

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาโครงการอิสระ เรื่องการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ทบทวนทฤษฎีต่างๆจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 โรคซึมเศร้า และชนิดของโรคซึมเศร้า
 - 1.7 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.8 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลัก DSM IV
 - 1.9 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มและบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม
 - 2.3 กระบวนการของการให้คำปรึกษากลุ่ม
 - 2.4 เทคนิคที่ใช้ในกระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.5 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษากลุ่ม
3. แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
 - 3.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
 - 3.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3.3 หลักการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3.4 กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าเอาไว้มากมายทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พอจะสรุปได้ดังนี้

Beck(1973) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงช้าลง (retardation) หรือ กระวนกระวาย (agitation)

Priest (1983) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกล้มเหลว รู้สึกสูญเสีย เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

Craighead et.al. (1986) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงสภาวะอารมณ์ที่ช่วยทำให้มนุษย์ดำรงความสมบูรณ์แห่งชีวิตได้อย่างเหมาะสม จากการได้รับประสบการณ์แห่งความสูญเสีย

โดยมีความรู้สึกเศร้า เก็บตัว ไม่ต้องการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและคนรอบข้างหรืออาจหมายถึงความผิดปกติทางจิตใจ โดยแสดงอาการพลุ่งพล่านไม่เป็นสุข มีอาการทางกายและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์ออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคนอื่นลดน้อยลง

ดวงใจ กษานติกุล (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1.) เป็นอารมณ์ปกติ (affect of states) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2.) เป็นอารมณ์ผิดปกติ (mood or trait) คือ คงทน และระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาทางการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (secondary depression)

3.) เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้า หรือ hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วย

- อาการทางจิตสรีระ (psycho physiologic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

- อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ จี้หลงจี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

- อาการทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

อลิสซา วัชรสินธุ (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึก ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย หดหู่ อยากรตาย

สุนี ประเสริฐศรี (2548) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ภาวะผิดปกติของจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกเศร้าสร้อย วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคต ความตั้งใจในการทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือหมดไป เกิดความเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นเป็นเวลาดึกต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าและเสียใจ เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อม ไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของความซึมเศร้านั้นมีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

1.) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (The Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสีย (loss) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะdepression การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพ (real or fantasy) ก็ได้ การสูญเสียมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและที่พึง โดยการพลัดพรากจากกัน ดายจากกันหรือทอดทิ้งกันไป การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณอายุทางราชการ การสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (self - image) เช่น การเสียแขนขา หรืออวัยวะสำคัญที่แสดงความเป็นหญิง ชาย เป็นต้นว่า การผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดเต้านมในผู้หญิง การผ่าตัดอวัยวะเพศของผู้ชาย นอกจากนี้ depression ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที หย่าร้างกัน ย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย

การเปลี่ยนแปลงวัยจากวัยหนุ่มสาวเข้าสู่วัยชราภาพ จึงเห็นได้ว่า คนสูงอายุที่ขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางใจจะเกิดภาวะความซึมเศร้าได้ง่าย

ภาวะซึมเศร้าในบางครั้งเกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุการณ์ใด ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ที่เป็นเช่นนี้ เชื่อกันว่าอาจมีการสูญเสียแต่ในวัยเด็ก ๆ หรือมีการสูญเสียในอดีตที่ผ่านมา แต่บุคคลผู้นั้นไม่ได้ระบายภาวะความรู้สึกสูญเสียออกมาอย่างสมบูรณ์ (incomplete grief work) จึงปรากฏอาการซึมเศร้าให้เห็นได้ในระยะเวลาต่อมา (Evan, 1971) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่มีเหตุการณ์ใด ๆ เป็นสาเหตุหน้านั้น ยังอธิบายได้ว่าเป็น depression ที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความขัดแย้งกันของสัญชาตญาณความต้องการและแรงควบคุมในระดับจิตใต้สำนึก ทำให้เกิดความรู้สึกผิดบาป (guilt) และความลังเลใจไม่แน่ใจ (ambivalence) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดความรู้สึกลังเลใจไม่แน่ใจในเรื่องของความรักและความเกลียด (love and hate feeling) ความรู้สึกรักน้อยเกลียดมากก่อให้เกิดความรู้สึกก้าวร้าวไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น และบุคคลนั้นๆ ไม่สามารถจะแสดงความรู้สึกเหล่านี้ออกมาสู่ภายนอกได้ เพราะแรงควบคุมภายในของตน โดยเฉพาะแรงควบคุมประเภทที่มีลักษณะทำโทษตนเอง (punitive superego) ก็เลยผันความรู้สึกก้าวร้าวไม่เป็นมิตรที่มีต่อผู้อื่นนั้นเข้าสู่ตัวเอง (aggression turned inward)

2.) ทฤษฎีการเรียนรู้(The Learning Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะ depression เกิดจาก learned helplessness and inadequate reinforcement จากประสบการณ์ที่ผ่าน ๆ มา บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่างไม่ตก ช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยปละให้สถานการณ์เกิดแบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดการเสริมแรง หรือการเสริมแรงมีไม่เพียงพอ (inadequate reinforcement) ผลคือเกิดภาวะ depression ทฤษฎีนี้อธิบายภาวะ depression ของคนบางคนว่าเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผิด ๆ ว่าจะช่วยตนเองไม่ได้ จึงปล่อยสถานการณ์ให้เกิดขึ้นแบบเลยตามเลย แต่ทฤษฎีการเรียนรู้นี้อธิบายได้เฉพาะภาวะ depression ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์แวดล้อมเท่านั้น ภาวะ depression ที่เกิดจากสาเหตุอื่นเช่น การสูญเสีย ทฤษฎีการเรียนรู้นี้ไม่สามารถจะอธิบายได้

3.) ทฤษฎีชีวเคมี (The Biochemical Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะ depression เกิดขึ้นจากการที่ biogenic amines ในระบบประสาทกลางลดน้อยลง (Kicey, 1974) โดยมีผู้ทำการศึกษา amines 2 กลุ่มใหญ่คือ

3.1 กลุ่มcatecholamines ได้แก่epinephrine,norepinephrine,และdopamine

3.2 กลุ่ม indole amine ได้แก่ serotonin และ histamine ในจำนวนสารจำพวก biogenic amines ที่ศึกษานั้น norepinephrine นั้นเป็นที่สนใจของผู้ศึกษามากที่สุด และนักชีวเคมีเชื่อว่า สารนี้มีส่วนทำให้เกิดภาวะ depression

norepinephrine เป็น neurotransmitter ซึ่งมีคุณสมบัติในด้านการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองส่วน median forebrain ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำให้คนตื่นตัว การขาดสาร norepinephrine ทำให้สมองส่วนนี้ไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะ depression สาเหตุการขาดสาร norepinephrine นั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ norepinephrine เกิดการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับไป หรือถูกเผาผลาญเสียก่อน

โดยเหตุนี้การรักษาผู้ป่วย depression ในโรงพยาบาล จึงเข้าไปเพิ่มระดับ amines ในกระแสเลือด ยาประเภท tricyclic และ Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) ทั้งสองตัวแม้จะมีโครงสร้างทางเคมีและคุณสมบัติทางชีวภาพต่างกัน แต่จะมีผลทำให้ระดับ biogenic amine ในระบบประสาทกลางเพิ่มขึ้นเหมือนกัน และมีผู้เชื่อว่าการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (electric convulsive therapy) มีผลทำให้ระดับ amines ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นได้ (Kicey, 1974)

1.3 องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดทฤษฎีของ Beck กล่าวว่าองค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการที่บุคคลมีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไม่เหมาะสม และลักษณะความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck มี 3 ลักษณะความคิดด้านลบ คือ (Beck et al., 1979 ; Beck & Weishaar , 1995 ; Dattilio & Freeman , 1992 อ้างใน Gerald , C., 1996)

1.3.1 รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) โดยมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ดำเนินตนเอง โทษตนเอง มีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้

1.3.2 รูปแบบความคิดทางลบต่อการมองโลก (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้าย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองโลกว่าเป็นสิ่งที่โหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง

1.3.2 รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไรไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย มองอนาคตว่าเป็นสิ่งที่ปัญหา และไม่มี ความหวัง

ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนความบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีก ซึ่งถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นและมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งความคิดทางลบทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิด และการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ได้แก่ ลักษณะเนื้อหาความคิดดังต่อไปนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอี่ยมเดือน เนตรแจ่ม, 2541)

1). การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย เช่น บางคนมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมกับตน

2). การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบความสำเร็จ เพราะในระดับความรู้สึกตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุข ความยินดีของตนเอง

3). การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวจะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

4). การขยายภาพและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) มีการประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อย ที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินถึงสิ่งที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5). การคิดว่าตนเป็นเหตุ(personalization)ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้ และความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตา กับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองอาจคิดว่าตนเองทำอะไรให้เพื่อนขุ่นเคือง

6). ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรให้ครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละร้อยก็จะไม่มีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

สรุปได้ว่าจากองค์ประกอบของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck พบว่าประกอบด้วยลักษณะของเนื้อหาความคิดที่เป็นไปไม่ได้ เป็นความคิดในด้านลบทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่นและอนาคต เมื่อเกิดความคิดในด้านลบและบิดเบือนบ่อยๆก็จะกลายเป็นความคิดอัตโนมัติของบุคคลนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ในทำนองเดียวหรือใกล้เคียงกับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ซึ่งผลของการที่มีความคิดในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกและอารมณ์เศร้าตามมาจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้านั่นเอง ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลนั้นในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.4 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย (physical change) ด้านจิตใจ (psychological change) ด้านอารมณ์ (emotional change) และด้านสังคม (social change) ซึ่งจะขอกกล่าวแยกเป็นข้อ ๆ ดังต่อไปนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลาย ๆ อย่าง ดังต่อไปนี้

1) จะมีการเหน็ดเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ ทำให้มีความรู้สึกง่วงเหงาหาวนอน จึงทำให้อ่อนมากกว่าปกติ ถึงแม้จะนอนได้มาก แต่เมื่อตื่นก็จะรู้สึกไม่สด

ขึ้นไม่แจ่มใส บางคนจะมีนิสัยการนอนเปลี่ยนไป คือเมื่อเข้านอนจะไม่มีอาการลำบากในเรื่องการนอนแต่จะมีอาการตื่นนอนแต่เช้าตรู่ เมื่อตื่นแล้วจะนอนไม่หลับอีก

2) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบขับถ่าย ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้า จะมีการท้องผูก ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยและมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยกว่าปกติ

3) มีอาการเบื่ออาหารไม่มีความอยากอาหารแม้ว่าจะเป็นอาหารที่เคยชอบมาก่อนก็ตาม ผลที่ติดตามก็คือ น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ผอมซูบ

4) มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบประจำเดือน ประจำเดือนมาน้อยกว่าปกติหรือหยุดไปเลย หรือมาไม่สม่ำเสมอเช่นที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลเพิ่มขึ้นได้

5) กล้ามเนื้อของร่างกายจะอ่อนเปลี้ย ทำให้การเคลื่อนไหวทางร่างกายลดน้อยลง เชื่องช้าลง ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า จึงพุดจาเชื่องช้า เดินเหินช้า

6) ความต้องการทางเพศจะลดลง เพราะว่าจิตใจเขาจะหมกมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเศร้ามักจะบ่นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหลายระบบ

1.4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้า ส่วนใหญ่จะมีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย ไม่สามารถที่จะสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน ๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลก ๆ ได้ง่าย ความจำเสื่อมลง ตัดสินใจไม่ได้ มีความลังเลสูง คิดซ้ำซากในเรื่องเดียวกัน การคาดการณ์ข้างหน้าจะน้อย ผู้ที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าจิตใจเขาหงอยเหงา เศร้าสร้อยไม่สดชื่น โดยเฉพาะเวลาเช้า ๆ หลังการพักผ่อนหลับนอนแล้วก็ตาม เขาจะรู้สึกเบื่อหน่ายไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวัน หรือการทำงานที่เขาเคยชอบ จึงพบได้ว่าบุคคลเหล่านี้อาจจะริเริ่มกิจการใดกิจการหนึ่งขึ้นมา แต่ก็ไม่ได้กระทำให้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากว่าเขาขาดความสนใจและพลังใจ ในด้านความคิดบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าจะคิดซ้ำ หรือมีอาการความคิดถูกยับยั้งอย่างฉับพลัน (blocking) จะพบว่าผู้ป่วยหยุดพูดอย่างฉับพลัน เมื่อถามถึงสาเหตุการหยุดพูด เขาจะบอกว่าเขาลืม

1.4.3 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ถ้าให้อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า พรรณนาถึงอารมณ์ของเขาขณะนั้น เขาจะบอกว่าอารมณ์หม่นหมอง ไม่สดชื่น หมกมุ่นด้วยความคิด หดห้วง แสดงให้เห็นว่าเขาตกอยู่ในอารมณ์เศร้าจัด อารมณ์เศร้าของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน บางคนก็มีเพียงแต่เบื่อหน่ายเล็กน้อย บางคนก็เบื่อหน่ายมาก มองโลกอย่างไม่สดชื่นและอยากหนีไปให้พ้น

โลกเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลและระดับความเศร้า และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเศร้า การแสดงออกของผู้อยู่ในภาวะเศร้า จะมีลักษณะเฉยเมย อารมณ์ราบเรียบ ไม่โยยดี ไม่ร่าเริง

1.4.4 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าจะมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงชอบที่จะอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ไม่ชอบการสังคมหรือร่วมวงสังสรรค์ในที่ที่มีคนชุมนุมกันมาก ๆ ถ้าเป็นคนที่เคยชอบการสังคมก็จะออกสังคมน้อยลง กลายเป็นคนแยกตัว หนีสังคม

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินด้วยตนเองได้โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีด้วยกันหลายแบบประเมิน คือ

1). แบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1961 โดยBeck (1961)สร้างขึ้นในระหว่างการทำจิตบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ได้จากการสังเกตและบันทึกลักษณะความคิดและอาการของผู้ป่วย โดยแบ่งทัศนคติความคิดและอาการที่แสดงออกของผู้ป่วยเป็น 21 หมวดหมู่ ในแต่ละหมวดหมู่อธิบายคุณลักษณะและพฤติกรรมโดยแบ่งการประเมินเป็น 4-5 ระดับจากความรุนแรงน้อยที่สุดถึงมากที่สุด นำมาสร้างเป็นแบบประเมินโดยผู้ที่ร่วมกันทำแบบประเมินประกอบด้วย psychologist และ sociologist ทำการศึกษา 2 ครั้งจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 226 และ 183 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Psychotic disorder ร้อยละ 41 psychoneurotic disorder ร้อยละ 43 และ personality disorder ร้อยละ 16 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (Beck,1967)

แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความ ที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำสุดถึงสูงสุด มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับในแต่ละข้อคือตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอแบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียนจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียนจะ

ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

2). แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นประเภท self-report เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 โดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย เครื่องมือนี้ประกอบข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ที่ได้รับคะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

3). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทยเป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในวัยรุ่น แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือมีน้อย คะแนน 1 หมายถึงมีอาการบ่อยๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .106$ การศึกษาในเด็กไทยพบว่ามี reliability coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนกสูง จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว (sensitivity) = 78.7% ความจำเพาะ (specificity) = 91.3% และมีความแม่นยำ (accuracy) = 87%

ในการศึกษาโครงการอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองได้ง่ายไม่ซับซ้อนและยังสามารถใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดได้ด้วย (Hodgkinson, Evans, O'Donnell & Walsh, 1999; Voelinger et.al, 2003 อ้างใน อรุณ พงษ์ธรรมและคณะ, 2548) โดยแบบประเมินที่นำมาใช้ในการศึกษาดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) มีจำนวน 21 ข้อ มี

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 63 คะแนน ต่ำสุดที่ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ คือภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.6 โรคซึมเศร้าและชนิดของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มผู้มีอารมณ์แปรปรวนที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่ง ซึ่งพบได้บ่อยมาก โดยเฉพาะปัจจุบัน เหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อมบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับสภาพการณ์สูญเสียซึ่งไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ เช่นการสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน ตลอดจนความผิดหวังล้มเหลวในระยะต่าง ๆ ของชีวิต บางครั้งรุนแรงจนบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ มีการทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย หากได้มีการเตรียมการป้องกันหรือมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนได้ทันจะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น และยังเป็นโรคที่พบได้ทุกวัย ในอดีตเคยพบว่า โรคนี้เกิดในวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปถึงวัยชรา แต่ปัจจุบันพบได้ทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยหนุ่มสาว เนื่องจากสาเหตุของความบกพร่องในการอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางสังคม และหน้าที่การงานที่เร่งรัดและแข่งขันตลอดเวลา มีผลกระทบต่อบุคคลในการปรับตัว

ความรู้สึกเศร้าและเสียใจ เป็นความรู้สึกที่พบได้เป็นธรรมดาในคนปกติทั่วไปในเวลาใดเวลาหนึ่ง อาการซึมเศร้า(depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อม หรือเกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิต โรคซึมเศร้า(depressive disorders) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

ความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจกับโรคซึมเศร้า นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวว่าตามปกติคนเราจะมีอาการซึมเศร้าในเวลา 1-2 สัปดาห์ภายหลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และจะหายหมดไปเองโดยไม่ต้องรักษาภายในเวลา 6-8 สัปดาห์ในบางรายมีอาการนานกว่า 2 เดือน หรือมีอาการดังต่อไปนี้คือ (1)ประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ ลดลงมาก เช่น เรียนหนังสือหรือทำงานไม่ได้เลย (2) หมกมุ่นครุ่นคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า มีความคิดหรือบาป (3)มีความคิดอยากตาย หรือ (4) มีอาการ โรคจิต บ่งว่าผู้นั้นเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งต้องได้รับการรักษาจึงหายเป็นปกติ

ชนิดของโรคซึมเศร้าแบ่งตามสาเหตุเริ่มแรก อาการ และประวัติส่วนตัว ซึ่งแยกออกได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

1). Masked Depression บางที่เรียก veiled depression หมายถึงภาวะที่ไม่เด่นชัดเพราะจะถูกปิดบังลักษณะเด่นเฉพาะตัวของบุคคลนั้น คือจะมีลักษณะดีค่าตนเองต่ำ (low self-esteem) ถ้าเป็นคนไม่ค่อยช่วยตนเอง จะมีความหมดหวัง สิ้นหวัง และไม่ค่อยจะออกสังคม และมักจะแสดงความป่วยเจ็บทางกายเสมอ โดยไม่มีสาเหตุ นอกจากนี้ยังแสดงออกในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ต่อด้านสังคม ก้าวร้าว มีพฤติกรรมการทำลายสูง มีพฤติกรรมที่ยับยั้งไม่ได้ในเรื่องอาหารการกิน การใช้จ่ายหรือเหล้า เล่นการพนัน และชอบการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและอุบัติเหตุ

2). Endogeneous Depression เป็นภาวะเศร้าที่มีสาเหตุมาจากภายในจิตใจของบุคคลคนนั้น ไม่มีเหตุการณ์ในปัจจุบันเป็นสาเหตุเสริม ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากสาเหตุการสูญเสียในอดีต ซึ่งถูกเก็บกดไว้ในจิตใจส่วนจิตใต้สำนึก (unconscious) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงออกของความเศร้าทั้งหมด เช่น มีพฤติกรรมถอยกลับ ท้อแท้หมดหวัง คิดว่าตนเองไร้ค่ามีปัญหาในเรื่องการหลับนอน การกิน การขับถ่าย และการประกอบกิจวัตรประจำวันบกพร่อง manic depressive illness จัดอยู่ในความซึมเศร้าประเภทนี้

3). Involutional Depression เป็นภาวะความเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน ผู้ชายในวัยใกล้เกษียณอายุ ผู้หญิงในวัยอายุ 40-50 ปีนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ทางระบบประสาท จึงทำให้มีการแปรปรวนของบุคลิกภาพขึ้น และมีอาการเศร้าเกิดขึ้นได้ง่าย ๆ

4). Exogenous or Reactive Depression ภาวะเศร้าที่เกิดขึ้นตอบโต้กับสภาพการณ์ภายนอก เช่น การสูญเสีย โดยมากมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก การพลัดพรากจากกัน ความผิดหวัง หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในวิถีชีวิตจนทำให้มีการปรับตัวไม่ทัน

5). Agitated Depression ภาวะเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย บุคคลนั้น ๆ จะมีการแสดงออกคล้ายกับว่าบุคคลผู้นั้นประสบกับความปวดร้าวอย่างมาก จะเห็นว่าเขากำมือแน่น เดินไปมาไม่หยุดยั้ง คร่ำครวญถึงโชคชะตาของตนเอง เป็นภาวะเศร้าที่แตกต่างจากภาวะเศร้าอื่นๆ ผู้ที่อยู่ในความเศร้าจะอยู่ไม่นิ่ง ใบหน้าและนัยน์ตาจะหม่นหมอง แสดงถึงความเศร้าใจ หดหู่ใจ

6). Retarded Depression ตรงข้ามกับพวก agitated depression บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้าซึม จะเศร้าอย่างเงียบ ๆ พุชซ่า เสียงราบเรียบ การเคลื่อนไหวช้า

7). Neurotic Depression พวกนี้มีอารมณ์เศร้ามากเกินไปสาเหตุซึ่งอาจจะเนื่องมาจากข้อขัดแย้งภายในจิตใจหรือจากเหตุการณ์ภายนอก เขาจะทราบว่าเขามีอารมณ์เศร้าเกินกว่าเหตุ แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมเขาจึงเป็นเช่นนั้น

8). Psychotic Depression พวกนี้มีอารมณ์เศร้ารุนแรง บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้าชนิดนี้ไม่สามารถจะแยกความรู้สึกของตัวเอง ความคิดของตัวเองออกจากเหตุการณ์แวดล้อมที่เป็นจริงได้ manic depressive จัดเป็นความซึมเศร้าในจำพวกนี้ด้วยเช่นกัน

1.7 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่สำคัญคือ

1. พันธุกรรม จากการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งโดยพบลักษณะสำคัญคือ

1.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสเป็นโรคนี้ด้วยสูงกว่า ประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า

1.2 ถ้าบิดามารดา หรือคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป 4 เท่า

1.3 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 60 ในขณะที่โอกาสจากคู่แฝดไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคเพียงร้อยละ 20

1.4 การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คน พบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่ปกติ

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ พบว่าเป็นสาเหตุประการหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า โดยจากการศึกษาพบว่า

2.1 โรคซึมเศร้ามักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก มีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง การหย่าร้าง ประสบปัญหาทางด้านการทำงาน หรือเศรษฐกิจ

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านลบ

3. ความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของการสังเคราะห์สารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีระดับของสาร serotonin และ nor epinephrine ต่ำกว่าปกติ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและหายดีแล้วระดับของสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะสูงขึ้นอยู่ในระดับปกติ

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและกลายเป็นโรคซึมเศร้าต้องมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่แน่นอน ซึ่งในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย 2 หลักเกณฑ์ที่เป็นที่นิยมแพร่หลายทางการแพทย์ คือ การวินิจฉัยโรคโดยใช้หลักของ ICD 10 และการวินิจฉัยโดยยึดหลักของ DSM IV ในการศึกษาครั้งนี้ยึดหลักการวินิจฉัยตามหลักของ DSM IV โดยมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยดังรายละเอียดคือ

1.8 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลัก DSM IV

ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) มีเกณฑ์การวินิจฉัยตามหลัก DSM IV ดังนี้คือ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541)

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน: โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข (ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations)

1). มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

2). ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

3). น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน หมายเหตุ: ในเด็ก คำนวณน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

- 4). นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน
- 5). psychomotor agitation หรือ retardationแทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มีไข้เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)
- 6). อ่อนเพลีย หรือ ไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
- 7). รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มีไข้เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)
- 8). สมารถหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)
- 9). คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มีไข้แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการไม่ได้เข้ากับ bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ โรคจิต หรือ psychomotor retardation

1.9 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรณีที่มีอาการมาก เช่นกระวนกระวาย ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด กรณีที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาในโรงพยาบาล การให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีวิธีการในการรักษาดังนี้ (องุ่น พงษ์ธรรมและคณะ,2548)

1) การรักษาด้วยยา แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค คือ ระยะเฉียบพลัน(acute phase) เป็นการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้เป็นยาด้านเศร้า(antidepressant) ซึ่งได้ผลการรักษาร้อยละ 70-80 ระยะการรักษาต่อเนื่อง(maintenance phase) เป็นการรักษาต่อจากระยะแรกอีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว หากหยุดยาก่อนพบว่าเกิดมีอาการมากขึ้นมาอีกสูงมาก และระยะการป้องกันระยะยาว(continuation phase) เป็นการให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ระยะนี้จะให้ยาต่อเนื่องประมาณ 2-3 ปี

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

3) การทำจิตบำบัด และการให้คำปรึกษา (counseling) แบบตัวต่อตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จิตบำบัดแบบตัวต่อตัว (individual psychotherapy) จะช่วยผู้ป่วยจัดการเกี่ยวกับความขัดแย้งภายในจิตใจ ครอบครัวบำบัด (family therapy) จะช่วยแก้ไขการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแบ่งปันและบอกเล่าความรู้สึก ซึ่งทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาแบบนี้คือผู้ป่วยต้องการบำบัดทางจิต มีภาวะกดดันทางจิตสังคม มีความขัดแย้งภายในตนเอง มีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก(คะแนน BDI มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หรือคะแนน HRSD เท่ากับ 14 คะแนน) โดยจิตบำบัดที่พบว่าให้ผลดีในการบำบัดโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด (cognitive behavioural therapy) ทำโดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้วิธีคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้ซึมเศร้า เช่น ความคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ถูกคนอื่นดูถูก นำมาพูดคุยกับผู้รักษาและเปลี่ยนวิธีคิดให้เหมาะสม การรักษาวิธีนี้อาจทำได้ทั้งแบบเดี่ยวหรือตัวต่อตัวและแบบกลุ่ม และอาจทำร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ในรายที่มีปัญหา

1.10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การให้การพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต้องให้ความสนใจระมัดระวังเป็นอย่างมาก Menninger (1938 อ้างใน สุวนิชย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว,2544) กล่าวว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความต้องการ 3 ประการคือ

- 1). ความต้องการที่จะทำลายผู้อื่น
- 2). ความต้องการที่จะให้ตนเองถูกทำลาย
- 3). ความต้องการที่จะตาย

ดังนั้นพยาบาลต้องพิจารณาสิ่งเหล่านี้ด้วย และควรให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล และความหนักเบาของภาวะซึมเศร้าในแต่ละคนโดยขั้นแรกของการช่วยเหลือ คือการประเมินสภาพของผู้ป่วย และปัญหาของเขา ก่อน ขั้นต่อไปคือพยายามให้เขาพูดเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เหตุที่ทำให้เขาเจ็บปวดและให้ได้ระบายออกมาเป็นคำพูด สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ยาก พยาบาลที่ขาดประสบการณ์อาจทำได้ไม่สำเร็จหรือเกิดความท้อแท้เสียก่อนที่จะได้ทราบปัญหา

ในขั้นต้นๆของสัมพันธภาพ พยาบาลจะให้ความสนใจต่อผู้ป่วยโดยวิธีการ non-verbal communication ก่อน โดยการนั่งเป็นเพื่อนเงียบๆ หากว่าเขายังไม่พร้อมที่จะพูด โดยไม่ต้องกล่าวอะไรเลย หรือโดยการให้สิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการในเวลานั้น ถ้าการกระทำของพยาบาลมีความสม่ำเสมอหรือทำทางของพยาบาลสอดคล้องกับคำพูด(consistency) ผู้ป่วยก็จะเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ และเห็นว่าพยาบาลมีความเข้าใจ และเต็มใจที่จะช่วยเหลืออย่างแท้จริง เขาก็อาจจะระบายปัญหาความคับข้องใจของตนออกมา

การให้การช่วยเหลือจำเป็นต้องดูความต้องการของผู้ป่วย และคอยให้ความปลอดภัยร่วมไปด้วย โดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (สูนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

1. ผู้ป่วยซึมเศร้ามักเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ จึงจำเป็นที่จะต้องแนะนำให้งดเว้นการขับรถหรืองดเว้นการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่ออันตราย
2. ในเรื่องอาหาร บุคคลที่เศร้ามากๆ อาจอยู่ได้โดยไม่รับประทานอาหารเลยเป็นเวลาหลายวัน จำเป็นที่จะต้องให้น้ำที่เพียงพอ ถ้ามีอาการน้ำหนักตัวลด จะต้องให้อาหารประเภทที่มีแคลอรีสูงๆ ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้านควรสอนญาติในเรื่องการจัดหาอาหารและแนะนำให้ชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์
3. ในเรื่องการพักผ่อนหลับนอน ควรให้ความสนใจด้วย ถ้าผู้ป่วยนอนหลับไม่พอก็อ่อนเพลียได้ ภาวะทางจิตใจจะทรุดโทรมลงได้อีก ถ้าผู้ป่วยตื่นแต่เช้ามืด ควรอนุโลมให้พักผ่อนในตอนกลางวันในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
4. ในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยซึมเศร้าจะให้ความสนใจเรื่องสุขวิทยาน้อย พยาบาลอาจต้องดูแลเรื่องความสะอาด ถ้าหากเขายังช่วยเหลือตนเองได้ ต้องจัดตารางเวลาไว้เพื่อช่วยเตือนความจำ

5. ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรระวังการทำลายตนเอง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือในระยะที่กำลังฟื้นจากภาวะซึมเศร้า นั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะทำลายตนเองมากที่สุด จึงต้องระวังให้มาก

6. ในเรื่องของการตัดสินใจ ผู้ป่วยที่เศร้ามากๆไม่ควรให้ทำการตัดสินใจ รวมทั้งการตัดสินใจในเรื่องการเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจในเรื่องครอบครัว เรื่องเอกสารหรือเรื่องเกี่ยวกับกฎหมาย แต่เมื่อฟื้นจากภาวะซึมเศร้าแล้ว พยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองให้มากที่สุด จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องสังเกตดูระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจากการพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยจะนอนได้มากขึ้น รับประทานอาหารความห่มหมองและความเครียดลง ทำทางผ่อนคลาย สนใจเรื่องสุขอนามัยมากขึ้น สนใจผู้อื่นมากขึ้นและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็นต้น

7. ในเรื่องของกิจกรรมส่วนรวม ผู้ป่วยมักแยกตนเองออกจากกลุ่ม และให้ความสนใจต่อกิจกรรมน้อย ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยมีอิสระส่วนตัว ให้โอกาสให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว แต่ต้องอยู่ในสายตาของพยาบาล เมื่อฟื้นภาวะซึมเศร้าต้องให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมโดยเร็วที่สุด ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เน้นหลักการที่สำคัญคือ
(อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2545)

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสอนในรูปแบบต่างๆ เช่นการสอนในด้าน การปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวต่อสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษาเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม
- 6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามหลักการข้างต้นแล้ว พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยังมีบทบาทหน้าที่คือ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีม
3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน
4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับฝึคชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น
5. บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร
6. บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้อง

ใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคอง ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

บทบาทของพยาบาลจิตเวชทั้ง 6 บทบาทนี้ พยาบาลจะปฏิบัติตามกรอบและ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้ความรู้จาก ศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อการแก้ไข ปัญหาทางสุขภาพของผู้ใช้บริการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ส่วนบทบาทของการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น ได้มีการกำหนดบทบาท และสมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ไว้ดังนี้ (Hickey, J.V. at el., 1999)

1. การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
2. การมีทักษะในการสอน อบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
3. การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
4. การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
5. บทบาท change agent
6. การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
7. การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
8. บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
9. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
10. การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางพยาบาล

สำหรับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีการศึกษางานวิจัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ซึมเศร้า การบำบัดทางจิต และการติดตามดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการป่วยซ้ำ และผู้ป่วยมีคุณภาพใน การดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นดังนี้ คือ (องุ่น พยุงธรรม และคณะ ,2548)

1. การประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า

1.1 การประเมินประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีเกณฑ์การประเมินคือ

1.1.1 การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้ Axes ตามเกณฑ์ของ DSM IV ประกอบด้วย Axes I (clinical disorder), Axes II (personality disorder), Axes III (ภาวะทางการแพทย์ทั่วไป) , Axes IV (ปัญหาทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม) , Axes V (การประเมินการทำหน้าที่โดยรวม)

1.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM IV

1.1.3 การประเมินอาการซึมเศร้า

1.1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเองหรือผู้อื่น โดยพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง

1.1.5 การประเมินเพื่อรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าไว้ในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากประเด็นต่อไปนี้ คือ มีความคิด/วางแผนทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นหรือไม่ , ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง /ครอบครัวหรือไม่ , มีความคิดแบบ psychotic หรือไม่

1.2 การใช้เครื่องมือในการประเมิน ประกอบด้วย

1.2.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้แก่แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตจำนวน 15 ข้อ

1.2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินระดับของภาวะซึมเศร้าและประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยแบบประเมิน BDI , HRSD

1.2.3 การจัดระดับภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของแบบประเมินแต่ละชนิดที่ใช้

2. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทางจิตในทุกระดับซึมเศร้า โดย

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา ทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากระบบโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วยทำให้การรักษาอย่างเป็นระบบ การเฝ้าสังเกต การปฏิบัติตามการรักษาและการติดตามผลการรักษา นอกจากนี้การให้การศึกษาผู้ป่วย (patient

education) เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคำนึงถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองต่อการมารับการรักษา และเป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา(The university of York,2002:Level I,ICSI,2004:Level V) โดยการให้ข้อมูลต้องพิจารณา

2.2.1 ผู้ที่ให้การศึกษานี้ ต้องผ่านการฝึกอบรมเรื่อง โรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมงก่อนให้ความรู้ผู้ป่วย(The university of York,2002:Level I)

2.2.2 วิธีการสอน ต้องสอนอย่างน้อย 2 ครั้งๆละ 20 นาที

2.2.3 เนื้อหาที่สอนหรือให้ความรู้ประกอบด้วย สาเหตุอาการธรรมชาติของโรคซึมเศร้า การรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา วิธีการสังเกตอาการและผลข้างเคียงของการรักษา และการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ(relapse)หรือการกลับเป็นซ้ำ (recurrent)

3. การบำบัดรักษาทางจิต(จิตบำบัด) การบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรณีมีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงต้องมีการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และกรณีที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจหรือต้องการที่จะจัดการกับความขัดแย้งภายในตนเองต้องให้การบำบัดทางจิตร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดทางจิตมีด้วยกันหลายรูปแบบ ได้แก่ CBT(Cognitive Behavioral Therapy) , IPT(Interpersonal Therapy) เป็นต้น

4. การติดตามและประเมินผล ในการติดตามประเมินผลการบำบัดรักษามีประเด็นที่สำคัญ คือ

4.1 วิธีการติดตาม กรณีผู้ป่วยไม่มารับการบำบัดหรือมาตรวจตามนัด การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่สามารถใช้ได้โดยมีประสิทธิภาพ โดยในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงควรติดตามทุก 1 สัปดาห์ ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง ติดตามเยี่ยมทุก 2-4 สัปดาห์

4.2 ผู้ติดตามและประเมินผล ผู้ที่ทำการติดตามคือผู้เชี่ยวชาญโรคซึมเศร้า ซึ่งหมายถึงผู้ที่จบการศึกษาปริญญาเอกหรือปริญญาโททางการพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

จากแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้

กล่าวมาแล้ว การทบทวนงานวิจัย และการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงคิดที่จะนำแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดและสภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นรูปแบบการบำบัด ตามบทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นหลัก

2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุง หรือพัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มาปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในกลุ่ม ใช้หลักการและเทคนิคของการให้การปรึกษา และกระบวนการของกลุ่มมาใช้ โดยเน้นหลักการคือ

1. การพัฒนาสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้เกิดความอบอุ่น ยอมรับ เข้าใจ ไว้วางใจ ชึ่งกันและกัน
3. ใช้พลังสมาชิกในกลุ่มให้เกิดประโยชน์

Gazda , Dumeau และ Meadow (1967) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการ ระหว่างบุคคลที่เน้น ความคิดและพฤติกรรมที่รู้ตัว นำไปสู่การแก้ปัญหา และให้สมาชิกได้กระทำตามใจตนเอง โดยมีเงื่อนไขที่ความจริง การระบายความรู้สึก ความไว้วางใจ

Glass (1973) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยสมาชิกให้

1. รู้จักตนเอง (Self-understanding)
2. พัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน (Self-identity)
3. พัฒนาอัตมโนทัศน์ (Self-concept)
4. พัฒนาความคิด (Cognitive & Creative thinking)

นอกจากนี้ Dyer & Vriend (1980) ยังกล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอนคือ

1. การที่สมาชิกได้สำรวจโลกแห่งตน
2. การนำเอาความคิด และการกระทำที่ทำลายตนเองมาปรึกษา
3. ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจตนเอง ตรวจสอบตนเอง เลือกลงแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ เช่น Rogers (1951) Gazda (1975) Ohlsen (1977) Dyer และ Trotzer (1989) สรุปได้คือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปในเวลาเดียวกัน ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นมิตร นำไปไว้วางใจ โดยมีจุดประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มรู้จัก เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง สามารถเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาและลดความขัดแย้งในจิตใจอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพัฒนาตนเองให้มีคุณค่าแก่ครอบครัวและสังคม ตามจุดมุ่งหมายของชีวิต

Mahler (1969) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่า หมายถึง กระบวนการของกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและเกิดการยอมรับนับถือตนเองมากขึ้น ด้วยการที่บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนั้น กระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเคารพ ยอมรับซึ่งกันและกัน รับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจของสมาชิกกลุ่มลง สมาชิกสามารถสำรวจพฤติกรรมของตนเองได้ว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหาของสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายกันมากกว่าสนใจภาวะของโรคในแต่ละคน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในกลุ่ม

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก(2548)สรุปความหมายการให้การปรึกษาแบบกลุ่มว่า หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิก โดยที่สมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้ากลุ่มร่วมกัน เพื่อพบปะ พูดคุย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วย ในกระบวนการกลุ่ม สมาชิกเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นปัญหาของตนได้โดยที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาร่วมกัน เพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม และสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชน ที่ทำงานและสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีเป้าหมายคือ การเน้นให้สมาชิกแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ มีกระบวนการในการสำรวจตนเอง การยอมรับตนเอง การทำความเข้าใจ ปัญหาและตนเอง นำไปสู่ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการปรับปรุงตนเองในด้านต่างๆ

Mahler (1969) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก ซึ่งทำให้เขาค้นพบความต้องการ และค้นหาปัญหาของตนเอง กล่าวที่จะระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเอง สมาชิกกลุ่มและสิ่งแวดล้อมภายนอกเรียนรู้ที่จะ รับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง มีความสุขที่จะมีชีวิตร่วมกับผู้อื่นและสังคม

Dinkmeyer และ Muro (1971) ได้สรุปวัตถุประสงค์พื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้คือ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนรับรู้และเข้าใจตนเองอย่างมีกระบวนการ ผลจากความ เข้าใจตนเองจะเป็นการเพิ่มการยอมรับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล ช่วยพัฒนาทักษะ และความสามารถทางสังคมระหว่างบุคคล เป็นการพัฒนาเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุม ตนเอง (Self-direction) การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ตลอดจนนำความสามารถที่เพิ่มขึ้น เหล่านี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคมต่อไป ช่วยพัฒนาความรู้สึกที่ไวในความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มการรับรู้ในการตอบสนอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่าวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบ กลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาความเข้าใจตนเอง สิ่งแวดล้อม ความสามารถในการตัดสินใจ อย่างมีประสิทธิภาพความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.3 กระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

กระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีขั้นตอนในการให้การปรึกษาดังนี้คือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ,2548)

1). **การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม** ควรได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสม สมาชิกที่จะ มาร่วมกลุ่มควรได้รับการพิจารณาในปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ระดับอายุ ระดับการศึกษาและ สถานภาพทางสังคมที่ไม่แตกต่างกันมากเกินไป ไม่ควรบังคับให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม แต่จะใช้ วิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม โดยบอกให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์เป้าหมายของการร่วมกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม และบทบาทของสมาชิกในการร่วมกลุ่ม เมื่อสมาชิกกลุ่ม รับทราบ เขาก็จะทำการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษาด้วยตัวเอง

2). **ขนาดของกลุ่ม** Mahler(1969) กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้วการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรมีสมาชิก 10 คนหรือน้อยกว่านั้น หากจะกล่าวโดยละเอียดแล้ว สำหรับกลุ่มซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ กลุ่มขนาด 7-10 คน เป็นขนาดซึ่งผู้นำกลุ่มสามารถที่จะนำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มซึ่งสมาชิกเป็นเด็กควรมีขนาด 4-6 คน สาเหตุที่ควรจะมีการจำกัดจำนวนสมาชิกในกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน ก็เพราะว่า หากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้แล้วสมาชิกบางคนอาจจะไม่ได้รับความสนใจหรือมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่

3). **เวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม** Mahler (1969) และGazda (1989) เสนอว่าช่วงเวลาของการเข้ากลุ่ม อาจถูกจำกัดด้วยเวลาว่างที่ตรงกัน อายุของสมาชิกกลุ่มและจุดประสงค์ของการพบกัน สามารถยืดหยุ่นเวลาให้มากหรือน้อยก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นของสภาพแวดล้อม

ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 1½ -2 ชั่วโมง แต่สำหรับเด็กระยะเวลาที่ใช้ควรสั้นลง กล่าวคือ แต่ละครั้งควรจะใช้เวลาประมาณ 20 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อย่างน้อยที่สุดควรจะพบกันสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายและธรรมชาติของกลุ่ม โดยทั่วไปจัดให้มีการเข้ากลุ่มไม่เกิน 12 ครั้ง การจำกัดเวลาที่มีประโยชน์ในการช่วยสมาชิกกลุ่มมุ่งเอาชนะปัญหาให้ได้

4). **ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม** Mahler (1969) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

(1) **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The involvement stage)** ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะยังไม่กล้าที่จะเปิดเผย ไม่แน่ใจในการสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยหรือความไว้วางใจ ยังคงอยู่ในขั้นผิวเผิน ขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจต้องใช้เวลาพอสมควรสำหรับการดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งจะต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจ เปิดเผย จริงใจ เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็วก็จะใช้เวลา น้อย แต่สำหรับสมาชิกกลุ่มที่ยังไม่ไว้วางใจในกลุ่มไม่กล้าพูดเปิดเผยนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เวลาชี้แจงและสร้างบรรยากาศผ่อนคลายพอสมควร ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรจะใช้วิธีบังคับหรือเร่งเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับพัฒนาของกลุ่มเอง

(2) ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก ซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกกลุ่มจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการร่วมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจจะมีความวิตกกังวล มีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ ในขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่า ต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกทุกคนในกลุ่ม

(3) ขั้นการดำเนินงาน (The working stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มทุกคนได้พัฒนาขึ้นมา จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมปรึกษาแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะมีโอกาสสำรวจตัวเองและได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีในการแก้ปัญหาคด้วยตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(4) ขั้นยุติการให้การปรึกษา (The ending stage) การยุติการให้การปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่ม ถ้าสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาคด้วยตนเองเป็นอย่างดีแล้ว จะรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหาคและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เมื่อสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเกิดความพอใจ ไม่คิดค้างในสิ่งใดก็เป็นอันว่ายุติการให้การให้การปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้ามีสมาชิกกลุ่มคนใดคนหนึ่งยังติดขัดไม่กระจ่างแล้ว กลุ่มก็จำเป็นจะต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้จึงจะยุติการให้การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดในเวลาใดเวลาหนึ่งและสมาชิกกลุ่มควรจะเป็นตัวของตัวเองพอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

2.4 เทคนิคที่ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษา

มีการรวบรวมเทคนิคการให้คำปรึกษาไว้มากมาย ทั้งที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1). การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (opening the interview) ระยะเวลาแรกผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาทั้ง 2 ฝ่ายอาจยังมีความรู้สึกใหม่ต่อกันผู้ให้คำปรึกษาต้องหาทางสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเองและใช้คำถามเริ่มต้นการสนทนา เช่นการกล่าวทักทาย “สวัสดี” หรือเชื้อเชิญเช่น “เชิญค่ะ คุณมีอะไรให้ช่วยเหลือ” เป็นต้น

2). การตั้งคำถาม(questioning) ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามเพื่อหาข้อมูลของผู้รับคำปรึกษา หรือใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกหรือทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาและผู้รับตนเองการตั้งคำถามควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตอบสนองความคิด และความรู้สึกของตนเองออกมา

3). การซักถามตรงๆ(probing) เป็นการตั้งคำถามที่ตรงปัญหาเพื่อถามข้อมูล ใช้ได้ผลดีกรณีผู้รับคำปรึกษาพยายามเลี่ยงการกล่าวถึงปัญหาของตนเอง แต่ต้องระวังการใช้ถ้าใช้เร็วเกินไปอาจทำให้สัมพันธ์ภาพล้มเหลว การซักถามตรงๆนี้เป็นกลวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

4). การเสนอแนะ(suggestion) วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย ผู้รับคำปรึกษาเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษาเพื่อหวังว่าจะได้ข้อเสนอแนะต่างๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษาต้องมุ่งเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้รับคำปรึกษา ในการแก้ปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการเสนอแนะทางการแก้ปัญหาโดยตรง

5). การตีความหมาย (interpretation) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษากล่าวไปแล้ว การตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึง

6). การเงียบและฟัง(silence and listening) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีเงียบเพื่อคอยฟังเรื่องราวต่างๆแสดงถึงความสนใจและยอมรับ แต่ต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงความเงียบนานเกินไป

7). การให้ความกระจ่างแจ้ง(clarification) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเข้าใจและแจ่มแจ้งในเรื่องที่เป็นปัญหานั้นๆโดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้งเข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจเป็นผลให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

8). การแสดงความเห็นชอบด้วย(approval) เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและตัดสินใจของเขา อาจแสดงความเห็นชอบด้วย วิธีการนี้เป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของผู้รับคำปรึกษา

9). การให้ความมั่นใจ(assurance) เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจเรื่องราวของตน จะใช้วิธีนี้ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจและแน่วแน่แล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียภายหลัง

10). การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (reassurance) เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ

11). การสะท้อนความรู้สึก (reflection of feeling) เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ข้อความที่ไม่แสดงความรู้สึกของผู้พูดมากกว่าเนื้อหาสาระ แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญความรู้สึกของตน สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความกังวล

12). การสังเกต(observation) เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม กระแสเสียง สีหน้า ท่าทาง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาจับประเด็นปัญหาอันแท้จริงของผู้รับคำปรึกษาได้ พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาแม้กระทั่งคำพูดที่พยายามเน้นบางคำย่อมมีความหมายทั้งสิ้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตตลอดเวลา

13). การแนะนำ(advising) เป็นการให้คำแนะนำ โดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาเอง

14). การกระตุ้นให้กำลังใจ(encouragement) มักใช้กับผู้ที่ขาดความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น “ คุณต้องทำได้แน่ ถ้าพยายาม ”

15). การชักชวน(persuasion) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้

16). การท้าทาย(challenge) เป็นวิธีที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการปฏิเสธผู้รับคำปรึกษาโดยตรง เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาคือแล้ว

สำหรับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้นำกลุ่มหรือผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามสนับสนุนให้สมาชิกแสดงออก และใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่ม การเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้เสนอแนวคิดและแนวทางในการแก้ปัญหาจากความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกเอง เทคนิคสำคัญที่ใช้บ่อยในการให้คำปรึกษากลุ่ม คือ

1. การยอมรับ (Acceptance)
2. การสร้างความรู้สึกอบอุ่น (Warmth)
3. การแสดงความเข้าใจ (Understanding)
4. การทำความเข้าใจกระจ่างชัด (Clarifying)

5. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction)
6. การอภิปรายอย่างอิสระในกลุ่ม (Free-floating discussion)
7. การใช้เทคนิคสะท้อนกลับ (Reflection technique)
8. การระดมความคิดในกลุ่ม (Brain storming)

2.5 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มได้ประโยชน์ในการเข้ากลุ่มคือ (ประทุม เป็นสุวรรณ ,2545)

- 1). บรรยากาศสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รับฟังแลกเปลี่ยน และเสนอความคิดเห็น นำไปสู่การสำรวจตนเอง ทำให้กล้าที่เผชิญกับปัญหา เกิดการเรียนรู้ ให้ และยอมรับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหา
- 2). เกิดความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถบอกความรู้สึก เล่าเรื่องที่เป็น ปัญหา ตลอดจนรับฟังปัญหาของสมาชิกได้
- 3). สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหา เรียนรู้จากการแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่นๆ นำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหของตนเอง
- 4). ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการรับฟัง การให้ข้อมูล ข้อนกลับ การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการปรับตัว ให้มี พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหา
- 5). สมาชิกในกลุ่มเข้าใจตนเองได้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจค่านิยมของตนเอง นำ ไปสู่การเปลี่ยนเจตคติ ปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการพัฒนาตนเอง นั่นคือ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขในสังคม
- 6). สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่ม เป็นอีก สังคมหนึ่งที่สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ และยอมรับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ ตลอดจนเปิด โอกาสให้สมาชิกได้ทดลองปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อแสวงหาแนวทางปรับปรุงตนเองในชีวิตประจำวัน ที่ดีขึ้น

7). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการให้บริการกับสมาชิกหลายคนในเวลาเดียวกัน ทำให้มีโอกาช่วยเหลือผู้มารับบริการได้ครั้งละหลายคน ประหยัดเวลา ช่วยแก้ไขปัญหาค้นหาเหตุการณ์กับภาวะวิกฤติที่กำลังเผชิญอยู่

8). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม นำไปสู่การให้คำปรึกษารายบุคคลหลังจากได้รับคำปรึกษากลุ่มมาแล้ว เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจะลึกในแต่ละบุคคลต่อไป

2.6 บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ในการเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนดังนี้คือ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 , 2545 อ้างใน อังคณาจิรโรจน์ ,2547)

1). บทบาทการเป็นผู้กำกับหรือผู้ชี้ทาง (director) ใช้ในช่วงที่กลุ่มเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน หรือเมื่อจำเป็นต้องใช้กับสมาชิกบางคนในกลุ่ม การชี้นำกลุ่ม การให้โครงสร้างกลุ่ม ในช่วงเริ่มกลุ่ม การช่วยให้สมาชิกผ่อนคลายจากสภาวะการคืนรนที่คลุมเครือ ข้อที่พึงระวังถ้าใช้มากเกินไปจะเปิดโอกาสให้สมาชิกขาดความเข้มแข็งและกลุ่มจะไม่มีคามยืดหยุ่น

2). บทบาทการเป็นผู้สนับสนุน (facilitator)เป็นการช่วยให้สมาชิกไปสู่จุดมุ่งหมายของตนเองประโยชน์ที่เกิดขึ้น คือสมาชิกมีการสื่อสารกันอย่างจริงจังและทำให้สมาชิกรู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเองมากขึ้น เพื่อที่จะช่วยให้กลุ่มมีการดำเนินต่อไป สนับสนุนให้สมาชิกเปิดเผยความคาดหวังและความกลัวที่เกิดขึ้น การกระตุ้นหรือรื้อฟื้นของผู้นำกลุ่มทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยและยอมรับ ซึ่งจะมีผลทำให้สมาชิกรู้สึกไว้วางใจ

3). บทบาทการเป็นผู้มีส่วนร่วม (participator) ผู้นำกลุ่มต้องตัดสินใจว่าจะต้องมีส่วนร่วมกับสมาชิกเมื่อไรและอย่างไร เช่นขณะที่สมาชิกอยู่ในภาวะวิกฤตเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นการแบ่งปัน(chare) ประสบการณ์หรือความรู้สึก การมีส่วนร่วมเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้นำกลุ่มที่ไม่ชอบโต้ตอบ(passive) แต่ต้อง(active) และไม่ต้องการที่จะครอบงำกลุ่ม

4). บทบาทเป็นผู้สังเกตการณ์ (observer) การสังเกตเป็นบทบาทผู้นำกลุ่มมีความยืดหยุ่นมากที่สุด เพราะสามารถที่จะเชื่อมเข้ากับบทบาทการมีส่วนร่วมหรือการชี้นำ จากการที่ผู้นำกลุ่มพยายามที่จะคงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ในการเข้าใจสมาชิกและมีความไวในการรับรู้ รู้สึกว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับกลุ่ม บางครั้งอาจทำให้สมาชิกรู้สึกเจ็บใจเพราะมีความรู้สึกว่าคุณจ้องมองและถูกวิจารณ์ ปฏิกริยาแบบนี้ทำให้เกิดรอยแยกระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกได้ ผู้นำกลุ่มสามารถเพิ่มการ

สังเกตในข้อคิดเห็นที่มีความหมายที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล หรือต่อการดำเนินกลุ่มต่อการป้องกัน และลดปฏิบัติการที่ตอบสนองในเชิงลบได้

5). บทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (expert) ผู้นำกลุ่มในบทบาทผู้เชี่ยวชาญเป็นทั้ง การชี้แจงและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ดังนั้นการใส่ใจในการเป็นผู้เชี่ยวชาญจึงเป็นกับดักให้ผู้นำ กลุ่ม เพราะบางครั้งผู้นำกลุ่มจะแนะนำสมาชิก ปัญหาที่ยุ่งยากก็คือ การที่รีบร้อนเกินไปในการที่ทำ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำสมาชิกเพื่อให้เขาหลุดพ้นจากสิ่งที่ยุ่งยาก โดยที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก แทนที่จะช่วยให้บุคคลค้นหาคำตอบและ เลือกรูปแบบแก้ปัญหา อาจทำให้มีผลเสียต่อสมาชิกได้

จากการศึกษาการบำบัดโดยการให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาพบว่าการนำแนวคิดหลาย แนวคิดมาใช้ในการให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาที่เน้นแนวคิดการบำบัดด้วยเหตุผลและ อารมณ์ การให้คำปรึกษาที่เน้นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนิยม การให้คำปรึกษาที่เน้นผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง เป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าการนำแนวคิดเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรมความคิดมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวชหลายโรคเช่นผู้ป่วยวิตกกังวล ผู้ป่วยย้ำคิดย้ำ ทำ ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจนำแนวคิด การปรับพฤติกรรมความคิดมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าจึง ได้ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมความคิดเพื่อนำมาเป็นแนวทางการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3. แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy : CBT)

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น แยกมาจากการปรับพฤติกรรม ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับ พฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง

การรักษาแบบ CBT นี้เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพใน การรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและ ประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุก รูปแบบมี หลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ Dobson & Block, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์ โษษิต (2545) คือ 1.การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2.การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลง ได้ และ 3.การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรกคือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น

ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme – basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน

วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล หรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกว่าแสดงให้เห็นคนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

Aaron T.Beck เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัด และพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมนำมาใช้อย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนกประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อคัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

3.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิค

ต่างๆของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังนำเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกด้วย จึงรวมเรียกการบำบัดชนิดนี้ว่าเป็นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Beck (1979) ให้ความหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต(time-limited)และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Stuart & Laraia (1998) ให้ความหมายว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (here and now) มีเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจน ผู้รับการบำบัดจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาไปกับผู้บำบัดด้วย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2548) ให้ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดียิ่งขึ้นนั่นเอง

สรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเองเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม มีเหตุมีผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่เหมาะสม สามารถเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคม และปรับตัวต่อสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

3.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด อาศัยหลักการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) 4 ทฤษฎี คือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1). ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขไปพร้อมกับเสียงกระดิ่ง ทำบ่อยๆ จนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว การนำทฤษฎีนี้มาปรับใช้ในมนุษย์ได้แก่การจัดการผู้ป่วยที่มีความกลัว เช่น กลัวความสูง หรือกลัวที่มีด เป็นต้น

2). ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operant conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F. Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า นั้น ๆ ถ้าการกระทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นลดลง ตัวอย่างเช่น การขี้น หรือให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ในการทำพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เป็นต้น

3). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social modeling) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ เช่น การเลียนแบบบุคลิกลักษณะหรือการแต่งกายของบุคคลที่ชื่นชอบ เกิดจากการมองเห็น ฟังพอใจ และพยายามจะเลียนแบบเป็นของตนเอง เป็นต้น

4). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (cognitive theory) ผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีนี้คือ Aron T. Beck โดยนำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด และนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีหลักการและแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล โดยจะมีความคิดในด้านลบ 3 ด้าน ทั้งความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบ หรือโลกภายนอก และความคิดในด้านลบต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่า ความคิดในด้านลบ 3 ด้านของโรคซึมเศร้า (cognitive triad of depression) ซึ่งมีลักษณะดังนี้

(1) ความคิดในด้านลบต่อตนเอง คือคิดว่าตนเองไม่มีข้อดี มีแต่ข้อบกพร่อง ไม่เป็นที่ต้องการของใคร

(2) ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบ หรือโลกภายนอก คือมองประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองประสบ และมองสิ่งต่างๆรอบตัวว่ามีแต่ด้านร้ายมีแต่การเอารัดเอาเปรียบ มีแต่คนแสวงหาผลประโยชน์จากตน

(3) ความคิดในด้านลบต่ออนาคต มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความทุกข์ทรมาน และมีแต่ความล้มเหลว

บุคคลที่มีความคิดหรือมุมมองในด้านลบเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆอีกด้วย การบำบัดบุคคลเหล่านี้ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอาศัยทฤษฎีต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงสามารถทำได้ด้วยการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง โดยนำทฤษฎีข้างต้นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความคิด โดยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมความคิดที่ไม่พึงประสงค์ (decrease undesired behavior) และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (increase desired behavior)

3.3 หลักการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีหลักการที่สำคัญคือ (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย, 2549)

1). การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (totally patient centered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหา มากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้เจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันในจิตใต้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มา หรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก

2). การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (high degree of mutuaiity) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัด โดยการบำบัดจะมีลักษณะของ

การร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (facilitative role)

3). ตัวผู้บำบัดต้องแสดงถึงความจริงใจ (genuineness) ความอบอุ่น (warmth) ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

3.4 กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1) ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (cognitive behavioral assessment) เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัด จะไม่ให้ความสนใจกับคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ (personality) ของผู้รับการบำบัดกลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanisms) หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนของผู้รับการบำบัด

2) ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ คือ

(1). การเพิ่มการมีกิจกรรม (increasing activity) โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัด เป็นผู้กระทำ

(2). การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดกระทำ

(3). การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด

(4). การเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

วิธีการในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มี 3 วิธีการคือ

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลาย การใช้ Bio-feedback การบดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที การไม่ให้ทำพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เป็นต้น

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (cognitive restructuring) ซึ่งการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนคือ

2.1 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (monitoring thoughts and feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งที่เป็นตัวเสริมแรง และก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสม และพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนสำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้ และสามารถคอยตรวจสอบความคิดและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น อารมณ์ความรู้สึก ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์หรือผลที่เกิดขึ้นตามมา

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) เป็นการที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ช่วยกันตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักรู้สึกว่าคุณเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ ผู้บำบัดสามารถให้การช่วยเหลือโดยการเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ปัญหามีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองสมมติเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ว่าสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างไร ได้แก้ไขอย่างไร จะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ อย่างไร เป้าหมายคือเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดไม่กลัวและกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลล่วงหน้า และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง มีความพร้อมในการเผชิญปัญหานั้นๆ

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรมให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่าง

ไปจากเดิม ให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาในทุกแง่มุม ทั้งในข้อดีและข้อเสีย พัฒนาให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (thought stopping) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ใช้ได้ผลดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่แก่ผู้รับการบำบัด ทำได้โดยวิธีการต่างๆ คือ การเลียนแบบ การปรับแต่งพฤติกรรม การให้รางวัล การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะทางสังคม การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ เป็นต้น

4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า

Beck (1979) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง โดยมีความคิดในทางลบโดยอัตโนมัติ เขาจะมองตนเอง มองโลกของตนเอง และมองอนาคตของตนเองในทางลบ ความคิดในด้านลบนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนเป็นระบบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือนและเป็นไปในทางลบหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะก่อให้เกิดความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจรุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง ซึ่งแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดของ Beck ที่ว่าความคิดของคนเราสามารถปรับเปลี่ยนได้ และการปรับเปลี่ยนความคิดจะมีผลให้คนเรามีความรู้สึกและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป

การที่สามารถจัดการกับความคิดที่บิดเบือนและไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคิดดีขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมามากมายเกี่ยวกับการใช้แนวความคิดการปรับพฤติกรรมความคิดมาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเองให้เกิดความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทนที่ได้ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยแนวความคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย (Parker, H.C., 2005)

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล (irrational thought) ให้เกิดเป็นความคิดที่สมเหตุผลและเป็นความจริง (realistic thinking) มากขึ้น

2. การส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจไปเนื่องจากผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่อยากทำกิจกรรมดังกล่าว

3. การสร้างให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการนำหลักการและกระบวนการกลุ่มมาเป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้ได้ โดยมีผู้ที่มีปัญหาลักษณะคล้ายๆกันมาร่วมในการเรียนรู้ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจในการเรียนรู้ร่วมกัน นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจในการนำกระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมาใช้ร่วมกับแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้น และใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโครงการอิสระในครั้งนี้ โดยผู้ศึกษาได้พัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ซึ่งใช้รูปแบบการปรับพฤติกรรมความคิดตามแนวคิดของ Beck (1979) ร่วมกับรูปแบบการให้คำปรึกษาและกระบวนการกลุ่มของ Mahler (1969) ในการสำรวจปัญหา ประเมินความภาวะซึมเศร้า โดยผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคซึมเศร้า เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด พิชิตความเศร้าจากการที่มีความคิดที่บิดเบือน การแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำ (active) และใช้วิธีชี้ทาง (directive) เพื่อแก้ไขอาการและแก้ไขปัญหา กระบวนการให้คำปรึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม ขั้นการดำเนินงาน และขั้นยุติการให้คำปรึกษา กำหนดสมาชิกกลุ่มจำนวนกลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 1 ½ - 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้คือ

1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลา 1 ½ - 2 ชั่วโมง เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกันกำหนดเป้าหมายเพื่อการบำบัดร่วมกัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เชื่อมโยงให้สมาชิกมองเห็นความเกี่ยวข้องของความคิดกับการเกิดโรคซึมเศร้า และแนะนำให้สมาชิกเรียนรู้และฝึกการบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำในแต่ละวัน เป็นที่บ้าน

2 การให้ความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมความคิด และฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด กิจกรรมในครั้งนี้ใช้เวลา 1 ½ - 2 ชั่วโมง เป็นการสอนให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมความคิด ฝึกการวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากสถานการณ์ต่างๆ และเรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิดที่เกิดขึ้น ในครั้งนี้จะมีการ

มอบหมายการบ้าน ให้สมาชิกได้กลับไปฝึกการปรับพฤติกรรมความคิด พร้อมทั้งเขียนถึงผลที่เกิดจากการปรับพฤติกรรมความคิดเพื่อนำมาอภิปรายร่วมกันในกลุ่มครั้งต่อไป

3 ความคิดที่บิดเบือน และฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด กิจกรรมในครั้งนี้ใช้เวลา 1 ½ - 2 ชั่วโมง เป็นการให้ความรู้เรื่องของความคิดที่เป็นไปไม่ได้ที่เราเรียกว่าความคิดที่บิดเบือน และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ความคิดของคนในกลุ่ม ว่าเป็นความคิดที่เป็นไปได้หรือไม่ พร้อมทั้งหาเหตุผลสนับสนุน และนำวิธีการฝึกการเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เป็นไปได้โดยการหาเหตุผลมาสนับสนุน และฝึกให้สมาชิกได้ลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ครั้งนี้มีการมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้กลับไปฝึกการปรับพฤติกรรมความคิดของตนเองต่อ

4 การหยุดความคิด และฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลา 1 ½ - 2 ชั่วโมง เป็นการทบทวนถึงปัญหาที่เกิดจากการปรับพฤติกรรมความคิดที่ได้ทดลองฝึกแนะนำการหยุดความคิดโดยวิธีการบอกตนเองว่า หยุด และการฝึกการหายใจ ให้สมาชิกได้ลองฝึกการหยุดความคิดด้วยตนเอง และประเมินตนเองว่าวิธีใดเหมาะกับตนเอง เพื่อการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน หลังจากนั้นให้ฝึกการปรับพฤติกรรมความคิดที่เป็นความคิดทางด้านลบของตนเองต่อเมื่อสามารถหยุดความคิดได้ ให้การบ้านสมาชิกไปฝึกการหยุดความคิดและปรับพฤติกรรมความคิดของตนเองต่อ

5 สรุปกิจกรรมกลุ่ม ประเมินผล ยุติกลุ่ม กิจกรรมครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายในการทำกิจกรรมกลุ่มการให้คำปรึกษาใช้เวลา 1 ½ - 2 ชั่วโมง ในครั้งนี้จะสรุปกิจกรรมที่สมาชิกได้เรียนรู้ตั้งแต่การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งแรก ทบทวนเป้าหมายที่กำหนดไว้ ว่าสามารถบรรลุตามที่ต้องการหรือไม่ สรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเมินผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และภาวะซึมเศร้า ในครั้งนี้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ยุติกลุ่ม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการใช้การบำบัดโดยเน้นแนวคิดพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ฉวีวรรณ กาศย์เกิด(2536) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2535 ที่มีความเครียดสูงจำนวน 20 คน พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีความเครียดน้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ทิพรัตน์ เฮงตระกูล(2540) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการใช้เหตุผลและอารมณ์ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ปีการศึกษา 2539 จำนวน 16 คน พบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนาวรัตน์ บู่ทอง (2544) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนหนองพระพิทยา จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2543 จำนวน 12 คนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คนและกลุ่มควบคุม 6 คนพบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อังคณา จิรโรจน์ (2547) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมจำนวน 30 ราย พบว่า ความเครียดหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และ ความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมากกว่าก่อนให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลประจันตคาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 20 ราย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มลดลง อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้การบำบัดที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

บราวน์และคณะ (Brown et. al., อ้างในเอี่ยมเดือน เนตรเขม , 2541) ได้ทำการศึกษาโดยใช้ CBT ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่คิดสุราจำนวน 35 คน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดผู้เสพติดสุราและสารเสพติดของโรงพยาบาลบุคเคอ และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM III ว่าเป็นผู้พึ่งพาสุรา และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการใช้แบบประเมิน BDI ได้มากกว่า 10 คะแนน โดยทดลองเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้ CBT จำนวน 19 คนกับการบำบัดปกติจำนวน 16 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่บำบัดโดยใช้ CBT มีภาวะซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

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

Perris,J.M.(2005) ศึกษาผลของการใช้ CBT ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่มีภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น depression , anxiety , PTSD ฯลฯ ช่วงปี 1988-2001 โดยทำการ systemic review พบว่า CBT สามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางจิตเวชได้เป็นอย่างดี และสรุปว่า CBT สามารถใช้เป็น intervention ที่เหมาะสมกับปัญหาทั้งในด้าน mental disorders และ behavior problems

Siegle,G.J. และคณะ (2005) ศึกษาผลของ CBT ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย Major depressive disorder จำนวน 35 ราย ที่มีอายุในช่วง 23-55 ปี เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 2 กลุ่มโดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 14 รายที่ให้การบำบัดด้วย CBT จำนวน 16 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย ให้การบำบัดตามปกติ พบว่าคะแนนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดด้วยแบบประเมิน BDI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

Rupke , S.J. และคณะ (2006) ได้ทบทวนโดยการทำ systemic review พบว่ามี การศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ยาร่วมกับ CBT ในผู้ป่วย major depression เปรียบเทียบกับการ รักษาด้วยยาอย่างเดียว และการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ให้การบำบัด ด้วย CBT ร่วมกับการใช้ยาสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้มากกว่าการใช้วิธีการใดวิธีเดียวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Thase ,M.E. et al., 1997 and Keller ,M.B. et al. , 2000)

กรอบแนวคิดการศึกษา

แนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดใช้รูปแบบตามแนวคิดของBeck(1979)ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Mahler (1969)

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Mahler (1969) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 5 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม

การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินและค้นหาปัญหาพร้อมกำหนดเป้าหมายก่อนการบำบัด และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

- ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้กลุ่มได้รู้จักเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
- กระตุ้นให้สมาชิกมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายเพื่อการบำบัดร่วมกัน
- แนะนำให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- แนะนำให้สมาชิกเรียนรู้เกี่ยวกับการบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำในแต่ละวัน

ครั้งที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด การวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึก เทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด

- แนะนำให้สมาชิกเรียนรู้การวิเคราะห์พฤติกรรมความคิดของตนเอง
- ชี้แนะให้สมาชิกเรียนรู้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

ครั้งที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน และเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด

- แนะนำและชี้แนะในสมาชิกเรียนรู้รูปแบบความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

แนะแนวทางการฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

ครั้งที่ 4 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

การหยุดความคิด และเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด

- แนะนำการใช้เทคนิคการหยุดความคิดที่เหมาะสม
- ฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

ครั้งที่ 5 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

สรุปกิจกรรมกลุ่ม ประเมินผล ยุติกลุ่ม

- สรุปกิจกรรมกลุ่มทั้งหมดที่ได้ทำ ประเมินผล ปัญหาอุปสรรค
- ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบ
- ปิดกลุ่ม

ภาวะซึมเศร้า