

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 4 ทั่วโลก ที่ควร (Disability adjusted life years) เนื่องจากประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง หรืออยู่ในสภาวะที่ไร้ความสามารถ และอันตรายที่สำคัญที่สุดคือการฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร แล้วปัญหานี้จะกลายเป็นสาเหตุอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Wei Chi Hsu and Hui-Ling Lai, 2004 cited in World Health Organization, 2004) การศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546 พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 3.2 หรือประมาณ 871,744 คน โดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7: 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ทำให้การรักษาโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2549 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับคือในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็น 140.55 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 คิดเป็น 149.90 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในปี พ.ศ. 2549 คิดเป็น 185.98 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547 อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มาก ทั้งระดับความรุนแรงและระยะเวลายาวนาน จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีการศึกษาความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Skarsater, Baigi and Haglund, 2006) นับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้เป็นภาระ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิต ซึ่งความบกพร่องในหน้าที่ การดำเนินชีวิตจากภาวะซึมเศร้าสามารถเปรียบเทียบกับความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากความพิการที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆ และจากการศึกษาเรื่องภาระของโรคทั่วโลกที่ทำโดย WHO ในปี พ.ศ. 2533 (Murray, Lopez., 1997 อ้างถึงในนันทิกา ทวิชาชาติ 2545) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดความบกพร่องสูงสุดในโลก เป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร่ายังมีระดับอาการรู้สึกผิดที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย (มาโนช

หล่อตระกุด และ อุไร บูรณพิเชษฐ, 2542) ทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ทางพฤติกรรม และมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากอารมณ์เศร้าทั่วไปอย่างชัดเจน (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนานถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ เหมือนหายสนิทแล้วก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (Post, 1992) มีการศึกษาพบว่า 50% - 80% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี (Beeber, 1996; Peden, 1996) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกลดท้อทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000 อ้างถึงใน สุวดี จันดีกระยอม, 2546) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย โดยประมาณร้อยละ 20 - 35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994; ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าปรากฏว่า 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 ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา (กัลยา นาคเพ็ชร์, 2547) เป็นวัยที่เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุคเบิกในอาชีพการงาน มีพลังในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา (มาโนช หล่อตระกุด และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) แต่หากบุคคลในวัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วนั้นย่อมส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัว และสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติ จากการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก (Laraia and Sundeen, 2005) มีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายหลังเริ่มต้นรับการรักษาไปจนถึง 12 เดือน ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปกลุ่มละ 6257 คนพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าใช้จ่ายในการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยธรรมดาเท่ากับ 4246 ดอลลาร์ กับ 2371 ดอลลาร์โดยประเภทของบริการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ได้แก่ การดูแลแบบประจํา การรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน การรักษาด้วยยา และการตรวจทางห้องทดลอง (Simon, VonKorff, and

Barlow, 1995) ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และถือว่าเป็นปัญหาของประเทศไทย ดังจะเห็นจากการที่กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชเพื่อนำมาประกอบการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ การวางแผนพัฒนางานและเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชต่อไปในอนาคต (พิเชฐ อุดมมรัตน์, 2547)

มีการศึกษาถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม neurotransmitter system และ neuroendocrine system ส่วนปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในด้านของจิตใจแล้ว Beck et al. (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง 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 ได้มีการบันทึกว่าความซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญของการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางจิต ตั้งแต่ศตวรรษที่ 1970 (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 ; Charney, & Weissman, 1988 cited in Joseph, 1995) ภาวะซึมเศร้าถูกมองว่าเป็นอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรวมทั้งยังขัดขวางความสามารถในทางความคิดและทางร่างกาย พบว่าผู้ที่มีความซึมเศร้าจะประสบความยากลำบาก ในการจัดการกับความคิดของตนเอง โดยจะมีความคิดที่ฟุ้งวุ่นและเป็นไปทางลบ (Buckwalter & Babich, 1990 cited in Joseph, 1995) เบ็ค (Beck, 1967) ได้เสนอทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้าว่า ความซึมเศร้าจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยแรกเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติ และปัจจัยที่สองบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นกระบวนการคิดในทางลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งความคิดทางลบจะเกิดขึ้นเองโดยมิได้ผ่านการไตร่ตรอง และถ้ามีความคิดทางลบมากขึ้นเท่าใดก็จะส่งผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลลดน้อยลง ความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า

จะประกอบไปด้วย ความคิดทางลบเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง ประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมา และ อนาคตของตนเอง (Beck, 1988 : Fennell, 1989)

ปัจจุบันมีการรักษาโรควิตกกังวลด้วยวิธีการต่างๆหลายวิธี แต่แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้คือ การ รักษาทางร่างกาย และ การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางร่างกาย ยังแบ่งเป็นการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่น กระวนกระวาย ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มาโนชย์ หล่อ ตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ยาที่ใช้ในการรักษาโรควิตกกังวลมีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับ ของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งในผู้ป่วยโรควิตกกังวลสารสื่อประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลง ดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเรียกว่าโรควิตกกังวล (สมภพ เรือง ตระกูล, 2543) ยารักษาอาการวิตกกังวลปัจจุบันแบ่งตามการออกฤทธิ์ เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยากลุ่ม tricyclic กลุ่มที่ 2 ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitor กลุ่มที่ 3 ยากลุ่ม selective serotonin reuptakeinhibitor (SSRI) กลุ่มที่ 4 ยากลุ่ม new generation (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Interpersonal PsychoTherapy เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น Cognitive Behavior Therapy การบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม Short – Term Psychotherapy เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย มีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มาโนช หล่อ ตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิต สังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาด้วยวิธีที่เรียกว่า Cognitive Behavior Therapy (มานิต ศรี สุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมีการนำมาใช้ในการบำบัด ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Butler, Chapman, Formen and Beck, 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ใน ประเทศไทยได้มีการแปลความหมายในการเรียกหลากหลาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม การปรับพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การเรียนรู้และพฤติกรรม บำบัด การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการ บำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุร ภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542;DeRubeis et al., 1999) ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะมีการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด(Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognition) ที่บิดเบือน ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข(Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะทำให้อาการของโรควิตกกังวลลดลง (สกาวัฒน์ พวงถัดดา, 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)และกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า(กุลธิดา สุภาคณ,2549)

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ของต่างประเทศเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบการศึกษาของ Seok – Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsai – Hwei Chen et al. (2006) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และหลังจาก 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับเท่าเดิม นอกจากนี้การศึกษาของ Fava et al. (2004) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลา 6 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเข้าร่วมกับการจัดการทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (40%) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (90%)ในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชหลายประเภท เช่น ผู้ติดยา(นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ผู้ป่วยโรคจิตเภท(ยุทธนา อองอาจสกุลมัน, 2548) และยังมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยทางร่างกายที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของยุพาพัคตร์ รักมณีวงศ์ (2547) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต จำนวน 15 คน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ขวัญใจ นามชื่อ(2548) ที่ใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และเอดส์ จำนวน 16 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันทีและ 2 สัปดาห์หลังการบำบัดเสร็จสิ้น นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในคนปกติที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นการศึกษาของอัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ใช้การบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และลดลง 2 สัปดาห์หลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยวรรณ (2548) ได้ศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน

8 คน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนความซึมเศร้าลดลง และยังมี การพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ด้วย

สำหรับการนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรงนั้น มี การศึกษาของสกาเวรตัน พวงลัดดา(2545) ที่รายงานการใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วย ซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนที่จะได้รับ การปรับพฤติกรรมทางปัญญา และช่วยให้คิดในทางบวกมากขึ้น ช่วยให้เห็นปัญหาที่เกิดจาก การคิดในทางลบ ดังนั้นจากที่กล่าวมาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงประกอบไปด้วยการ รักษาทางกาย และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วย ยา ร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยทำให้อาการซึมเศร้าบรรเทาลงและมีอัตราของการ กลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่จะรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Paykel et al., 1999; Scoot, 2001) ใน ต่างประเทศ ได้แก่ ลอนดอนและสหราชอาณาจักรได้ให้ความสำคัญกับการอบรมพยาบาลที่มี คุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติด้านจิตสังคมกับผู้ที่ปัญหาทางจิต โดยเฉพาะการอบรม เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยมีเป้าหมายว่าผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป (McCann and Bowers, 2005) ดังนั้นการพยาบาลด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วย ซึมเศร้า จึงเป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถ แก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ บิดเบือน ให้มีความเหมาะสมและ สมเหตุสมผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ได้ตามความ เป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้อาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ บิดเบือนนั้นดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือ บุญรัชชัย, 2549) ซึ่งการทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญกับปัญหาได้มากขึ้นนั้นจะช่วยให้ภาวะ ซึมเศร้าลดลง (วิระ ชูรุจิพร, 2542)

ที่ผ่านมาหลายการศึกษาที่พบว่า ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยให้ภาวะ ซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น (ยูพาพัคตร์ รัก มณีวงศ์, 2547) มีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความคิดทางบวกและสามารถ นำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย (สุจิตรา กฤติยวรรณ, 2548) จากการศึกษาของ Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้าน ลบโดยมีผลในการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสม และชักนำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติยังมีบทบาทเป็นระหว่าง ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า

จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสถิติอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อแสนประชากรใน ปีงบประมาณ2547-2549 เพิ่มสูงขึ้น คือ 8.70, 24.28 และ26.82 ต่อแสนประชากรตามลำดับและมี สถิติการฆ่าตัวตายสูงขึ้น(สำนักงานสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2549.)โดยพื้นที่ส่วน

หนึ่งเป็นพื้นที่เกษตรกรรม อุตสาหกรรมเป็นชุมชนที่มีการแข่งขันทั้งด้านรายได้ ที่อยู่อาศัย การศึกษาของประชากร ส่งผลให้บุคคลเกิดเป็นความวิตกกังวลจนถึงขั้นมีอาการเฉา แยกตัวไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจนอาจเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาได้ โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมาจากการมีมโนทัศน์ทางลบ ดิเคียนตนเองมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัว และสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยครอบครัว และสังคม

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นหน่วยงานทุติยภูมิ ที่ให้การบริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในปีพ.ศ.2548-2550มีผู้มารับบริการดังนี้ คือ 431, 521, 660 รายแบ่งเป็นผู้ป่วยเก่า361, 460,591และผู้ป่วยรายใหม่ 70, 61, 69 รายตามลำดับ (สถิติประจำปีโรงพยาบาลปทุมธานี, 2549.)โดยผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่มักมีภาวะท้อแท้ หวัง ซึมเศร้ารุนแรง โดยเกิดการฆ่าตัวตายแล้วจำนวน2ราย ส่วนการรักษาที่ได้รับเป็นการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตสังคมเช่น การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองการให้ความรู้ เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งอาจไม่เพียงพอกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เช่น โรคซึมเศร้า ส่วนปัญหาที่พบ คือเมื่อรักษาจนอาการเป็นปกติ ผู้ป่วยมักขาดการติดต่อบริชาจนมีอาการป่วยซ้ำ ส่งผลต่อทั้งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวรวมถึงชุมชนที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องกับ ทั้งในด้านการทำงาน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การปรับตัวในครอบครัว สังคม ชุมชนก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในด้านการรักษา และเกิดการระต่อสมาชิกในครอบครัว สังคมและประเทศ ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ จึงได้มีการศึกษาการบำบัดที่ได้ผลดี และลดการกลับเป็นซ้ำพบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด(Cognitive Behavior Therapy)สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและได้ผลดีกว่าการรักษาโดยการใช้ยาเพียงอย่างเดียว (เบญจวรรณ เนตรแหม,2549) นอกจากนี้ยังสามารถลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำเมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Monrow.,2005) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีความเชื่อว่าการบำบัดรักษาที่สามารถลดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการป่วยซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งอรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย(2549) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคการบำบัดของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ร่วมกับผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ของกุลธิดา สุภาคุณ (2549)ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของเบคและคณะ(1979)มาประยุกต์ใช้ในครั้งนี้เพื่อเป็นการหาคำตอบว่าการบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิดสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดน้อยลงได้ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ประการแรกคือ ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และมองอนาคตในทางลบ ประการที่สอง มีโครงสร้างความคิด (Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว โดยโครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง ประการที่สาม คือ เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ไปจากความเป็นจริง องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ช่วงต้นของชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ปรับตัวไม่ได้ มีการประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ จนเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ซึ่งโครงสร้างความคิดต่อมาจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนสถานการณ์ไปในทางลบจะทำให้เกิดการคิดที่บิดเบือนไปตามลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนโดยมองตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต เป็นการคิดบิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต้องการแก้ไขความคิดปกติของการรู้คิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior)

โดยหลักในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการประการแรก คือ วิธีการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ประการที่ 2 คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล ของความนึกคิดที่บิดเบือน เอรอน ที เบค (Aron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้นำการรักษาระบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกัน (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) โดยมีขั้นตอนของการรักษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) การใช้เทคนิคบำบัดทางความคิด

(Cognitive technique) และเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (สกาเวิร์ตน์ พวงถัดดา, 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) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะสั้น โดยปกติจะมีระยะเวลา 15 – 20 ครั้งภายใน 8 สัปดาห์ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 5 – 10 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 4 ครั้ง โดยมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยการฝึกผู้ป่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึก(affective) พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก (behavior) และความคิด (cognitive) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดรายกลุ่มเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง ไม่ให้เกิดหรือดำเนินต่อไป ซึ่งกระบวนการของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่เป็นทางบวกเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึกรัก และความผูกพันภายในกลุ่มแล้ว (White and Freeman.,2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จากผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดของเบคและคณะ (1979) ซึ่งนำมาใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงโดยพบว่าหลังเข้าโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง มาจัดทำเป็นกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 5 ครั้ง 8 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสอนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง (self – monitoring) และการวิเคราะห์พฤติกรรมประกอบด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (behavior) และผลที่ตามมา (consequence)

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งการให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตนได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 2 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought ซึ่งความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หรือหมายถึง ความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (External Event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003)

กิจกรรมที่ 2.2 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการที่ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครู ช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำตรงหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้ใช้อื่น (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003)

ครั้งที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ด้วยการท้าทายให้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกใหม่ของผู้ป่วยอย่างไร และกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบทางเลือกอื่น (Examining alternatives) ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป สอนให้ผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing)

กิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผลและก่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติ

ทางลบขึ้น เป็นการคิดซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการเปลี่ยนความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุม ความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม เหตุสมผล

ครั้งที่ 4 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4.1 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแงุ่มใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยถึงวิธีการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เนื่องจาก ความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4.2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยกระตุ้นด้านชีวภาพอาจส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับวิกฤต ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัด ทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา (White and Freeman, 2000)

ครั้งที่ 5 สรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ยุติสัมพันธภาพ และออกแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ (Beck, 1967) เป็นการดำเนินกลุ่มมาถึงระยะการพัฒนากลุ่มในระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Marram, 1978 อ้างถึงในอุษณีย์ กันน้อย, 2547)

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการเข้าร่วมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังการได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีภาวะซึมเศร่าน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1.) ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัย DSM IV ที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปทุมธานีจำนวน 20 คน

2.) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บุคคลในวัยผู้ใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัย DSM IV

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจความรู้สึกผิด การคาดว่าจะเป็นอัมพาต การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเองความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาดำเนินการกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม โดยประยุกต์จากกิจกรรมที่ กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงและพบว่าหลังเข้าโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ครั้ง 8 กิจกรรม มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดแต่ละครั้ง 1-1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสอนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยการสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought

กิจกรรมที่ 2.2 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการที่ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด

ครั้งที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผลและก่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995)

ครั้งที่ 4 การบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4.1 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแงุ่มใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

กิจกรรมที่ 4.2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก

ครั้งที่ 5 สรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดพฤติกรรม ยุติสัมพันธภาพ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ (Beck, 1967)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เป็นการพัฒนาองค์ความรู้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ทักษะการบำบัดทางจิตซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆที่มีภาวะซึมเศร้า

2.เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า