บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญ และประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

1.1 ความรู้ทั่วไป ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

1.3 อาการทางคลินิก การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

1.4 การวินิจฉัยแยกโรคผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง

2.2 บทบาทในการให้ความรู้

2.3 บทบาทในการให้คำปรึกษา

2.4 บทบาทในการประสานงาน

2.5 บทบาทในการเป็นผู้นำ

2.6 บทบาทในการนำผลงานวิจัยมาใช้

2.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. บริบทของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา

3.1. การประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า

3.2. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทางจิตในทุกระดับซึมเศร้า

3.3. การบำบัดรักษา

3.4. การทำจิตบำบัด

3.5. การติดตาม และประเมินผล

4. **แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด**
    - 4. 1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
    - 4. 2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
    - 4. 3 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
    - 4. 4 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด
    - 4. 5 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
    - 4. 6 ระยะเวลาในการรักษา
5. **แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram**
    - 5.1 ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase)
    - 5.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)
    - 5.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group)
    - 5.4 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม
    - 5.5 จำนวนสมาชิก
    - 5.6 ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม
6. **กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด**
7. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

1.1 ความรู้ทั่วไป ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความหมายของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

Beck (1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสีย แรงขับทางเพศเป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า เก็บตัว กระวนกระวาย เป็นต้น

Stuart (2001) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวการณ์ตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง Beck et al. (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไป

ในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

WHO (2004)) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจจะมีอาการแสดง คือ มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหารหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีแรง และไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดเรื้อรังหรือหายแล้วเป็นซ้ำ (recurrent) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2544) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ไปจนถึง ขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยอยากตาย ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายที่คล้าย คลึงกัน ในแง่ของอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า แตกต่างกันในแง่ของความรุนแรง ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า และระยะเวลา ซึ่งสรุปโดยรวมได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเกิดจากความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น (Beck, 1967; Beck et al., 1979) เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และเป็นครั้งคราวไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสีย และมีความคิดอัตมโนมัติในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย เหล่านั้นเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.2.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง (Schildkraut อ้างใน ชาลินี สุวรรณยศ, 2542) ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่า สมมติฐานแคทีคอลลามีน (catecholamine) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลเอมีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน สาเหตุการของลดลงสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลเอมีนนั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่นๆ หรือเกิดการ ดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty, 1995) เช่น พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโตนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม (dementia) (Sano, 1989)

1.2.1.2 ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (manic-depressive psychosis) เป็นโรคที่มีความรู้สึกสบายอย่างมาก และมีอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคน จะเกิดโรคนี้จะสูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณ ร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกัน จึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง จึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยอีกเหตุหนึ่ง ของภาวะซึมเศร้า และจากการรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง จะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า

1.2.1.3 Neuroendocrine factors พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิด ปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post - partum depression) จากความผิดปกติของระดับ ฮอร์โมนต่างๆ มีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH)

(มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuro endocrinology มีการศึกษาความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิต อื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) ซึ่งการทำหน้าที่ของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่ในการหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่า ระดับของ cortisol ที่มากขึ้นทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg, 2001; Nelson, Sax, and Strakowski, 1998 cited in Lewin, 2003)

1.2.1.4 ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางราย เกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจจะเกิดจาก การขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.2.2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

1.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก มักเกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสีย ในความเป็นจริงหรือในจินตนาการ ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก หรือสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเอง ซึ่งการสูญเสียนั้นก่อให้เกิดความโกรธ และความรู้สึกไม่เป็นมิตรอย่างรุนแรงต่อสิ่งที่สูญเสียไป ทำให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันคือ ความรู้สึกรัก และความรู้สึกโกรธในสิ่งอันเป็นที่รักจากไป แต่ไม่สามารถแสดงความโกรธและความรู้สึกไม่เป็นมิตรออกมาได้ เนื่องจากกลัวการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับจากผู้อื่น ความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกไม่เป็นมิตรนั้นจะถูกเก็บกดไว้ และหันความรู้สึกโกรธเข้าหาตนเอง (anger turn inward) เกิดความรู้สึกผิด และรู้สึกมีไม่มีคุณค่าในตนเอง และแปลความการสูญเสียเป็นการถูกปฏิเสธ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและความรู้สึกไม่มีที่พึ่ง ความรู้สึกสะเทือนใจต่างๆ และการรับรู้ต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก จนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud, 1957 as cited in Fortinash & Holoday- Worret, 1996)

1.2.2.2 ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุม และแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประสบความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ หมดความกระตือรือร้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข และขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Seligman as cited in Wilson, Spence, & Kavanang, 1989; ดวงใจ กสานติกลุ , 2542)

1.2.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ Lewinsohn เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจาก ผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตแล้วบุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคล เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น(Wilson et al. 1989)

1.2.2.4 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck. (1967) คือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) องค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมที่กระบวนการทางปัญญา โดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การระบุเหตุ การพูดกับตนเอง การคิดทางลบต่อตนเองเป็นต้น จึงจะส่งผลให้อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนตามมา (Dryden, &Golden, 1987, คาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2534) ทฤษฎีปัญญานิยมนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน และการบำบัดทางปัญญาสามารถรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการรักษาโรคซึมเศร้าแบบอื่นๆ (Dobson, 1989; Hollon & Shelton, 2001; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990)

1.2.2.5 ปัจจัยด้านสังคม (Socioeconomic factors) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2544 อ้างถึงใน ธรนินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติที่สังคมกำหนดบทบาท เช่น ผู้หญิงผู้ชายควรมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร การกล่อมเกลาทางสังคมที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการอบรมและประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้หญิง ผู้ชาย มีพฤติกรรมบทบาท ความคาดหวังในชีวิต การมองโลก อารมณ์ และสติปัญญา การแสดงออกแตกต่างกัน และเนื่องจากเพศสภาพถูกสร้างขึ้นจากสังคมจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอในแต่ละยุคสมัย และการเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรม ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงมาก ทั้งโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว และไม่สมบูรณ์ มีการอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ เกิดการทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิดเมืองนอน ไปสู่เมืองใหญ่และต่างประเทศ เกิดภาวะแข่งขัน แก่งแย่งชิงดี ต่อสู้ทางอาชีพ และตลาดการค้า จิตใจคนเริ่มรู้สึก

โดดเดี่ยว ไม่มั่นคง วิตกกังวล ผิดหวังและเศร้า มุ่งแต่จะหาเงิน ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือยเพื่อหาความสุขสำราญ เป็นกระแสวัตถุนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ จนขาดคุณธรรม และน้ำใจโอบอ้อมอารี จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า และมักจะเกิดกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจาก ภาวะกดดันบีบคั้น ถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากสามี หรือคนในครอบครัว หรือนายจ้าง เช่น มีตลาดค้าประเวณีก็มีการล่อลวงหญิง บังคับให้ขายบริการทางเพศ ทั้งใน และต่างประเทศมากขึ้น หรืออธิบายว่าการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่นผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรก จะมีเหตุการณ์เครียดมากกว่าผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อๆ มา ซึ่งความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรก มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองระยะยาว ในทิศทางที่ทำให้ผู้นั้นเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อๆมา แม้จะไม่มีความเครียดจากภายนอกก็ตาม หรือเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณี และวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบ และแยกตัว (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547)

1.2.2.6 การพัฒนาการวุฒิภาวะทางอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่ มีความหมายดังนี้

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์ (2549) วุฒิภาวะทางอารมณ์หรือการมีความมั่นคงทางอารมณ์และ จิตใจ (Emotional Security) หมายถึง *การยอมรับตนเอง* โดย เฉพาะในด้านที่เป็นจุดอ่อนของตน และพยายามที่จะแก้ไขข้อบกพร่องนั้น รู้จักสำรวจ และยอมรับความบกพร่องของตนเอง การยอมรับทางอารมณ์ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของคนปกติ แต่ไม่ยอมให้อารมณ์มีอำนาจเหนือชีวิตจิตใจของตน *การอดทนต่อความคับข้องใจ*สามารถทำงาน และดำเนินชีวิตตามปกติแม้จะมีแรงกดดันหรือ ความเครียด *ความเชื่อมั่นในการแสดงออกของตน* รู้จักอารมณ์ของตนเอง และไม่กลัวอารมณ์เหล่านั้น สามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ในทางตรงกันข้าม คนที่ขาดวุฒิภาวะมักจะไม่กล้าแสดงออก หรือแสดงออกมากเกินไป

พะยอม อิงคตานุวัฒน์ (2533) *ละทิ้งความเป็นเด็ก* มีความหนักแน่น สามารถควบคุมอารมณ์ ได้เมื่อเผชิญกับปัญหา หรือประสบความผิดหวัง *ต้องประกอบอาชีพ* มีการเลือกวิชาชีพได้ *มีการเลือกคู่ครอง* ในสมัยก่อนพ่อแม่ทำหน้าที่เลือกคู่สมรสให้กับลูก ชาติวงศ์ใกล้เคียงกันขนบธรรมเนียมประเพณีคล้ายคลึงกัน แต่ในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมเปลี่ยนแปลงไป หญิง และชายต่างมีโอกาสคบหากันมาก่อน การเลือกคู่ครองเป็นความพอใจเฉพาะหน้า ไม่คำนึงถึงภูมิหลังขั้นพื้นฐานของแต่ละฝ่าย จึงเป็นเหตุหนึ่งของการหย่าร้างได้ *การปรับตัวให้กลมกลืนในสังคมผู้ใหญ่* ตามกฎเกณฑ์ และกฎหมาย ที่สังคมได้กำหนดไว้ ฉะนั้นจึงทำให้ผู้ใหญ่วัยนี้พยายามทุกวิถีทางที่จะเสริมสร้างลักษณะทางกายภายนอกให้ประทับใจผู้เห็น ด้วยการใช้เครื่องสำอางตลอดจนการใช้เสื้อผ้าแพรพรรณในการแต่งกายให้ชวนดู

สรุปการพัฒนาการวุฒิภาวะทางอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่ หรือความมั่นคงทางอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ใหญ่ทุกคน ทั้งนี้เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในชีวิต และในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการสูญเสียหรือการขาดสิ่งที่รัก ไปอย่างไม่คาดฝัน ทำให้บุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต โดยไม่ทันได้ตั้งตัวจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความคิดลบต่อตนเอง เช่น *ไร้ที่พึ่ง ไม่มีคนที่เข้าใจอีกต่อไป ไร้บุคคลอันเป็นที่รัก ไม่มีคุณค่าในตนเอง* เกิดความคิดลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น *ทำไมถึงทิ้งฉันไปฉันมีความผิดอะไร ชีวิตฉันต้องเจอแต่เหตุการณ์ที่เจ็บปวดใจอยู่ตลอดเวลา* และความคิดลบต่ออนาคต *เช่น ฉันจะอยู่ต่อไปได้อย่างไรเมื่อไม่มีเธอ หมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างไม่มีความหวังในอนาคตอีกแล้ว* เมื่อเกิดความคิดลบหลัก 3 ประการ เกิดขึ้นกับขึ้นบุคคล ทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เนื่องจากการสูญเสียนั้น ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างรุนแรง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการพัฒนาการวุฒิภาวะทางอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่ หรือมีความมั่นคงทางอารมณ์ที่สมบูรณ์ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต หรือมีการสูญเสียดังกล่าวเกิดขึ้น บุคคลจะสามารถทำความเข้าใจในเรื่องของการสูญเสีย เป็นเรื่องของธรรมชาติ หรือเคราะห์กรรม จะสามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา

1.3 อาการทางคลินิก และการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

อาการหลัก ของภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือมีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน เป็นนานกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการร่วมอื่น ต่อไปนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุก ทั้งๆที่พยายามฝืนใจสีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้ น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่เริ่มนอน หรือหลับยากนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับเป็นที่รูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับได้ง่ายแต่มักรู้สึกว่าตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเซื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech)

อยู่ในท่าไหล่คุ้ม คอตก สีหน้าเฉยเมย หรือ หน้านิ่วคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น ขี้ลืมเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามีการสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการคล้ายความจำเสื่อม

1.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

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

1.3.9 อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปหมดทุกอย่าง

1.3.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษา หรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.11 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondria sis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบ หรือไม่ยอมรับว่าตนมีอารมณ์เศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4 การวินิจฉัยแยกโรคผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้า ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิด ปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) มีดังนี้

อาการเฉพาะ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ความสามารถที่จะสนุกสนาน สนใจสิ่งต่างๆ หรือสมาธิลดลง และเหนื่อยง่ายแม้จะออกแรงเพียงเล็กน้อย มีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงน้อยมากในแต่ละวัน และไม่ตอบสนองในสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หมดความรู้สึกสนใจ และสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ตื่นเช้า และหมดความรู้สึก ทางเพศ สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระยะดังนี้

- ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depressive Episode) พบมีอาการ 2-3 อาการ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แต่ยังคงทำกิจกรรมได้ตามปกติ

- ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depressive Episode) พบมีอาการ 4 อย่างขึ้นไปผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms) มีอาการซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวลดลง รุนแรงจนมีพฤติกรรมปกติในสังคมไม่ได้ หลังจากให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า ต้องตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ซักประวัติโรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรค และวางแผนการรักษาต่อไป *การวินิจฉัยแยกจากโรคต่างๆ ดังนี้*

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าสาเหตุจากโรคทางกาย มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่นโรคเอดส์ เนื้องอกในสมอง โรคโลหิตจางหรือขาดสารอาหารการใช้สารหรือยาต่าง ๆ เช่น ยาsteroids หรือยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าจากสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงติดสุราถึงร้อยละ 50 การติดสุรามีผลให้การดำเนินโรคทางอารมณ์ ย่ำแย่ลง รักษายาก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างวู่วาม หรือกรณีผู้ใช้ยาบ้า หลังจากหยุดยาบ้า อาจพบอาการของภาวะซึมเศร้าได้

1.4.3 โรคซึมเศร้า (Major depression) มีอาการเบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ หรืออารมณ์ซึมเศร้า ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น เบื่อ นอนไม่หลับ หลงลืม มีความคิดอยากตาย ฯลฯ มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นทุกวัน และติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.4.4 ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัว เกิดภายหลังการสูญเสีย หรือตายจากบุคคลผู้เป็นที่รักยิ่ง รวมทั้งเหตุการณ์ตึงเครียดต่างๆ ที่เห็นชัดเจน และมีผลต่อการปรับตัว ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นไม่เกิน 6 เดือน เช่น ความผิดหวังความเจ็บป่วยและความพิการ

1.4.5 โรคซึมเศร้าดิสโธเมีย รุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้า เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี การดำเนินโรคเกิดขึ้นสลับกันไปมา ระหว่างภาวะซึมเศร้า และภาวะ Mania ที่เรียกว่า โรคไบโพล่าร์

1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การพิจารณาอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ 1) ความแปรปรวนด้านความคิด 2) ความแปรปรวนด้านอารมณ์ 3) ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และ4) ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม โดยความแปรปรวนในแต่ละด้าน แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหา หรือความยากลำบากที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.5.1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหามีรุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น เลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัวเป็นต้น วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.5.1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.5.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มีอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนานไม่พึงพอใจกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.5.2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ

1.5.2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆ เลย หมดความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

1.5.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

1.5.3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเอง หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี่ยงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรง และถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

1.5.3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิดแม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

1.5.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.5.4.2 ผู้ที่มีมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

1.5.4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้จะเห็นได้ว่าอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกโดยความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรง ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ก็จะเพิ่มมากขึ้นตามมา

1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) และประเภทที่สองการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ได้มีผู้ที่พัฒนาการระเมินภาวะซึมเศร้าโดยสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของผู้รับการประเมิน Matson (1993), Yonkers & Samson (2000) ได้รวบรวมแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภท ไว้ดังนี้

ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

1. Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D] สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1950 มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ ตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออกในปี ค.ศ. 1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสมใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีข้อจำกัดอีกข้อคือ มีคำถามที่มีอาการทางกายมากทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะกับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุมากกว่า (Onega & braham, 1998) มีศึกษาพบว่าไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิด และจิตวิญญาณได้

2. Montgomery - Asberg Depression Rating Scale [MADRS] สร้างขึ้นโดย มอนท์โกเมอรี่ และ แอสเบอร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษา

และใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

ประเภทที่สอง การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่ หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมิน ที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2. Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยน แปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

3. แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อ ประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็น

ภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissma et al., 1977)

1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้ามีแนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรักษาด้านชีววิทยา หรือ การรักษาทางยา และการรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิตการบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดและการบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สุชาติ พหลภาคย์, 2542.) มีรายละเอียด ดังนี้

1.7.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548) ดังนี้

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclicring ยากลุ่มนี้ เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

ข) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิดre-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 และ ล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ nor epinephrine และ / หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ nor epinephrine และ / หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 – 12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 – 9 เดือนเพื่อการป้องกันกลับมาป่วยใหม่ (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)เพราะร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และ ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยาต้านเศร้า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพบได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านเศร้าที่พบบ่อยๆ เช่น ตาพร่า คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมอง เช่น ง่วงซึม เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกระตุก สับสน การนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจช้าลง (Delayed conduction) ความดันโลหิตลดลงเวลาลุกขึ้น หมดความสนใจทางเพศ น้ำหนักเพิ่มขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามยาต้านเศร้าแต่ละชนิดจะมีฤทธิ์ข้างเคียงที่แตกต่างกัน การเลือกใช้ยาอาศัยประวัติ ว่าผู้ป่วยเคยใช้ยาตัวใดได้ผลมาก่อน หรือผู้ป่วยทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาชนิดใดไม่ได้ การรักษาโรคซึมเศร้ายังเป็นลักษณะลองผิดลองถูก ว่าจะใช้ยาต้านเศร้าตัวใดได้ผล เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานการตรวจทางชีวเคมีที่แน่นอน ที่จะเป็นดัชนีพิจารณาในการเลือกใช้ยา

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine, amitriptyline ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine new generation ได้แก่ยา mianserin, trazodone, venlafaxine ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิด การชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้การควบคุมดูแลที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำ ไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวางแม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลง หลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) จากการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuron peptides และ neuron endocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่รับประทานอาหารและน้ำเป็นต้น

1.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatments)

การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.7.2.1 จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ที่เชื่อว่าความขัดแย้งในจิตใต้ สำนึกเป็นต้นเหตุ

ของปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีต หรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต มีข้อจำกัดที่มักจะใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่

1.7.2.2 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษย์สัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้อธิบายให้ผู้รับการบำบัด ตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้ศึกษาพูดประคับประคอง ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษย์สัมพันธ์เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับปัจจัยเครียดในชีวิต

1.7.2.3 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) (Ferster 1957, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นผู้ที่ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่นการพรากจากการเสียชีวิต ของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุ หรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคม ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์ และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

1.7.2.4 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย (Beck et al., 1979) เป็นรูปแบบการบำบัดทางปัญญา ที่มีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคล เป็นผลมาจากการความคิดบิดเบือนหรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิด ที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริง

แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นได้ก็จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่าการรักษาทางยาจะได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าไม่ตอบสนองต่อยาถึงร้อยละ 35-40 หรือผู้ที่รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจำนวนหนึ่งปฏิเสธการรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้สูง (Beck et al., 1979; Dobson, 1989; Fennell, 1990) ดังนั้นการรักษาทางจิตใจที่ให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้วิธีที่จะแก้ไขภาวะซึมเศร้าซึ่งมีปัจจัยเหตุมาจากความคิดและจิตใจของตน จึงมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะเวลานานกว่า การรักษาด้วยยาต้านเศร้า ซึ่งผลของ CBT อยู่ได้นานกว่าการรักษาด้วยยา(Seok-Man Kwon, Tian, 2003) สามารถป้องกันโรคกลับมาเป็นใหม่ (Beck, Rush, Shaw, and Emery1979) และยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (สมพร บุษราทิจ และ เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Dobson, 1989; Fennell, 1990; Wright & Beck, 1999; Tsai-Hwei Chen et al., 2006)

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคของอารมณ์ที่มีความแปรปรวน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจในตัวผู้ป่วยทั้ง หมดเป็นองค์รวม การวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง Neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคม เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิด ผิดหวัง เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความคิดในการทำร้ายตนเอง(4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า การรับประทานอาหาร การนอนและการดูแลสุขอนามัย โดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

I 23333030

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพละกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย การแยกตัวออกจากสังคม กระบวนการคิดผันแปร

3) การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาล มีทั้ง (1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว โดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริม พฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ (2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามาราแก้ปัญหา และควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

4) การปฏิบัติการพยาบาล เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึก และฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.6 การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตราย เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับ

ความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษา มีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิค หลักการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใดนอกจากนี้ยังมีผู้เสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้ เมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้า พยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยา แม้พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมาย ในการสั่งการรักษาด้วยยาด้านเศร้า แต่บทบาทอิสระที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้คือ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และมีความรู้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ กรณีการประเมิน และการบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการบำบัดทางจิต หรือการทำจิตบำบัดเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ โดยถูกต้องตามกฎหมาย เพราะการพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด เป็นการกระทำต่อทั้งร่างกาย และจิตใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางคลินิก หรือหายจากความทุกข์ทรมานนั้น ส่วนการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน การที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษารวมถึงเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้ ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

นอกจากนี้การติดตามผลการรักษา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลก็มีบทบาทอิสระ ที่จะกระทำได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำสอน ให้การปรึกษาประคับประคอง รวมถึงการ ฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบ และรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และ

ภายนอกของตนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) จึงได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การให้การบำบัดทางจิตด้วยกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบการบำบัด ที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชได้เกิดการพัฒนาบทบาทต่างๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN)(สมจิต หนุเจริญกุล, 2547) ดังต่อไปนี้

2.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน และปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อวางแผนการใช้โปรแกรมการพบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มาแก้ไขความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ ความเชื่อที่เป็นปัญหา ให้การบำบัดให้เป็นความคิดใหม่ความคิดทางบวก และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญเดิมให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ยืดหยุ่น และถาวร การดำเนินการบำบัดปรับปรุงจากการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (2549)ที่ใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ของ Beck et al. (1979) และแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการพัฒนากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งมีขั้นตอนของกิจกรรมที่ครอบคลุมการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสร้างความตระหนักถึงปัญหาสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิดผิดปกติ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน การฝึกใช้เทคนิค และทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อมโยงความสำคัญของ กระบวนการความคิดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดจากสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ผล

ที่ตามมาจากกระบวนการความคิดทางลบ ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ใน ปัจจุบัน กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม เป็นการบำบัดมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยได้ค้นพบ ระบบความคิดในทางลบ(Cognitive triad) ความคิดที่บิดเบือน(Cognitive error) พร้อมทั้งทดสอบ ระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดทางลบ ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก ฝึกเทคนิคในการเผชิญปัญหา ด้วยวิธีการสร้างความคิดใหม่ และผลของพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) นำมา ซึ่งมาการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และยืดหยุ่น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) เพื่อเป็นการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการไม่ให้เกิดความรุนแรงถึง ขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต และให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน เป็นการประเมินผลตามโปรแกรมกลุ่ม บำบัด

2.2 บทบาทในการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรค ซึมเศร้า ประโยชน์ที่จะได้รับจากวิธีการของการบำบัดตามโปรแกรมการการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด การเรียนรู้ การฝึกในแต่ละขั้นตอน ของการดำเนินกิจกรรมนั้นมีความสำคัญ ทำให้ลด ความวิตกกังวลในผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ที่ดีที่เหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) ที่เหมาะสมอย่างถาวร ซึ่งในการสอน และฝึกทักษะ ล้วนใช้เทคนิคของการใช้กลุ่มบำบัด ทางพฤติกรรมความคิดตามโปรแกรม ทุกขั้นตอนมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องตามวัตถุประสงค์

2.3 บทบาทในการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการ บำบัดทางความคิด ทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยมพบปัญหาที่ต้องการการ ช่วยเหลือหลังจากจบกลุ่มบำบัด ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาล

2.4 บทบาทในการประสานงาน ประสานงานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา คือผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการด้านการวิจัย หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลจิตเวช

แผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าศูนย์สายใยครอบครัว โดยชี้แจงความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

2.5 บทบาทในการเป็นผู้นำ โดย การพัฒนา และศึกษานำร่องการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ด้วยการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ได้ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลด และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วย หรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช เนื่องจากที่ผ่านมาแม้ว่าบุคลกรทีมสุขภาพจิตรับรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าเกิดจาก ความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ คือโครงสร้างความคิด และเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่วิธีการรักษาจะเน้นการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์ การบำบัดด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ยังดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากร การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษานำร่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการนำผลการศึกษาที่ได้ มาใช้ให้เป็นรูปธรรมในการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งพบว่ามีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภทต่อไป

2.6 บทบาทในการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลศรีธัญญา และการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิดผิดปกติ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรคข้างต้น ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเกิดการป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบหาแนวทางการแก้ไข เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยทำนาย หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับสาเหตุหลักของโรคซึมเศร้า ปัญหาของความรุนแรงของโรค และ การป่วยซ้ำ ร่วมกับประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วย เพื่อค้นหาวิธีบัดการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เกี่ยวกับผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆในการลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า ทั้งใน และต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีต่างๆ แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และผู้ศึกษาจะนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเรื่องนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บริหารจัดการให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง พร้อมทั้งดำเนินการ และประเมินผลโดยบูรณการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย

นอกจากนี้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรพัฒนาตนเองในสมรรถนะหลัก (Core competency) ที่ทางสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2545) ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะด้วยกัน ได้แก่

1) สมรรถนะในการให้การพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญทางคลินิก (expert clinical practice)

2) สมรรถนะในการสอนแนะนำ และสอนกำกับ (coaching and guidance)

3) สมรรถนะในการให้การปรึกษา (consultation)

4) สมรรถนะในการทำวิจัย หรือนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก (research conduction and research utilization)

5) สมรรถนะในการบริหารจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management)

6) สมรรถนะในการประสานงาน ร่วมคิดร่วมทำ (collaboration)

7) สมรรถนะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางคลินิก (ethical-decision making)

8) สมรรถนะในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change-agent)

9) สมรรถนะในการสร้างนวัตกรรมในการดูแล (innovation)

10) สมรรถนะในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล หรือในการดูแล (quality assurance)

2.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของ (Jones, 1993 อ้างถึงในสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2547) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการได้รับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิผล โดยผู้ศึกษาต้องการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัด ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4 ด้าน ควรประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษา คือ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการทางคลินิกที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าสามารถลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2. ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุขทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

3. ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วย และครอบครัว โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4. ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดการพึ่งยา และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงงบประมาณของประเทศชาติในระยะยาว

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือบทบาทผู้ให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามสมรรถนะหลัก และบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อพัฒนาการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้การบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล อีกทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีโอกาสรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้การบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแล้ว จะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการให้การบำบัดทางจิต เป็นลักษณะการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้การนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มบำบัด เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ในการบำบัดได้อย่างชัดเจน รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

3. บริบทของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีธัญญาส่วนใหญ่จะเน้นที่การรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์เป็นส่วยใหญ่ ส่วนการบำบัดด้าน จิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้บทบาทอิสระของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น เริ่มมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ในปีงบประมาณ 2548 (องุ่น พยุงธรรม และคณะ, 2548) มาใช้ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

3.1. การประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า

3.1.1 การประเมินประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีเกณฑ์การประเมินคือ

3.1.1.1 การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้ Axes ตามเกณฑ์ของ ของ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder 4 th Editions (DSM-IV TR) ประกอบด้วย Axes I (clinical disorder), Axes II (personality disorder), Axes III (ภาวะทางการแพทย์ทั่วๆไป), Axes IV (ปัญหาทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม), Axes V (การประเมินการทำหน้าที่โดยรวม)

3.1.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV TR

3.1.1.3 การประเมินอาการซึมเศร้า

3.1.1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเองหรือผู้อื่น โดยพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง

3. 1.1.5 การประเมินเพื่อรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าไว้ในโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากประเด็นต่อไปนี้ คือ มีความคิด/วางแผนทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นหรือไม่ ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง /ครอบครัวหรือไม่ มีความคิดแบบ psychotic หรือไม่

3.1.2 การใช้เครื่องมือในการประเมิน ประกอบด้วย

3.1.2.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้แก่แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตจำนวน 15 ข้อ

3.1.2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินระดับของภาวะซึมเศร้าและประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยแบบประเมิน BDI, HRSD

3.1.2.3 การจัดระดับภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของแบบประเมินแต่ละชนิด

3.2. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทางจิตในทุกระดับซึมเศร้า โดย

3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษาทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด

3.2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากระบบโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยการให้การรักษาอย่างเป็นระบบ การเฝ้าสังเกต การปฏิบัติตามการรักษา และการติดตามผลการรักษา นอกจากนี้การให้การศึกษาผู้ป่วย (patient education) เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว ดังนั้นการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคำนึงถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองต่อการมารับการรักษา และเป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา (The university of York, 2002: Level I, ICSI, 2004: Level V) โดยการให้ข้อมูลต้องพิจารณา

3.2.2.1 ผู้ที่ให้การศึกษา ต้องผ่านการฝึกอบรมเรื่องโรคซึมเศร้า และยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมงก่อนให้ความรู้ผู้ป่วย (The university of York, 2002: Level I)

3.2.2.2 วิธีการสอน ต้องสอนอย่างน้อย 2 ครั้งๆละ 20 นาที

3.2.2.3 เนื้อหาที่สอนหรือให้ความรู้ประกอบด้วย สาเหตุ อาการธรรมชาติของโรคซึมเศร้า การรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา วิธีการสังเกตอาการ และผลข้างเคียงของการรักษา และการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำ (recurrent)

3.3. การบำบัดรักษา การบำบัดรักษา เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรณีมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และรุนแรงต้องมีการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับกลางถึงระดับต่ำ และยังมีแรงจูงใจที่จะจัดการกับความลำบากส่วนบุคคล หรือระหว่างบุคคล มีการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด และกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือระดับปานกลางแต่ยังมีแรงจูงใจ หรือต้องการที่จะจัดการกับความขัดแย้งภายในตนเองต้องให้การบำบัดทางจิตร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดทางจิตมีด้วยกันหลายรูปแบบ ได้แก่ CBT (Cognitive Behavioral Therapy), IPT (Interpersonal Therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้ากรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและสูญเสียระดับการทำงานตามปกติ มีอาการทางจิตร่วม มีอาการ Catatonia หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับที่มีความสำคัญหรือปฏิเสธการให้การรักษา เป็นต้น

3.4. การทำจิตบำบัด และข้อบ่งชี้ในการทำจิตบำบัด จิตบำบัดที่ดีที่สุดในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) โดยผู้ที่ทำจิตบำบัด คือ ผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะในการทำจิตบำบัด ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม ความถี่ในการบำบัด และประเภทของการทำจิตบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคล

3.5. การติดตาม และประเมินผล ในการติดตามประเมินผลการบำบัดรักษามีประเด็นที่สำคัญ คือ

3.5.1 วิธีการติดตาม กรณีผู้ป่วยไม่มารับการบำบัดหรือมาตรวจตามนัด การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิผล โดยในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงควรติดตามทุก 1 สัปดาห์ ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง ติดตามเยี่ยมทุก 2-4 สัปดาห์

3.5.2 ผู้ติดตามและประเมินผล ผู้ที่ทำการติดตามคือผู้เชี่ยวชาญโรคซึมเศร้าซึ่งหมายถึงผู้ที่จบการศึกษาปริญญาเอกหรือปริญญาโททางการพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น รวมกับวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้กล่าวมาแล้ว การทบทวนงานวิจัย และการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงคิดที่จะนำแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดและลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นรูปแบบการบำบัด ตามบทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นหลัก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT)

แนวคิดการการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยที่การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายใน คือความคิดหรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมาย และทิศทางในบำบัดที่ชัดเจนใช้ระยะเวลาสั้น การบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุของโรคซึมเศร้า คือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ที่พัฒนามาจากการบำบัดทางปัญญาของ (Beck, 1976) มาใช้ในการแก้ไขความคิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์มีความสนใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นโรคจิต โดยเฉพาะเรื่องของอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติด้านความคิด และอารมณ์ จนกระทั่งปลายปี 1950 ได้เริ่มนำการบำบัดทางปัญญาไปใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพฤติกรรมนิยมยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) และยังเป็นการบำบัดทางปัญญา เพื่อแก้ไขปัญหา

ซึมเศร้าในปี 1963 Beck สังเกต เห็นว่าปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นสิ่งที่นักจิตวิเคราะห์ ไม่ได้ให้ความสนใจ เขาจึงทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิด ของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่ำเสมอ และเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคนเรา อาการซึมเศร้าก็เช่นกัน และพบอีกว่าคนไข้โรคจิตมักจะมีลักษณะบิดเบือนทางความคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งการบิดเบือนที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ (Beck, 1971 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

4.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Beck et al. (1979) ให้ความหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่า เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีขอบเขต ของระยะเวลา (time-limited) และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) ให้ความหมายว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2548) ให้ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าเป็นการใช้กระบวนการ และเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเอง เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม มีเหตุมีผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึก มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสภาพปัญหา อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพความเป็นจริง

4.2 ทฤษฎี และแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อาศัยหลักการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) 4 ทฤษฎี คือ

4.2.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิค (Classical Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขไปพร้อมๆกับเสียงกระดิ่ง ทำบ่อยๆ จนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว การนำทฤษฎีนี้มาปรับใช้ในมนุษย์ ได้แก่การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความกลัว เช่นกลัวความสูง หรือกลัวที่มืด กลัวที่แคบเป็นต้น

4.2.2. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operant Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F. Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้น ๆ ถ้าการกรทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ บุคคลจะทำพฤติกรรมนั้นลดลง ตัวอย่างเช่น การยิ้ม หรือให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ในการทำพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เป็นต้น

4.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Modeling) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดย อาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ เช่นการเลียนแบบบุคลิกลักษณะหรือการแต่งกายของบุคคลที่ชื่นชอบจากการมองเห็นพึงพอใจ และพยายามจะเลียนแบบเป็นของตนเองเป็นต้น

4.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive theory) Beck et al. (1979) ได้เสนอรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อภาวะซึมเศร้า จากพื้นฐานทฤษฎีของ Beck (1967) ในการอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านความคิด 3 อย่าง คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และลักษณะการคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) องค์ประกอบทางด้านความคิดดังกล่าว จะมีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (Beck, 1967; Beck et al., 1979)

1) ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) ประกอบด้วย

ก. ความคิดในทางลบต่อตนเอง (negative view of self)

ข. ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (negative view of ongoing experiences)

ค. ความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of the future) มีความหมายดังนี้

ก. ความคิดในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมของตนเอง และมีความเชื่อว่าจากข้อบกพร่องต่าง ๆ นั้นคิดขึ้นเองทำให้ตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า และมีแนวโน้มที่จะโทษตนเองจากข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ข. ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (Negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัวในแง่ของความสูญเสีย การถูกใส่ร้าย รู้สึกถูกบีบบังคับ และเรียกร้องจากสังคม ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์เดิมที่เคยประสบมาก่อน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ค. ความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าปัญหาอุปสรรค หรือความทุกข์ยากที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็มีแต่ความยากลำบาก ไม่มีวันที่จะลดน้อยลง มีแต่ความคับข้องใจ และการสูญเสีย เมื่อพิจารณาถึงภาระหน้าที่ในอนาคตอันใกล้ก็จะนึกถึงแต่ความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จชีวิต ไม่มีความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2) โครงสร้างทางความคิด (Schema) เป็นรูปแบบของความคิดที่ซับซ้อน ที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ การพัฒนาโครงสร้างทางความคิดขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดู หรือการได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ลักษณะของโครงสร้างทางความคิดของบุคคล มีทั้งลักษณะที่ปกติ (Adaptive)เช่น "ถ้าฉันทำบางสิ่งบางอย่างฉันสามารถทำให้สำเร็จได้" และบิดเบือน (Maladaptive) เช่น "ถ้าฉันเลือกทำบางสิ่งบางอย่าง ฉันจะต้องประสบผลสำเร็จ" ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน เป็นลักษณะเฉพาะตัว (Idiosyncratic) เนื่องจากการได้รับระสบการณ์ในช่วงต้นๆ ของชีวิตที่เจ็บปวด หรือประสบกับเหตุการณ์ล้มเหลว ทำให้บุคคลนั้นประสบกับปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถ ที่จะเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ไม่สามารถปรับตัวได้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาด

หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงสะสมเรื่อยมา เกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ทำให้เกิดการสร้างโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ซึ่งโครงสร้างทางความคิดนี้จะแฝงอยู่ภายในตัวบุคคล และจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์ที่สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ทำให้การรับรู้ และการแปลสถานการณ์ทั้งในปัจจุบัน และอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) เช่นคนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเอง จะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตนเอง และมองไม่เห็น หรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก สกีมาสามารถปรับเปลี่ยนได้ถ้าบุคคลนั้น มีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ทางบวก ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว Beck เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนสกีมาเป็นกระบวนการของการรักษา (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

3) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) คือความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด Automatic Thought ค่อนข้างไม่มีเหตุผล และไม่เป็นไปตามความเป็นจริง (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบมีดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

ก. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมาน หรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดคือ ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นต่อไปต้องไม่ดีไปหมด เช่น การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็คิดเป็นว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

ข. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกเป็นยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับคิดไปว่า "ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี" แทนที่จะพยายามค้นหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ละอายใจ และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

ค. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เช่นเมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบ ก็จะเห็นเป็นตรงกันข้ามเป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด

ง. การมองเหตุการณ์ และการมองบุคคลไปในทางร้าย หรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์ หรือเรื่อง

ที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนขั้น แปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

จ. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราวความทรงจำหรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดี หรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิด และกลุ้มใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ตำหนิผลงานของผู้ป่วย ทั้งๆที่ ผู้ป่วยได้รับคำชมจากหัวหน้า และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานตนดีเยี่ยมเป็นต้น

ฉ. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า "เพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก" เพราะเธอไม่ได้รับของขวัญวันเกิดจากเพื่อน

ช. การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด เจตนาหรือสิ่งที่ดลใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น "พวกเขาต้องคิดว่าการที่ฉันตัวดำ และอ้วนฉันเป็นคนน่ารังเกียจ"

ซ. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหา หรือความผิดพลาดของตนเอง มองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด สำหรับลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เช่น การสอบได้เป็นเพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญ หรือลดความสามารถของตนเอง

ฌ. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นการคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง "ควร" หรือ "ต้อง" หรือ "น่าจะต้อง" เป็นไปตามความคาดหวัง หรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมาก คิดว่าตนเอง "ต้อง" เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตตัวเดียว ย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเอง ละอายใจหรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย

ญ. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก (Externalization of Self - Worth) เช่น "ฉันต้องดูดีตลอดเวลา"

4.3 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง

(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ โดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา และทำการทดสอบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิดอื่นๆ เป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยซักซ้อมการคิด และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

4.4 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย Beck et al. (1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ศิลปะการสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) คุณลักษณะสำคัญของผู้ศึกษาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา คือผู้ศึกษาจะต้องแสดงถึงความจริงใจ (Genuineness) ความอบอุ่น (warmth) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม และมีหลักการที่สำคัญอีกสองประการ คือ เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) โดยผู้ศึกษาจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่ง ซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหา ที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่ การตรวจสอบความคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การปฏิบัติ การมุ่งเน้นที่ความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality)โดยร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการบำบัด มีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นมีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาทำหน้าที่ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น(facilitative role) มี ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย (didactic aspect) ผู้ศึกษาจะสำรวจความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และอธิบายความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพิ่ม อธิบายให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ถึงความสัมพันธ์ของแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสม ความคิดบิดเบือนของผู้ป่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์รูปแบบความคิด คือความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 2 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาการสกัดความคิด และทดสอบที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting-testing automatic thought) โดยเริ่มจากการค้นหา automatic thought ของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเป็นเป็นความคิด ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้ศึกษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่ตามมา หลังเกิดเหตุการณ์ภายนอกมากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงาน

เหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจ หรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) วิธีการคือให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้า ที่เกิดขึ้น Bหมายถึง ความคิด หรือความเชื่อต่อสภาพการณ์ หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิด หรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือเรียกว่า ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) และทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นครู ช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วย มีความถูกต้องสมเหตุสมผล หรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เป็นการค้นหาการตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังว่าถูกต้องหรือมีเหตุผลเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) เป็นการทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันการอภิปราย ความคิด ทัศนคติ การให้ความหมายของปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ไม่เหมาะสมความคิดโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง และช่วยให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน Beck et al. (1979)

2. การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วย และผู้ศึกษาช่วยกันทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้ศึกษามักพบข้อสันนิฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิดการเข้าใจของผู้ป่วย มีการยึดข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule)ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว และมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al. (1979) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้นโดย การปรับเปลี่ยนความคิดจากปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีความคิดอัตโนมัติ ในทางลบเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นนำข้อพิสูจน์ ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมมาวิเคราะห์ (analyzing maladaptive assumption) ต่อเนื่องซึ่งคล้ายกับการทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง เป็นการชวนให้ผู้ป่วยป้องกัน (defend) ตนเองจากข้อสันนิษฐานที่มีอยู่ว่าดีหรือยัง หรือมีข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock

and Sadock, 2003) Beck et al. (1979) ได้ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในแง่มุมใหม่ สามารถตีความปัญหา ปรับเปลี่ยนความคิด และหาวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นโดยผู้ป่วยมีเข้าใจ และสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ ที่เกิดจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิค การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Techniques) เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 1979) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (scheduling activity) ทำให้มีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าตนไม่สามารถทำในสิ่งต่างๆได้ การร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แสดงตัวอย่างหรือบทบาทสมมติ การสะท้อนความคิดให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการฝึกการทักษะทางสังคม และการกล้าแสดงออก

2. การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) ให้คำชื่นชมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และพฤติกรรม ของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานได้ตามแผนที่วางไว้ก็สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจได้ การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อน แล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4. การทำการบ้าน (Homework) การมอบหมายการบ้านเป็นเทคนิค เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือฝึกทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะจะเป็นการเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

4.5 กระบวนการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม Stuart, 2005 มีกระบวนการบำบัด 2 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

4.5.1 ขั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วย จะไม่ให้ความสนใจกับคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ (personality) ของผู้ป่วย กลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanisms) หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นใน

สถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ศึกษาต้องประเมินสิ่งที่แสดงออก (actions) ความคิด (thoughts) และความรู้สึก (feeling) ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาจากข้อมูล และระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุปัญหาที่ดีของผู้ศึกษา ควรมีความถูกต้อง และชัดเจนที่สุด ควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้ ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยาบาลสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้น เป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยจากปัญหานั้นๆ โดยใช้การวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้ ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบ และด้านบวก

ตัวอย่างแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A B และ C คือเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาและทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้น ดังนี้

Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์ และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้

ความคิด (Cognitive) หมายถึง คือ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอารมณ์ มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจปัญหา และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5.2 ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทั่วไปการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรม (increasing activity) โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) การจัด

กระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด และเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผู้ศึกษาสามารถใช้วิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งประกอบด้วย 3 วิธี ที่สามารถผสมผสานเชื่อมโยงวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดได้ดังนี้

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction) การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลาย การใช้ Bio-feedback การลดความไวในการตอบสนอง ต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ และการเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที เป็นต้น

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ซึ่งการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้คือ

2.1 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thoughts and feelings) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้ และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ผู้ศึกษา และผู้รับการบำบัด ช่วยกันตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักรู้สึกว่า ตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ ผู้ศึกษาสามารถให้การช่วยเหลือโดยการเสนอแนะวิธีการ หรือแนวทางแก้ปัญหาที่มีประโยชน์ ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองสมมติเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้ศึกษาใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ว่าสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร จะสามารถจัดการ หรือแก้ไขได้หรือไม่ อย่างไร เป้าหมายคือเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดไม่กลัว และกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัว ไม่กังวลล่วงหน้า และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้น หากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง มีความพร้อมในการเผชิญปัญหานั้นๆ

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรม ให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหา ในมุมมองที่

แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งในข้อดี และข้อเสีย พัฒนาให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (Thought stopping) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ใช้ได้ผลดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

3.1 การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้อง การให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการ และลดพฤติกรรมการหลีกหนี โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

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

3.3 การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรง หรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.4 การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้ศึกษา

3.5 การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆในสังคม ปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆราย อาจใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

3.6 การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะให้ผู้ป่วยดีดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้ำคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

4.6 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจำกัดเวลา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะรักษาด้วยวิธีนี้ 4- 14 ครั้ง (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ผู้รักษาพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่ถ้าอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงมากๆ ก็อาจพบกันบ่อยขึ้น แต่ White and Freeman (2000) กล่าวว่า การใช้

กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นวิธีการที่มีระสิทธิภาพ ผู้ศึกษาพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงมากๆ ก็อาจพบกันบ่อยขึ้น เมื่อผู้ป่วยดีขึ้นอาจตกลงกันใหม่ว่าพบกันทุก 2 สัปดาห์จากนั้นพบกันทุก 1 เดือน แม้กระทั่งสิ้นสุดการรักษาแล้วก็อาจนัดมาพบทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี เพื่อเป็นการกระตุ้น ในกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้ศึกษาใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อลดภาระของผู้ป่วยที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในเรื่องเวลา การเดินทาง และ ค่าใช้จ่ายในการมาบำบัด มีการพบกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

5. แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram แบ่งระยะบำบัดแบบกลุ่มเป็น 3 ระยะ

5.1 ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่ม ต้นของกลุ่ม แสดงให้เห็นทั้งคำพูด และการกระทำว่าต้องการช่วยเหลือสมาชิกอย่างจริงใจ อธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ และแนวทางในการปฏิบัติของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กันอย่างอิสระ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และมีความมั่งคงปลอดภัย

5.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความไว้วางใจ และมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนม กล้าระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งสนใจปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา ร่วมกันค้นหา และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน ระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่วนผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญ ในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างกำลังใจ ความมั่นใจของสมาชิก ผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้กลุ่มได้อภิปราย และนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

5.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความคาดหวัง ความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำ

กลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จัดประสบการณ์ในการทำกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และมีข้อแนะนำการบำบัดแบบกลุ่ม ดังนี้

5.4 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ขึ้นอยู่ที่ความต้องการของสมาชิก วัตถุประสงค์ ของการทำกลุ่ม และลักษณะของสมาชิกกลุ่มควรเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Kinney, et al., 1992)

การศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาเหมือนกัน คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง ถึงระดับมาก โดยทั้ง 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับประทานยา) ผลดีของการรวม กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเดียวกัน คือเกิด *การมีความเป็นสากล* การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่า คนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และรุนแรงกว่าด้วยซ้ำ *การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง* จากการเรียนรู้จริง *สมาชิกได้มีส่วนร่วมกันในการแก้ปัญหา* มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นตามความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมานมากกว่าตนเอง *การได้รับการชี้แนะแนวทาง* สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่ม และเพื่อนสมาชิกในการทำบางสิ่งบางอย่าง และการเผชิญปัญหาต่างๆ เกิดการยอมรับว่าการคิดของบุคคลต่างกัน ความรุนแรงก็ต่างกัน *การเข้าใจ* ทำไมตนเองจึงคิด และรู้สึกเช่นนั้น ค้นพบ และเกิดการยอมรับตนเองในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ และไม่เคยยอมรับมาก่อน ในมุมมองของเพื่อนที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน ซึ่งโดยปกติการเข้ากลุ่มบำบัดอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (Curative Factors) Yalom (1975) เกือบทั้งหมด แต่ในความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า อาจทำให้ปัจจัยข้างต้น เด่นชัดขึ้นสำหรับสมาชิกกลุ่มนี้ ในทางกลับกัน ผลเสียอาจเกิดตามมา เนื่องจากระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันมากในกลุ่ม อาจทำให้ตัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมน้อย อาจมีความยาก เกิดปัญหาอุปสรรค หรือความขัดแย้งในการดำเนินกลุ่ม แต่ผู้ศึกษามีความเชื่อมั่นว่า จะสามารถดำเนินกลุ่มได้ตามกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่ตั้งใจไว้ ได้ด้วยความร่วมมือของสมาชิกกลุ่มที่มีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

5.5 จำนวนสมาชิก ขึ้นอยู่กับปัจจัย เช่น อายุของสมาชิกกลุ่ม ประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม ประเภทกลุ่ม และปัญหาที่ต้องการ หากจำนวนสมาชิกน้อยเกินไป อาจรู้สึกอึกอัด ไม่คุ้มค่าในการ

ทำกลุ่ม หรือหากมีจำนวนสมาชิกมาก แต่ละคนจะมีโอกาสพูดน้อย ความคิดเห็นหลากหลายอาจเกิดผลเสียในการทำกลุ่ม และอาจเกิดกลุ่มย่อย จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มนั้นไม่ควรน้อยหรือมากเกินไป ทั้งนี้มีผู้ให้ความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น Clark (1977) เห็นว่ากลุ่มควรประกอบด้วย สมาชิก 4-12 คน Marram (1978) เห็นว่ากลุ่มควรจะประกอบไปด้วยสมาชิก 8-12 คน ส่วน Stuart & Laraia (2001) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม 7-10 คน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวนกลุ่มละ 10 คน ทั้งนี้โดยคำนึงถึงโอกาสที่สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม เพราะถ้ากลุ่มมีสมาชิกมากเกินไป อาจเกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ทำให้เกิดการควบคุมยาก (Yalom, 1975)

5.6 ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม จำแนกกลุ่มตามลักษณะได้ 2 ประเภท คือ (Marram, 1978)

5.6.1 กลุ่มปิด (Closed Group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกจำนวนเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจน กระทั่งปิดกลุ่ม สมาชิกจะพบกันไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่ม ซึ่งมีข้อดี คือ กลุ่มจะมีการพัฒนาก้าวเข้าสู่ช่วงของการแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม การมีสมาชิกใหม่จะขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

5.6.2 กลุ่มเปิด (Open Group) คือ กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดมุมมองใหม่ๆ จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดโครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบปิด เพื่อให้มีการพัฒนาความเป็นสากล มีความเหมาะสมกับกลุ่ม มีความผูกพัน เกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยน แปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ถือว่าเป็นปัจจัยบำบัดตามกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จากแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ (Marram, 1978) สามารถนำปฏิบัติร่วมกันกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดได้

6. โปรแกรมการทางพฤติกรรมความคิด

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆกัน บางครั้งพบอาการไม่สุขสบายตามระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางครอบครัว การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของการบำบัดความคิด (cognitive therapy) กล่าวว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองขาดบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตมีความสุข มองตนเองว่าบกพร่อง ขาดความสามารถ หรือไม่มีคุณค่า มองว่าอนาคตของตนเองมืดมน ผลร้ายของโรคซึมเศร้าที่เป็นอันตราย และน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย มีงานวิจัยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของ Beck et al. (1997) และผู้ศึกษายังได้นำแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกในครั้งนี้ ซึ่งจากเดิมที่มีการดำเนิน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม

ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการใน 3 ขั้นตอนเดิม แต่ปรับลดจำนวนครั้งของกิจกรรมให้เหลือเพียง 6 กิจกรรม ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่เหมาะสมสามารถทำได้ตั้งแต่ 4-12 ครั้ง สุชาติ พหลภาคย์ (2547) โดยรวมกิจกรรมที่มีความซ้ำซ้อน และใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อ ลดภาระของผู้ป่วยที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งในเรื่องเวลา การเดินทาง และ ค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล ประกอบด้วยการบำบัด 3 ขั้นตอน คือ1) ศิลปะการสอนผู้ป่วย (didactic aspect) 2) การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive technique) โดยการค้นหาความคิด และการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ การวิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ ไม่เหมาะสม 3) การใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับ กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) เป็นการพัฒนากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากแนวคิดที่ว่าภาวะซึมเศร้า เป็นผลมาจากองค์ประกอบของ 3 ข้อดังนี้คือ **1) ความคิดหลัก 3**

ประการ (cognitive triad) ได้แก่ความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง และต่อเหตุการณ์แวดล้อมที่กำลัง เผชิญ และต่ออนาคต **2) โครงสร้างทางความคิด (schema) ที่บิดเบือน** และ **3) ลักษณะการคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing)** ซึ่งวัตถุประสงค์การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุ สมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ปรับเปลี่ยนการประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน สู่ชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งมีงานวิจัยพบว่า ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า และอยู่ได้นานกว่าการรักษาด้วยยา (Seok- Man Kwon, Tian, 2003)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะทำให้อาการซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง (สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2545; Seok – Man Kwon and Tiam, 2003; Tsai – Hwei Chen et al., 2006; Tian, Bullbeck and Cambell, 2006) รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Quiring et al., 2002; Fava et al., 2004; Claudi et al., 2005; Tsai-Hwei Chen et al., 2006)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงพัฒนามาจากกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1997) และได้นำแนวคิดของการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน มีกิจกรรม 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย (didactic aspect) มีกิจกรรม 2 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดลบหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า และผลที่ตามมาจากโรคซึมเศร้า

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก การสร้างข้อตกลงของกลุ่มบำบัด และลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มครั้งแรก

2. การประเมินความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ในแต่ละกิจกรรมของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อปรับให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ

3. ประเมินปัญหา ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับสาเหตุโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ ของผู้ป่วย และสร้างความตระหนักรู้ในสาเหตุโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ จากการบันทึกในแบบบันทึกที่ 1 ของสมาชิกแต่ละคน ฝึกการเชื่อมโยงผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มอบหมายการบ้าน ตามรูปแบบความคิด (แบบบันทึกที่ 2)

กิจกรรมที่ 2 การอธิบายความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับแบบแผนความคิด และการค้นหา การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาการ สาเหตุ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคน และเพิ่มเติมความสำคัญของโรคซึมเศร้าซึ่งเกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ ของผู้ป่วย และการรักษาที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยจิตบำบัด ซึ่งจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยาต้านเศร้า ในขณะนี้คือ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

2. อธิบายให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามรูปแบบ (ABCs of Treatment) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และฝึกวิเคราะห์การแยกแยะ หรือดักจับความคิดอัตโนมัติ ออกจากอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ ตามแบบบันทึกที่2

3. อธิบายให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับแบบแผนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม และเชื่อมโยงการค้นหา การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ฝึกคิดถึงความคิดทางบวก หรือความคิดที่ดีที่สมาชิกต้องการให้เกิดแทนที่ความคิดลบ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และการประเมินพฤติกรรมที่มีสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

1. ให้สมาชิกทบทวนการค้นหา สกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบจากการบ้าน จากเหตุการณ์สมมติ 2 เหตุการณ์และเรียนรู้พฤติกรรมที่มีสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยการอภิปราย วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันในกลุ่ม

2. ให้สมาชิกฝึกทักษะการค้นหา ทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆ ได้ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และลงบันทึกในแบบบันทึกที่ 2

3. ให้สมาชิกร่วมกันยกตัวอย่างความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และร่วมกันอภิปรายเน้นให้ตระหนักรู้ว่าความคิดไหน ที่สมาชิกสามารถปรับสร้างให้เป็นความคิดใหม่ได้ง่ายที่สุด ให้สมาชิกลองคิดด้วยตนเอง และทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่

1. ทบทวน ความคิดลบ หรือความคิดบิดเบือน10 ความคิดที่เกิดขึ้นบ่อย จากตัวอย่างของใบงานที่ 1 และให้สมาชิกฝึกจัดความคิดบิดเบือน10 ความคิด ที่เกิดขึ้นบ่อย ว่าเป็นความคิดลบด้านไหนจากความคิดลบหลัก 3 ประการ

2. ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่โดยเน้นวิธีการสร้างความคิดใหม่

2. ฝึกทักษะวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก แทนที่ความคิดอัตโนมัติทางลบ จากสถานการณ์ตัวอย่าง (ยกตัวอย่างที่ เหตุการณ์ที่ 3)

3. ฝึกทักษะการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก สามารถบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม

4. ให้สมาชิกทำความเข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นมุมมองความคิดในทางบวก ส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Technique) เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ถาวรจากการใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การทบทวน การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ถาวร และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1. ทบทวนการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากกิจกรรมทั้งหมด สมาชิกสามารถบอกความก้าวหน้า และบอกประโยชน์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่เกิดขึ้นกับสมาชิก

2. พัฒนาทักษะความสามารถในการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการ การทบทวนประเด็นต่างๆ ของกิจกรรมที่ผ่านมา

3. สำรวจ และให้ความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิด และเนื้อหาความคิดบิดเบือน และประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 6 การยุติโปรแกรมการศึกษา การประเมินผลหลังการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ไปใช้ และวัดภาวะซึมเศร้า

เป็นการสรุปทบทวน การพัฒนา การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด หลังการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อสงสัย หลังการนำไปใช้ของสมาชิกแต่ละคน การยุติโปรแกรมการศึกษา

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศดังมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

สกาวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นกรณีศึกษาจำนวน 1ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงพบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญา ต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิง ลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

ขวัญใจ นามซื่อ (2548) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.05$)

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดโดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

วีนัสริน ก้อนศิลา (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 22 คน ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

Furlong & Oei (2002) ศึกษาผลของการใช้ group CBT จำนวน 12ครั้ง ในผู้ป่วย Major depressive disorder และ dysthymia จำนวน 30 รายในประเทศออสเตรเลีย มีอายุในช่วง 18-69 ปี โดยศึกษาผลของ group CBT ต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI และคะแนนความคิดอัตโนมัติ (ATQ) ของ Hollon & Kendoll พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำ Group CBT ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ด้วยเช่นกัน

Murray, Brain, and Shannon (2002) ศึกษาผลของ GCBT ต่อภาวะซึมเศร้าที่เหลืออยู่ในผู้ป่วย Major depressive disorder จำนวน 65 ราย พบว่าหลังจากการรักษาด้วยยาและใช้ GCBT ครบ 12 สัปดาห์ ภาวะซึมเศร้าที่เหลืออยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

Seok and Tia (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และ อาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า a) กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการการรับรู้ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ b) การเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติ และความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ c) ความคิดอัตโนมัติมีบทบาทเป็นตัวกลาง ระหว่างทัศนคติที่ที่ไม่เหมาะสม กับอาการซึมเศร้าในขบวนการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม

นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิดและทัศนคติที่ที่ไม่เหมาะสม (Cognition Model) มีความสัมพันธ์ต่ออาการซึมเศร้า

Siegle, et al. (2005) ศึกษาผลของ CBT ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย Major depressive disorder จำนวน 35 ราย ที่มีอายุในช่วง 23-55 ปี เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 2กลุ่มโดยกลุ่มทดลองจำนวน 14 รายที่ให้การบำบัดด้วย CBT จำนวน 16 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย ให้การบำบัดตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT หลังการบำบัดตรวจด้วย fMRI พบว่า มีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออารมณ์กระตุ้นในระดับต่ำในเปลือกสมอง และปฏิกิริยาตอบสนองสูงใน AMYGDALA (1) 40-60% มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005จากการวัดด้วยแบบประเมิน BDI (2) ทำให้เราทราบว่าคนไข้จะได้รับประโยชน์จากการบำบัดพฤติกรรมความคิดทำให้ลดต้นทุนในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น และCBT เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ

Tsai – Hwei Chen et al. (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือน ที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian, Bullbeck and Cambell (2006) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบประเมิน ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้งคือก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด

Rupke et al. (2006) ทบทวนโดยการทำ systemic review พบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ยาร่วมกับ CBT ในผู้ป่วย major depression เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวและการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ให้การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับการใช้ยาสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้มากกว่าการใช้วิธีการใดวิธีเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Thase et al., 1997; and Keller et al., 2000)

Suzanne et al. (2006) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดด้วย CBT กับ IPT (Interpersonal therapy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ปัญหาเกี่ยวกับ หลีกเลี่ยงการติดตามการรักษาจำนวน 56 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่มพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง และมีอาการบรรเทาที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวน และวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman,

Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด อยู่ในอันดับต้นที่ดีกว่าการบำบัดอื่นๆ มีเพียง การเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบำบัดที่ให้ผลไม่แตกต่างๆกัน แต่จากการศึกษาของ Elkin et al. (1989) cited in Butler et al. (2006) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลในการลดอาการซึมเศร้าเท่าเทียมกัน แต่เมื่อทำการศึกษาระยะยาว 1 ปี สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าเลวลง (Shapiro et al., 1994 cited in Butler et al., 2006) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กับยาต้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ผลเท่าเทียมกัน (DeRubeis et al., 2005) แต่การศึกษาของ Hollon and Beck (1994) cited in Butler et al. (2006) รายงานว่า การใช้การบำบัดทางความคิด และยาต้านอาการซึมเศร้าร่วมกัน จะให้ผลดีกว่าที่จะใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดการศึกษา

กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Beck et at. (1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ (ศิลปะในการสอนผู้ป่วย) มี 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ข้อตกลงอธิบายโปรแกรมฯ ประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากความคิดลบหลัก ความคาดหวัง เชื่อมโยงกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม สร้างความตระหนักรู้สาเหตุของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก

กิจกรรมที่ 2 การอธิบายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับแบบแผนความคิด และการค้นหา แยกแยะ ดักจับความคิดอัตโนมัติ การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (ทบทวนกิจกรรมที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2. การบำบัดทางความคิด มี 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหา การสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการทดสอบวิเคราะห์ข้อมูลความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และการประเมินพฤติกรรมที่มีสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเข้าใจการเกิดความคิดบิดเบือน เชื่อมโยงพฤติกรรมความสัมพันธ์กับกระบวนความคิดอัตโนมัติด้านลบ (ทบทวนกิจกรรมที่ 2)

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา สร้างความเข้าใจผลของการปรับเปลี่ยน ฝึกทักษะวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม(ทบทวนกิจกรรมที่ 3)

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มี 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิดจากกิจกรรมที่1-4 เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมถาวร จากกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนอธิบายการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 ยุติโปรแกรมจิตบำบัด การทบทวน พัฒนา การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด หลังการนำโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนความคิดความประทับใจ ปัญหา อุปสรรคของสมาชิก

โดยทุกกิจกรรมจะใช้กระบวนการกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย3 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินกลุ่ม และการยุติกลุ่ม

→ **ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**