต	นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ โทร 08-1387-8827

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ เกิดเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2522 ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2545 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548

ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ประจำ ในกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย