

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นันทน์ภัต พรหมแก้ว

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ณัฏฐ์ณัท พรมแก้ว

นางสาวณัฏฐ์ณัท พรมแก้ว
ผู้ศึกษา

ธีรวิทย์ อ. นพ.

รองศาสตราจารย์ ธีรวิทย์ ธรรมไพโรจน์,
กศ.ม. (การแนะแนว)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ทิพย์ ทวีคูณ

อาจารย์ที่ปรึกษา ทวีคูณ

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

มพว ๑๐

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. พยัคฆ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553

นางสาวนันท์นภัส พรหมแก้ว

ผู้ศึกษา

อาจารย์ทัศน ทวีคุณ

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์จารุวรรณ ต. สกุล

สส.ม. (การแพทย์จิตภาพ)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์จิตติวัฒน์ ธรรมไพโรจน์

กศ.ม. (การแนะแนว)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง ของรองศาสตราจารย์ จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์ ดร. ทศนา ทวีคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธักดี และ รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต. สกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหน่วยคุณภาพหญิง ๑ คุณนัยนา ธนุนาจารย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ของหน่วยคุณภาพหญิง ๑ ทุกท่านที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการขึ้นปฏิบัติงานแทน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทั้งหมดของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดผู้ศึกษาขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนและเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่น 2-3 (ภาคพิเศษ) ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ต่ออย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

นันทน์ภัต พรหมแก้ว

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY IN DEPRESSIVE PATIENTS

นันทน์ภัส พรหมแก้ว 4836253 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จุติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว), ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลและรูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา(CBT) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุด มีงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือก 13 เรื่อง ผลการศึกษามีสาระสำคัญ ดังนี้ 1. รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ คือ รายบุคคล และรายกลุ่ม 2. กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดประกอบด้วย 1) เทคนิคการสอน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดด้วย CBT 2) เทคนิคทางความคิด ประกอบด้วย การระบุและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3) เทคนิคทางพฤติกรรม ได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม การมอบหมายการบ้าน การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการผ่อนคลาย 3. ผู้บำบัด เป็นผู้มีประสบการณ์และผ่านการฝึกอบรม CBT 4. ผู้รับการบำบัด ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงมาก 5. ผลลัพธ์ มีการประเมินด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า, ความคิดด้านลบ, ทักษะการคิดแก้ปัญหา, ระดับการมีพฤติกรรมเหมาะสม, การดำเนินตนเอง และประเมินทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล PET scan, MRI. 6. ประสิทธิภาพCBTเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่น ได้แก่ การพยาบาลตามปกติ การจัดการทางคลินิก จัดบำบัดประคับประคอง พบว่า CBT สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นการบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่CBTให้ผลดีกว่าเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเท่านั้น และผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ : การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา / โรคซึมเศร้า

165 หน้า

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY IN DEPRESSIVE PATIENTS

NUNNAPUS PROMKAW 4836253 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHAITRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ, M.ED. (GUIDANCE), TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at analyzing research on cognitive behavioral therapy (CBT) in major depressive disorders patients. Research-based evidence was retrieved from information resources and electronic databases. The total number of studies selected was 13. The analysis of research has led to the following conclusions: 1. The types of therapy could be divided into two types: individual therapy and group therapy. 2. The activities used in the therapy consisted of 2a) didactic aspect including dissemination of knowledge on depression and the concept of CBT, 2b) cognitive techniques consisting of identification and examination of negative automatic thinking and adjustment of negative automatic thinking and 2c) behavioral techniques involving scheduling of activities, assignments of homework, social communication skill practice, and relaxation technique practices. 3. The therapists were experienced and had training with CBT. 4. The clients were those diagnosed with major depressive symptoms, most of whom were treated with antidepressant drugs but still had major depressive symptoms to a varying extent. 5. The outcomes were determined with psychosocial assessment including depression, negative thoughts, distorted attitudes, perfectionism, self –criticism, and laboratory results of PET scans and MRIs. 6. As for the effectiveness of CBT compared with other forms of therapy including usual care, clinical management, and supportive psychotherapy, it was found that CBT could significantly reduce depression, with the exception that for interpersonal therapy, CBT was more effective in reducing depression with statistical significance only in patients with a high level of major depressive symptoms. The findings of the present study could be implemented to provide care to patients with major depressive symptoms.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

165 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคซึมเศร้า	6
สาเหตุของโรคซึมเศร้า	6
ผลกระทบของโรคซึมเศร้า	15
การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า	17
การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	20
การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า	28
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
แหล่งที่มาของหลักฐานงานวิจัยและการสืบค้นข้อมูล	33
แนวทางการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	37
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
คุณภาพของงานวิจัย	42
รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	42
ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์	51
ประสิทธิผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	61
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	72
ข้อเสนอแนะ	77
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	92
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	115
ประวัติผู้ศึกษา	165

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
2	แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	38
3	แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	42
4	การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	116

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 20 ของคนไทยทั้งประเทศ หรือ 12 ล้านคน (จันทิมา องค์โษยิตไกรฤกษ์, 2550) และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 2 : 1 (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่สำคัญ 1 ใน 10 อันดับแรก และเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (ชรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549; วีระ ชูรุจิพร, 2542; อภิชัย มงคล, 2549) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการเจ็บป่วยเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคจิตเภท และโรควิตกกังวล และจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปี 2547- 2549 มีจำนวน 87,101 คน 93,566 คน และ 116,087 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 104.55, 149.90 และ 185.98 ต่อประชาชนแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากจำนวนดังกล่าวจะเห็นว่ามีอัตราการเจ็บป่วยค่อนข้างสูง จึงนับว่าเป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจต่อการแก้ไขและให้การช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านี้ ให้มีอัตราการเกิดโรคลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้นตามลำดับ

โรคซึมเศร้าจัดได้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการ และอาการแสดงที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และด้านร่างกาย (Beck et al., 1979; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้จะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย มีความรู้สึกเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ สำหรับอาการทางกาย ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า มีความกลัวและวิตกกังวล รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ ไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด (ดวงใจ กษานดิกุล, 2542; มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยมักจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆร่วมกันทั้งทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Chang, Lin &

Lin, 2007) มีความคิดบิดเบือน ไม่สมเหตุสมผล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต เช่น การตำหนิตนเอง โทษตนเอง ว่าเป็นคนไม่ดี หรือมีความรู้สึกผิด ยึดมั่นในความคิดทางลบหรือ ความคิดบิดเบือนของตนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) อันส่งผลให้จิตใจมีสภาพท้อแท้ หดหู่ มองตนเองไร้ค่า ไร้ความภาคภูมิใจ รู้สึกล้มเหลว หดหนทางแก้ไข และไม่อยากมีชีวิตอยู่ (ดวงใจ กษานติกุล; 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล; 2543)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (Zaratiequi, 2007) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานให้เกิดประสิทธิภาพได้ (Dorothy et al., 2005) และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (Sandy Harper-Jaque; 2008; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความทุกข์ที่มีญาติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเกิดภาวะเครียดวิตกกังวลในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายการเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้เกิดทำร้ายฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม ครอบครัวจะแยกตัวเองออกจากสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล; 2542) วิตกกังวลต่อสถานภาพของครอบครัวในชุมชน และต่อการยอมรับของเพื่อนบ้าน สังคม และชุมชน ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการทำงาน ประสิทธิภาพของงานไม่ดี (Dorothy et al., 2005) เช่น มีการผิดพลาดของงานที่รับผิดชอบ หรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่สามารถทำได้สำเร็จ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ของเพื่อนร่วมงานที่จะต้องรับภาระงานส่วนนี้เป็นการเพิ่มหน้าที่การทำงานให้กับเพื่อนโดยปริยาย ที่สุดแล้วผู้ป่วยเองถ้าไม่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบให้เป็นบวกได้ ก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (อภิชัย มงคล, 2549) ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีอาการซึมเศร้ามลดลง เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และไม่เป็ภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป

การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้ามีวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาทางยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้าเป็นผลให้สารสื่อประสาทซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟรินเพิ่มขึ้นทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (Tasman, Kay, & Lieberman, 2003; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่มักจะบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (ดวงใจ กษานติกุล, 2536) และการบำบัดรักษาด้วยจิตสังคมเป็นการใช้วิธีทางจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ เป็นการดึงแรงจูงใจในระดับจิตไร้สำนึกมาสู่ระดับจิตสำนึก เพื่อให้ผู้ป่วยลดความขัดแย้งในจิตใจ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533; วัชร ทรัพย์มี, 2533) การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการปรับทักษะด้าน

มนุษย์สัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2533) จัดบำบัดระดับประคอง เป็นการบำบัดเพื่อช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วย มีการชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (จันทิมา องค์ไวยิต, 2545; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้อารมณ์เศร้าลดลง ซึ่งเป็นการบำบัดที่ได้ผลดีเพราะสามารถให้การช่วยเหลือได้ตรงสาเหตุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้น เป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดี (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) โดยมุ่งเน้นการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหาให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ส่งผลให้ความคิดด้านลบลดลง (Kwon, & Oei., 2001; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) ทำให้การดำเนินตนเองลดลง (Enns et al., 2001) มีทัศนคติที่ดีขึ้น (Kwon, & Oei., 2001) รู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองดีขึ้น (Chen et al., 2006) และทำให้ได้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม (Fennell, 1990; Rush & Beck; 2000; Wright & Beck, 1999)

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลจิตเวชของผู้ศึกษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษามีอาการดีขึ้นและกลับบ้านได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยก็จะกลับมาเข้ารับการรักษาก่อน ในลักษณะของอาการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ในการลดผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยการลดภาวะซึมเศร้าลง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยืดเวลาอาการกำเริบหรือมีการฟื้นฟูของโรค ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจะเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผล และรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้การบำบัดทางพฤติกรรม
ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นิยามศัพท์

โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามการ
จำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-IV (Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) (American Psychiatric Association, 1994) และ ICD-
10 (the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (Whole Health Organization,
1992) โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะเด่น และ/หรือ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่ง
ต่างๆ โดยมีอาการติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อย 4 อาการ ได้แก่
เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด สมาธิ
ลดลง และมีความคิดอยากตาย

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) หมายถึง
การบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งการบำบัด
โดยวิธีนี้ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและ
พฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้
ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบน
และพฤติกรรมที่ผิดปกติของเขาด้วยตนเอง (Beck et al., 1979)

บทที่ 2

วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคซึมเศร้า

ความหมายของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การประเมินโรคซึมเศร้า

ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

2. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

หลัก 10 ประการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ระยะเวลา ความถี่ จำนวนครั้ง และ ลักษณะในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

3. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. โรคซึมเศร้า

ความหมาย

โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะเด่น และ/หรือ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่างๆ โดยมีอาการติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อย 4 อาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด สมาธิลดลง และมีความคิดอยากตาย (American Psychiatric Association, 1994)

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านชีวภาพ เป็นสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติทางชีวเคมีในร่างกาย ได้แก่ ความผิดปกติระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine systems) ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1 ความผิดปกติระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) พบว่าระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของสารสื่อประสาท นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) กล่าวคือในสมองส่วนควบคุมอารมณ์ (Limbic system) พบว่า สารสื่อประสาทเหล่านี้มีปริมาณลดลง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Muller & Schiwarz, 2007; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การที่ผู้ป่วยมีสารซีโรโทนินต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้า ไวต่อสิ่งกระตุ้น มีความวิตกกังวล มีปัญหาในเรื่องการนอน ผู้ป่วยนอนหลับได้น้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร และความต้องการทางเพศลดลง (Cohen & Hart, 1995; David, 2001; Stuart, 2001; สเปญ อุ๋นออนงค์, 2550) และนอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของรีเซปเตอร์ (receptor) ที่เกี่ยวข้องและมีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติของ hippocampus ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ และ ความคิด (Paizanis, Hamon & Lanfume, 2007) และ limbic system ร่วมด้วย (Jose et al., 2001; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2 ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine systems) พบมีความผิดปกติหลายระบบ ได้แก่ คอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดสูงมากกว่าปกติ (Reus, Joseph & Dallman, 1983; Sher, 2004;) คอร์ติซอล เป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียด คอร์ติซอลที่มากกว่าปกติส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา และ Thyroid stimulating hormone (TSH) จะตอบสนองต่อ Thyrotropin releasing hormone (TRH) ลดลง โดยทำให้ TSH หลังน้อยกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สุชาติ พหลภักย์, 2542) และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Growth hormone) ก็จะหลังน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ ฮอร์โมน Corticotropin-releasing hormone (CRH) ถูกยับยั้งทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนน้อยลง ส่งผลให้มีการเพิ่มของสารกลูตาเมต (glutamate) (Muller & Schiwarz, 2007; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) และส่วนของสมองที่เกี่ยวข้อง คือ hypothalamus ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการหลั่งฮอร์โมน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ที่มีพันธุกรรมต่อโรคซึมเศร้า จะมีความไวต่อโรคมากกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งปัจจัยด้านพันธุกรรมนั้น จากการศึกษาฝาแฝดแท้หรือฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่า ถ้าคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจถึงร้อยละ 70 - 80 ส่วนฝาแฝดเทียมหรือฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะพบว่าโอกาสการเกิดโรคซึมเศร้ามีร้อยละ 10 - 25 และในพ่อและแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเป็นโรคนี้อาจร้อยละ 54 แต่ถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้อาจร้อยละ 27 และญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้อาจสูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (Klenler et al., 1995; ดวงใจ กสาดิกุล, 2542; นงคราญ ผาสุข, 2535; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดจาก พ่อ แม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้สูงมาก

3. ปัจจัยทางจิตสังคม สามารถอธิบายด้วยแนวคิดดังต่อไปนี้

3.1 เหตุการณ์ในชีวิตและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environment stress) เหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า (Langlieb & Depaulo, 2008; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง มีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) เกิดภัยพิบัติ เช่น สึนามิทำให้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียบ้านและทรัพย์สิน การย้ายถิ่นฐานที่อยู่ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และคณะ, 2539) ประสบปัญหาทางด้านการงาน เช่น การว่างงาน หรือ ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้ต่ำไม่พอกับรายจ่าย (Fudhs et al., 2004) นอกจากนี้ ในเรื่องความไม่แน่นอนทางการเมือง ความ

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (จันทิมา องค์โฆษิตไกรฤกษ์, 2550) โดยปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ หากบุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งที่เผชิญอยู่ได้ อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจ ด้วยโรคซึมเศร้าได้ (Amiel-Lebigre, 2004) นอกจากนี้ ในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 11 ปีที่มีการพลัดพราก หรือมีการสูญเสียบิดาหรือมารดาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีแนวโน้มให้เกิดโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) เนื่องจากประสบการณ์นั้นทำให้เด็กต้องเผชิญกับความเศร้า เหงา เครียด เด็กต้องปรับตัวอย่างมาก ส่งผลต่อตัวรับของระบบประสาท (neural receptor) เกิดการอ่อนแอและไวต่อสิ่งเร้าภายนอกจนสูญเสียสมดุล (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

3.2 การอบรมเลี้ยงดู การให้ความรักความอบอุ่นของบิดามารดาไม่เพียงพอหรือลำเอียง เป็นปัจจัยทำให้ลูกเกิดการเรียนรู้และแปลความหมายผิดว่าตนเองไม่เป็นที่รักหรือไม่เป็นที่ต้องการของใคร รู้สึกไร้ค่า ถูกทุกคนรังแกแม้แต่คนในครอบครัวของตน ทำให้เกิดปมด้อยไม่มั่นใจในตัวเอง (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) และจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์หืออธิบายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสียในขบวนการแรกของชีวิต (oral stage) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โดยเฉพาะเรื่องการได้รับการตอบสนองในเรื่อง การอุ้ม การหิว ถ้าพ่อแม่ตอบสนองในส่วนนี้ ทำให้เด็กมีความสุข และรู้สึกว่าตนเองเป็นใหญ่ มีอำนาจก็จะพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีความมั่นคงทางใจ แต่ถ้าไม่ได้รับความรักจากพ่อแม่ พ่อแม่ไม่ตอบสนองความต้องการในเรื่องนี้ได้ เด็กจะร้องไห้เรียกหาอาหารจากพ่อแม่ แต่ในที่สุดเด็กไม่ได้รับการตอบสนอง เด็กจะรู้สึกเกลียดพ่อแม่ แต่อย่างไรก็ตามเด็กก็ยังต้องพึ่งพาพ่อแม่อยู่ในเรื่องต่างๆ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดพ่อแม่ (ambivalence) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) ซึ่งความรู้สึกนี้จะถูกเก็บไว้ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งปมนี้จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อ พ่อ หรือ แม่ ต้องตายไปโดยที่ตนเองไม่ได้ให้การดูแลเท่าที่ควร จึงเกิดความรู้สึกผิดว่าพ่อแม่ตายเพราะตนเอง เป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า และบุคคลมักใช้กลไกทางจิต แบบโทษตนเอง (introjection) (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) โดยระบายความโกรธเข้าสู่ตัวเอง (anger turned inward) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) เมื่อเกิดปัญหาความไม่สบายใจหรือเกิดการสูญเสียหรือผิดหวัง มีความก้าวร้าวจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) และจะสร้างความปั่นป่วนจิตใจทำให้รู้สึกผิดหมดความภาคภูมิใจในตนเองทำให้รู้สึกซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

3.3 บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Premorbid personality factors) บุคลิกภาพบางอย่างที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่น บุคลิกภาพชนิดพึ่งพา (oral-dependent) (ไพรัตน์

พฤษชาติคุณากร, 2533) บุคลิกภาพในลักษณะขาดความเชื่อมั่นและนับถือตนเอง และถูกความเครียดครอบงำได้ โดยไม่สามารถจัดความเครียดได้อย่างเหมาะสม (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และคณะ, 2539) บุคลิกภาพชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) บุคลิกภาพชนิดฮิสทีเรีย (hysterical personality) (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorders) เป็นคนที่จะมองโลกในแง่ร้าย เชื่องซึม ชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น บุคลิกเหล่านี้ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิดอื่น (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า แบ่งได้ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ 3) ด้านความคิด มีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย อาการทางกายที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ดังนี้

1.1 นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 – 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะนอนไม่หลับตอนปลาย ตื่นตอนดึก แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท

1.2 อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกแรง เหนื่อยง่าย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา

1.3 อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรับรู้จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่มีรู้สึกอยากอาหาร แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา

1.4 อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก เมื่อมาพบแพทย์ผู้ป่วยคิดว่าเป็นโรคทางกายและไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ดังนี้

2.1 อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรคซึมเศร้า เช่น หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา แต่เมื่อมีอาการมากอารมณ์

เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ

2.2 อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่ายบ่อยและรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์แต่ควบคุมไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายและตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

2.3 ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ความรู้สึกพึงพอใจลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรม หรือเกือบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

2.4 ความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลเรื่องต่างๆ เช่น กลัวจะไม่หาย กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวจะวิกลจริต กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำให้สงบได้

2.5 สมาธิเสีย ผู้ป่วยจะขาดสมาธิและลืมนง่าย พยายามทำอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด และทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอฝืนใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้น ก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ

2.6 ความรู้สึกขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองหมดที่พึ่ง หมดหวังในชีวิต หมดหนทาง รู้สึกสิ้นหวัง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจการงานต่างๆ

3. ด้านความคิด ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ดังนี้

3.1 ความคิดเชิงซ้ำหรือกระวนกระวาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า พุดน้อยลงและน้ำเสียงเบาลง หรืออาจมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย

3.2 มีความคิดเบี่ยงเบนในทางลบ ได้แก่

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา หรือชื่อเสียงเกียรติยศ ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และทำให้ความยุ่งยากให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบายดังนั้นจึงควรตายไปเสีย (Beck, 1967)

ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกผิด และตำหนิตนเอง โดยที่ไม่มีความผิดหรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีสมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตายและคิดฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามากๆ จะคิดอยากตาย ผู้ป่วยเศร้ามากๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ผู้ป่วยไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะนึกถึงความตาย และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยซึมเศร้ามากๆ มีคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 75 (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย จะพบในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (มานิช หล่อตระกูล, 2553)

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Beck (1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (Normal Depression) เป็นอารมณ์เศร้าเมื่อบุคคลเผชิญกับความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปเองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวได้

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านความคิด ด้านร่างกาย ดังนี้

ด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มียอารมณ์สดชื่น มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผัดผ่อนในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

ด้านความคิด ผู้ป่วยจะคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องการสูญเสีย ตำหนิตนเอง ตำหนิผู้อื่น ขาดความมั่นใจ ชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นและคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความ

ยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า มีความคิดลังเล หรือตัดสินใจไม่ได้

ด้านร่างกาย ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง สนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านความคิด ด้านร่างกาย ดังนี้

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน รู้สึกหมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆ รอบตัวมีดมน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

ด้านแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ แยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและบ่อยขึ้น

ด้านความคิด ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดช้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จโทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น เลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว เป็นต้น มีความวิตกกังวลเรื่องร่างกายว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีการแสดง อาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พูดช้าๆหรือพูดน้อยลง สีหน้าท่าที่หดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร มีน้ำหนักลดลงจนสังเกตเห็นได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้น ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ความสนใจทางเพศลดลง สำหรับในผู้หญิงมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอหรือขาดหายไป

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออก ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านความคิด ด้านร่างกาย ดังนี้

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆ เลย หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ร้องไห้มากจนไม่มีน้ำตา

ด้านแรงจูงใจ หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมดแทบจะไม่มีเคลื่อนไหว

ด้านความคิด จะมีความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลว ทุกสิ่งทุกอย่าง คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม มีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมกับมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน(Auditory Hallucination)

ด้านร่างกาย ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีกหรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ มีพฤติกรรมเฉื่อยช้า เดินช้าๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร อ่อนล้า และไม่เคลื่อนไหว จนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย หงุดหงิด นั่งไม่ติด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย (2549) แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 4 ระดับ คือ อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ อารมณ์เศร้าระดับต่ำ อารมณ์เศร้าระดับกลาง อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง โดยแบ่งตามลักษณะที่แสดงออก ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านสรีรวิทยา

โดยสรุป พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งได้หลายระดับ ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ หรือ อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ซึ่งเกิดได้กับทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) จนกระทั่งภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งจะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา มีความคิดฆ่าตัวตาย (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2549) การประเมินภาวะซึมเศร้าจึงมีความจำเป็น เพื่อการเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือผู้ป่วย

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคนซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้ ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลเหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งเครื่องมือที่ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้านั้น เป็นแบบประเมินแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตเพื่อประเมินอาการ (interviewer and observer rated scale) 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report)

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีแบบการประเมินดังนี้

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) สร้างโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และเพื่อใช้แบ่งกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวายและการหยั่งรู้ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ผู้สัมภาษณ์ต้องผ่านการฝึกอบรม จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้ อย่างเหมาะสม แบบประเมินมีความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ .87 สำหรับข้อดีของแบบประเมิน คือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำตรงในการวัดความเปลี่ยนแปลงของโรคสูง แต่มีข้อจำกัดคือ มีคำถามที่มีอาการทางร่างกายมาก ทำให้ความซุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ ไม่เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มประชากรอื่น (Bunt & Ishak, 2002)

1.2 Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg) แบบประเมินมีค่าความถูกต้องในเนื้อหา 0.6 -1.0 ซึ่งอยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก และค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha = 0.8048 โดยรวมแบบประเมินนี้สามารถนำมาวัดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี มีข้อคำถาม 10 ข้อ แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษา แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ มีความแม่นยำ มีจำนวนข้อไม่มากนัก เปรียบเทียบกับการประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินค่อนข้างไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ และสามารถประเมินโดยบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ (Bunt & Ishak, 2002)

1.3 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) เป็นแบบประเมินที่ใช้การสัมภาษณ์แบบสั้นเพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือของนักวิชาการจากประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV และ ICD-10 เพื่อใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปในการวินิจฉัยโรคใน DSM-IV axis-I แต่ไม่สามารถใช้แทนการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และแพทย์ได้ บุคลากรทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมระยะสั้น สามารถใช้แบบประเมินได้ แบบประเมินมีความแม่นยำและความเชื่อถือได้สูง สำหรับข้อดีของแบบประเมิน คือ มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้สูง เป็นเครื่องมือเพื่อการสัมภาษณ์ทางคลินิก ในการประเมินเบื้องต้นเพื่อรายงานข้อมูลให้แพทย์ทำการวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยต่อไป ในการสัมภาษณ์นั้นผู้สัมภาษณ์ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์และผ่านการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ และมีแบบประเมินดังนี้

2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck บนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับตัวผิดปกติทางปัญญา (Beck, 1967) เพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินภาวะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินด้านร่างกายและจิตใจ คัดกรองภาวะซึมเศร้า และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมิน BDI มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .93 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .91 มีค่าความเที่ยงตรง (Validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research diagnostic criteria (RDC) และแบบประเมินมีทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ สำหรับข้อดีของแบบประเมิน คือ จำนวนข้อไม่มาก ผู้ตอบแบบประเมินมีความเข้าใจง่าย การทำใช้เวลาไม่มาก และประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก (Beck & Steer, 2002)

2.2 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff และสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกันในปี ค.ศ. 1977 สร้างขึ้นเพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินมีเนื้อหาของคำถามเน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (Affect feelings) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์ตัดสินของคะแนน ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป ถือว่าบุคคลนั้นซึมเศร้า ผู้ตอบแบบประเมินอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช แบบประเมินมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .86 สำหรับข้อดีของแบบประเมิน คือ เครื่องมือมีความแม่นยำตรงในการวัดสูง เหมาะสมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสะดวกและประหยัดเวลา แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการเจ็บป่วย (วิไล อุปตันนิตศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540)

2.3 Thai Depression Inventory (TDI) พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างแบบประเมินอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยและจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในประเทศทางตะวันตก ได้แก่ แบบสอบถาม Beck Depression Inventor (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Zung self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression

Scale (HADS) และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .858 และ Concurrent validity เท่ากับ .7189 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง สำหรับข้อคำถามของแบบประเมิน คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542)

ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

เมื่อเกิดโรคซึมเศร้าขึ้น จะส่งผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่างๆ นั้น พอจะจำแนกได้ดังนี้

ผลกระทบต่อตนเอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆ และการดำรงชีวิตของบุคคล ดังนี้ บุคคลไม่สนใจตนเอง คุณภาพชีวิตไม่ดี (Zaratiequi, 2007) ความสนใจเรื่องกิจวัตรประจำวันลดลง (Dorothy et al., 2005) ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขอนามัยไม่ดี ทำให้ภูมิต้านทานลดลง ด้านการทำงาน ส่งผลกระทบต่องาน เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง ทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ (Dorothy et al., 2005) ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากการทำงานอาชีพทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้ส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มความทุกข์ และความเครียดมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมากขึ้น นอกจากนี้ผลกระทบต่อตนเองที่สำคัญและร้ายแรง คือ ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายในที่สุด (George et al., 2005) ทำให้สูญเสียบุคคลก่อนวัยอันควร นับว่าเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่สำคัญ ต่อชีวิต และโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

ผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านจิตใจและสังคม พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเครียดเพราะ ห่วงใย สงสาร มีความวิตกกังวล ญาติต้องคอยดูแลช่วยเหลือทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวเครียดไม่เป็นสุข และมีความเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ (Lam et al., 2003) ครอบครัวมักจะแยกตัวจากสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) นอกจากนี้ครอบครัวกลัวการถูกแบ่งแยกจากบุคคลอื่นและปฏิกิริยาจากสังคมด้วย บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เช่น อาจเป็นสามี ภรรยา พี่ชาย เป็นต้น เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตขึ้นมากี้อาจจะไปกระทบกระเทือนต่อบทบาทเหล่านี้ได้ และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัวลดลงส่งผลให้ครอบครัวรับภาระทดแทน (Marshall & Harper – jaques, 2008; Sandy & Harper-Jaque, 2008; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และในครอบครัวที่มีการสูญเสียชีวิตซึ่งเป็นการสูญเสียที่สำคัญยิ่ง ครอบครัวและญาติ และคนรอบข้างผู้ตายจะถูกกระทบกระเทือนไปด้วยทำให้ทำให้จมอยู่กับความเศร้าโศก (อภิชัย มงคล, 2549)

ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัวในเรื่องของการรักษา รวมถึงปัญหาด้านการเงิน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เพราะต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน และทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม ตลอดจนการประกอบอาชีพการงานของผู้ป่วยเอง ทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ การใช้ศักยภาพในทางการทำงานไม่เต็มที่ (Walter et. al.,2003) เกิดผลเสีย ต่องานได้และเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง อาจมีผลต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติการกิจอื่นๆ ของสมาชิกในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจต่อครอบครัว ทำให้รายได้ลดลงอาจทั้งตัวผู้ป่วยเองและกระทบถึงสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล นอกจากนี้โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศชาติต้องสิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่าย (Murray & Lopez, 1996; วีระ ชูจิพร, 2542) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้สูญเสียหน้าที่ในการทำงานของบุคลากรและรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALYs) โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Greden (2001) พบว่า โรคทางจิตเวชทั้งหมดก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ 30 % และโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ 11 % ผู้ป่วยมีความสูญเสียศักยภาพทั้งร่างกายและจิตใจ และเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม และประเทศชาติ

จากผลกระทบที่มากมาย ดังกล่าว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและการบำบัดรักษา ซึ่งการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเอง และสังคมได้ ตาม อัตรภาพ

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีวิธีการที่หลากหลาย เช่น การรักษาทางยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม เป็นต้น (Pearson, 1995; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การบำบัดรักษาทางยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ ดังนี้ 1) ยากลุ่ม Tricyclic antidepressant ยากลุ่มนี้ ได้แก่ imipramine, amitriptyline, nortriptyline ยาออกฤทธิ์ไปเพิ่มระดับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน 2) ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitors ยากลุ่มนี้ ได้แก่ mocrobemid ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ไปยับยั้งเอ็นไซม์ monoamine oxidase ซึ่งจะไปทำลายซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟริน 3) ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน ยากลุ่มนี้ ได้แก่ fluoxetine ,

fluvoxamine, paroxetine, sertraline , citalopran และ 4) ยากลุ่ม new generation ได้แก่ trazodone , mianserin , bupropion , venlafaxine ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยๆ เช่น มีฤทธิ์ต้านโคลิน (anticholinergic) โดยมีอาการ ตาพร่า คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมอง เช่น ง่วงซึม เหนื่อย เหน็ดเหนื่อย อ่อนแรงหรือกระตุก สับสน ยาต้านเศร้าบางกลุ่มทำให้การนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจช้าลง (delayed conduction) ความดันโลหิตลดลงเวลาลุกขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ความสนใจทางเพศลดลง เป็นต้น (Tasman, Kay, & Lieberman, 2003; จำลอง ดิษยวณิช, 2531; สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

2. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าหรือ ECT. ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Tasman et al., 2003; ดวงใจ กสานติกุล, 2536) โดยบำบัด 4 - 12 ครั้ง ในเวลา 2 - 3 สัปดาห์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2536) การรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ monoamine metabolism โดยไปลดปริมาณของ postsynaptic beta-adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเชื่อว่าทำให้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) แต่ทั้งนี้การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกัน จึงควรให้การรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตใจต่อหลังจากผู้ป่วยอาการซึมเศร้าดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

3. การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้ป่วยการบำบัดร่วมมือในการรักษา การบำบัดทางจิตสังคมมีหลายวิธี ดังนี้

3.1 จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้ป่วย การบำบัดเป็นการดึงแรงจูงใจในระดับจิตไร้สำนึกมาสู่ระดับจิตสำนึก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สามารถเปลี่ยนบุคลิกภาพได้ (ไพรัตน์ พลฤษชาติ คุณากร, 2533) โดยลดความขัดแย้งในจิตใจ ความวิตกกังวล โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่การทำจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์มีข้อจำกัดที่มักจะใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; วัชร ทรัพย์มี, 2533)

3.2 จิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วย โดยมีการสร้างสัมพันธภาพเชิงรักษาร่วมกับการชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่ไม่ต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม

และปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น (จันทิมา องค์โนนิต, 2545 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) วิธีการบำบัดประกอบด้วยสุขภาพจิตศึกษา การสืบค้นปัญหาให้ชัดเจน การสะท้อนกลับ การฟัง และการจัดการกับอาการ (Fawcett et al., 1987 cite in Thase et al., 2000)

3.3 การบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้ง ปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์โดยมุ่งเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น และไม่ได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพ หรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) มีการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยรับการบำบัดตระหนักถึง อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค การประคับประคองทางสังคม ให้ความหวังและกำลังใจสู่รับการบำบัด (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ และคณะ, 2536) และนอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา การตรวจสอบอารมณ์ และการแสดงบทบาทจำลองในการบำบัด (Klerman et al., 1984 cite in Luty et al., 2007)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตาม (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) การบำบัดโดยมุ่งที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมาเป็นเป้าหมายในการแก้ไข และยึดหลักกระบวนการการใช้เหตุผลร่วมด้วย (วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ และคณะ, 2536) เช่น ผู้ป่วยมองตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ไม่กล้าเรียกร้องสิทธิที่ควรจะได้ ผู้บำบัดช่วยฝึกให้ผู้ป่วยมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น (Assertive training) เมื่อทำได้สำเร็จก็จะให้คำชมเชยหรือรางวัล เพื่อเป็นแรงเสริมทางบวก (positive reinforcement) ต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นนั้น (Townsend, 2006; วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ และคณะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

3.5 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดที่ว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไป ในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต (Beck, 1967) วิธีการบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยรับการบำบัด ค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลง (Beck et al, 1979)

3.6 การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) เป็นจิตบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็น

ปัญหา (Beck et al ,1979; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) โดยใช้การบำบัดทางปัญญาร่วมกับเทคนิคการสอน และการใช้เทคนิคทางพฤติกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Beck et al ,1979) ใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ทำให้ผู้รับบริการได้เข้าใจอาการซึมเศร้า และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง (Beck et al ,1979; Merabel-Sarron, 2008; กรมสุขภาพจิต, 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต่อไป

2. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ความหมาย

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) หมายถึง การบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดโดยวิธีนี้ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบน และพฤติกรรมที่ผิดปกติของเขาด้วยตนเอง (Beck et al ,1979)

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคล เป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนไปจากสถานการณ์ความเป็นจริง บุคคลจะมีความคิดในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ต่างๆ หรือโลกภายนอก รวมทั้งต่ออนาคตของตนเองด้วย ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าขึ้น (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภักย์, 2542) และความคิดที่บิดเบือนมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) เป็นกระแสความคิดที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลอย่างรวดเร็ว เป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองหรือเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยไม่สามารถฝืนไม่ให้คิดได้ และความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์ต่างๆ ทำให้มีผลต่ออารมณ์ เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต บุคคลจะเกิดลักษณะความคิดนี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติทางลบต่อเหตุการณ์นั้น และอารมณ์และความคิดมักจะเสริมแรงกัน (ดวงมณี จงรักภักย์,

2549; James & John, 1989) ดังการศึกษาของส่องแสง วิชัยวงศ์ (2546) ที่ศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.01$ และการที่ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติจึงเป็นประตูลำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ของผู้ป่วยได้

2. ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการ (Beck et al., 1979) คือ ความคิดที่บิดเบือนต่อตนเองในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนต่ออนาคตในทางลบ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความคิดที่บิดเบือนต่อตนเองในทางลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมองตนเองว่า บกพร่อง เช่น คิดว่าไม่เก่ง มองว่าตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ เนื่องจากข้อบกพร่อง โทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2 ความคิดที่บิดเบือนต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา มองโลกในแง่ร้าย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค

2.3 ความคิดที่บิดเบือนต่ออนาคตในทางลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ชีวิตมีแต่ความทรมาน มีสภาพหมดหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมองว่า สถานการณ์นี้ในอนาคตเป็นปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang, Lin & Lin (2007) ได้ ศึกษาถึงความคิดหลัก 3 ประการ กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่ไทเป ผลการศึกษาพบว่าความคิดหลัก 3 ประการ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ

2. แบบแผนความคิด (Schemata) แบบแผนความคิดถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็กเกี่ยวกับความคิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล การพัฒนาแบบแผนความคิดขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดูและการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด (Beck et al., 1979) เช่น บิดา มารดา แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีแบบแผนความคิดที่มีลักษณะบิดเบือน เนื่องจากได้รับประสบการณ์ในช่วงต้นๆ ของชีวิตที่เจ็บปวด ประสบกับเหตุการณ์บางอย่างที่ลึ้มเหลว (Beck et al., 1979) ทำให้บุคคลนั้นประสบกับปัญหาทางอารมณ์ เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ไม่สามารถปรับตัวได้ มีการประมวลเรื่องราวที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ เกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาแบบแผนความคิดทำให้เกิด

การสร้างแบบแผนความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Beck et al., 1979) และแบบแผนความคิดจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ซึ่งทำให้เกิดความคิดในทางลบ ส่งผลทำให้บุคคลเกิดลักษณะความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อเหตุการณ์นั้น และ ความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลต่ออารมณ์จึงทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (Beck et al., 1979; จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545; ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or cognitive distortion) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือนเป็นการแปลความจริงบิดเบือน การประเมินค่าตนเองในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง จนทำให้เกิดความคิดในทางลบ เช่น การคิดแบบสุดโต่ง การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราวมากกว่าความจริง ความคิดดังกล่าวจะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนแบ่งได้ ดังนี้ (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545; ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

3.1 การคิดแบบสุดโต่ง (All-or-nothing thinking) บุคคลคิดแบบสุดขั้วในทำนองไม่ขาวก็ดำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เขารักฉันอย่างสุดหัวใจ หรือ ไม่ก็เขาไม่รักฉันเลย

3.2 ความคิดในทางหายนะ (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การคิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต หรือ การที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนชั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

3.3 การคิดสรุปแบบเหมารวม (Overgeneralization) เป็นการด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย เช่น เพราะฉันตอบคำถามข้อหนึ่งไม่ได้ กรรมการคงประเมินให้ฉันไม่ผ่าน ฉันสอบไม่ได้แน่ๆ

3.4 การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) ในการประเมินคน หรือ สถานการณ์ จะพยายามขยายด้านลบและย่อส่วนด้านบวกอย่างไม่มีเหตุผล เช่น เมื่อฉันได้รับการประเมินไม่ดีแสดงว่าฉันโง่ แต่เมื่อได้รับการประเมินว่าดีก็ไม่ได้สรุปว่าฉันเป็นคนฉลาด

3.5 การไม่ยอมรับในสิ่งดีๆ (Disqualifying or discounting the positive) เป็นความคิดที่ไม่พอใจในสิ่งดีๆ ที่ตนมีอยู่เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า เช่น ฉันทำโครงการนั้นได้ดีแต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเก่งฉันเพียงแต่โชคดียเท่านั้น

3.6 การคิดหาเหตุผลโดยใช้อารมณ์นำ (Emotional reasoning) เป็นการใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ของตนเอง เช่น ฉันรู้สึกสิ้นหวังเพราะฉะนั้นอะไรก็คงไม่ดีสำหรับฉัน

3.7 การคัดกรองในใจ (Mental filter) เป็นการมองด้วยอารมณ์ และมองรายละเอียดหนึ่งหรือสองด้าน หรือเป็นการเลือกที่จะเชื่อ หรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด เช่น ถ้าวันนี้ฉันกับเพื่อนไปกินไม่ได้ดีแสดงว่าเราเป็นเพื่อนกันต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

3.8 การที่คิดบังคับตนเองว่าเรื่อง “น่าจะ” “ต้อง” (Should / Must) ไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน โดยมีความคิดว่าตนเองหรือผู้อื่นควรจะ หรือต้อง ประพฤติตัวอย่างไร และเมื่อไม่ได้ตามความคาดหวังเหล่านี้เขาจะประเมินแบบเกินจริงว่ามันแย่มาก เช่น ฉันควรจะทำอะไรให้ถูกเสมอการทำผิดพลาดเป็นเรื่องแย่มาก

3.9 การติดตรา (Labeling) เป็นการใช้การติดตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะเป็นทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ติดตราไว้ เช่น เด็กโง่ ปัญญาอ่อน ฉันไม่มีอะไรดี

3.10 การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง (Personalization) โดยแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือ พฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี เช่น คนจนมันไม่ขายตัวให้

3.11 การอ่านใจคน (Mind reading) เป็นการสรุป เดาในทางลบ โดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น เขาไม่ยอมทักทายกับฉัน แสดงว่าเขาจะไม่พอใจอะไรบางอย่าง

หลัก 10 ประการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้บำบัดจะต้องทำความเข้าใจพื้นฐานของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ซึ่งประกอบด้วยหลัก 10 ประการของการบำบัด ดังนี้ (Townsend, 2006; กรมสุขภาพจิต, 2550)

1. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญายู่บนพื้นฐานของปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ความคิดที่เบี่ยงเบน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและมีความคิดอย่างไร ซึ่งความคิดของผู้ป่วยนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาคือจิตบำบัดอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องมีพื้นฐานของ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และผู้บำบัดต้องคอยตรวจสอบความสัมพันธ์ในขณะที่การบำบัดกำลังดำเนินอยู่ เมื่อความสัมพันธ์มีความมั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจทำให้สามารถพูดได้อย่างตรงไปตรงมา สามารถแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมาได้

3. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เน้นความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างเต็มที่และการมีส่วนร่วมอย่างดี การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันเสนอหัวข้อในการที่จะนำมาเป็นประเด็นในการบำบัด ซึ่งประเด็นในการบำบัดมาจากการสรุปจากประสบการณ์ของผู้ป่วย จากการบำบัดครั้งก่อนหรือจากการให้ข้อมูลย้อนกลับจากการสังเกตของผู้บำบัด และจากงานที่ได้รับมอบหมาย ในการบำบัดต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้

ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายในขณะที่การบำบัดดำเนินอยู่ และผู้บำบัดเหมือนครูฝึก (coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และเข้าใจการใช้เทคนิคนั้น มีการฝึกฝน การใช้เทคนิคนั้นๆ จนเกิดความชำนาญ

4. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งทำให้เห็นภาพว่าการบำบัดจะดำเนินไปอย่างไร ซึ่งเป้าหมายนั้นต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และการตั้งเป้าหมายสามารถย่อยเป็นเป้าหมายเล็กๆ ได้หลายเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถทำให้ถึงเป้าหมายเหล่านั้นได้

5. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามุ่งเน้นที่ปัจจุบัน แต่อาจมีการย้อนกลับไปดูเหตุการณ์ในอดีต เพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร และผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะ ประเมินความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิด และความเชื่อที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

6. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีส่วนของการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น มีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินโรค หลักการและแนวคิดของ cognitive therapy และ cognitive model รวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด

7. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้ชัดเจน เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากำหนดไว้ 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง ความถี่ในการบำบัด ส่วนใหญ่ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถ้ามีอาการรุนแรงอาจพบกันบ่อยขึ้น เมื่อมีอาการดีขึ้นอาจพบกัน 2 สัปดาห์/ครั้ง จากนั้นอาจพบกันเดือนละ 1 ครั้งในผู้ป่วยที่ต้องการการกระตุ้นการบำบัด (booster)

8. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับ ดังนี้ 1) มีการตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย 2) ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวคร่าวๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง 3) ทบทวนการบ้านรวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) จาก session ที่แล้ว 4) ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (set agenda) ในการบำบัดแต่ละครั้ง 5) พูดคุยในหัวข้อตามที่ตกลงกัน 6) สรุปเนื้อหาที่พูดคุย 7) กำหนดการบ้านสำหรับครั้งนี้ 8) ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย session

9. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ แยกแยะ และประเมิน ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการแก้ไขความคิดที่เบี่ยงเบน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ผู้บำบัดสอนให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถบำบัดตนเองได้ โดยผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะและเทคนิคใหม่ๆ และมีการฝึกฝนทักษะและเทคนิคนั้น

10. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นอยู่กับความเหมาะสม เช่น

ในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่เก็บตัวอาจปรับแก้ที่พฤติกรรมก่อน โดยกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ และสังเกตการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยกระฉับกระเฉงขึ้น ซึ่งส่งผลให้อารมณ์ดีตามมา

นอกจากหลัก 10 ประการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแล้ว ยังมีเทคนิคที่สำคัญในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนัก และอาการเจ็บป่วยดีขึ้น

เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

เทคนิคในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา จะส่งผลโดยตรงต่อการแปลความหมาย ความคิดที่เบี่ยงเบนให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล และตรงกับความเป็นจริง สามารถลดอาการทางจิตลงได้ (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภักย์, 2542; อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549) ซึ่งเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ประกอบด้วย เทคนิคต่างๆ คือ เทคนิคการสอน เทคนิคทางความคิด เทคนิคทางพฤติกรรม (Beck et al., 1979; Townsend, 2006; วีรุณี เอกกมลกุล, 2537; สุชาติ พหลภักย์, 2542)

1. เทคนิคการสอน (Didactic aspect) เป็นการที่ผู้บำบัดให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรม ความคิดหลัก 3 ประการ แบบแผนความคิด เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และเป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างและให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่

2. เทคนิคทางความคิด (Cognitive technique) เป็นเทคนิคที่ผู้บำบัดและผู้ป่วยช่วยกัน ค้นหาและทดสอบความคิดอัตโนมัติ และเทคนิคทางความคิดแนวทางในการบำบัดมี ดังนี้

2.1 การสกัดความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thought) ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่กั้นระหว่างเหตุการณ์ภายนอก ที่มากระทบกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น การสกัดความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับอารมณ์ ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยให้จับความคิดอัตโนมัติในทางลบและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง หลังจากนั้นมอบหมายการบ้าน

2.2 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้นให้มีความสมเหตุสมผลและตรงกับความจริงเพียงไร ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ อาจมีการเปรียบเทียบ กับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล การทดสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ ต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ ของผู้ป่วย การทดสอบ

ความคิดอัตโนมัติเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง

2.3 การพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identifying maladaptive assumption) ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ในขั้นตอนนี้จะเป็นการเริ่มปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งผู้บำบัดมักจะพบข้อสมมุติฐานที่ไม่เหมาะสมในการคิดการเข้าใจของผู้ป่วย และผู้ป่วยยึดสมมุติฐานนี้เป็นเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต จนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นในการบำบัดขั้นตอนนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) โดยการปรับเปลี่ยนความคิดมีดังนี้

2.3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) ใช้เมื่อผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในการทำงานหรือสถานการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้องและตนเองต้องรับผิดชอบ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา มีขั้นตอนดังนี้ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันทบทวนสถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยคิดตำหนิตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง ผู้บำบัดตั้งคำถามและ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาว่ามีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยอีกหรือไม่ ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น และให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนและให้คะแนนความรับผิดชอบต่อใหม่อีกครั้ง

2.3.2 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหาเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ โดยการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด โดยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง พิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น และให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลว่าจะเกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นจริงหรือยัง และถ้าเกิดขึ้นจริงผู้ป่วยมีการวางแผนจะอย่างไรบ้าง และการวางแผนในการแก้ไขปัญหามีความสำคัญต่อ ผู้ป่วย บุคคลใกล้ชิด และอนาคตที่จะเกิดขึ้น

2.4 การวิเคราะห์สมมุติฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing maladaptive assumption) เป็นการทดสอบความเป็นจริงของข้อสันนิษฐานผิดๆ โดยผู้บำบัดชวนผู้ป่วยทดสอบ

สมมุติฐานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ให้พิจารณาสมมุติฐานนั้นว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ หรือยังมีสมมุติฐานอื่นอีกที่เหมาะสมกว่า เมื่อสามารถพิจารณาแยกแยะได้แล้ว หากยังมีประเด็นปัญหาอยู่ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหา ค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยผู้บำบัดและผู้ป่วย ค้นหาแนวทางอื่นๆ ที่เป็นไปได้โดยใช้ศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหานั้น

3. เทคนิคทางพฤติกรรม (Behavior technique) โดยมักจะใช้เทคนิคทางพฤติกรรมร่วมกับเทคนิคทางความคิด เพื่อช่วยผู้ป่วยในการ ค้นหาและทดสอบความคิดที่ไม่เหมาะสม เรียนรู้วิธีการค้นหาคำอธิบายอื่นๆ สำหรับเหตุการณ์เดียวกัน และวิธีการทางพฤติกรรมมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วย วิธีการทางพฤติกรรม ประกอบด้วย

3.1 Activity Scheduling การจัดตารางกิจกรรมนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นความจริงในชีวิตของตนเองแต่ละวัน โดยผ่านการติดตาม (monitor) ของตนเอง และทำให้เกิดการรับรู้ ซึ่งทำให้ค้นพบสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวันของตนเอง และการจัดตารางกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และในการทำกิจกรรมอาจมีการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม โดยให้คะแนน จาก 0 – 10 คะแนน

3.2 Graded Task Assignments การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนเป็นเทคนิคการแบ่งปัญหาเป็นปัญหาย่อยๆ และแก้ปัญหากจากง่ายไปสู่ยาก ผู้ป่วยมักจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ แต่เมื่อสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จและความพอใจในการทำกิจกรรม จะช่วยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองลดความรู้สึกสิ้นหวัง การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน จะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้ป่วยก่อนแล้ว จึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

3.3 Behavioral Rehearsal เป็นการนำหลักการที่ได้ฝึกซ้อมให้เกิดทักษะนำมาดัดแปลง แก้ไขพฤติกรรมและความคิดที่ผิดปกติ เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ(role play)

3.4 Distraction เป็นการเลือกกิจกรรมที่เพลิดเพลินใจ ช่วยผลักดันผู้ป่วยออกจากความคิดที่หมกมุ่นและเบี่ยงเบน ช่วยให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมขึ้น

3.5 Miscellaneous Technique เทคนิคอื่นๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกความกล้าแสดงออก การเลียนแบบบทบาท (role model) การฝึกหยุดความคิด ซึ่งถูกใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม

3.6 Home work การบ้านเป็นส่วนสำคัญในการบำบัด ทำให้ผู้บำบัดได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และการบ้านเป็นแบบฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยทำการทดสอบในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ ไปสู่ความเป็นจริงและนำไปใช้นอกชั่วโมงบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายและทำการบ้านจะมีความก้าวหน้าในกระบวนการบำบัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบ้าน (ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

ระยะเวลา ความถี่ จำนวนครั้ง และ จำนวนสมาชิกในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

จากเทคนิคต่างๆ ทั้ง 3 เทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม (Rush & Beck, 2000) และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีระยะเวลา ความถี่ จำนวนครั้งและ จำนวนสมาชิกในการการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ระยะเวลาและความถี่ในการบำบัดทางปัญญา ระยะเวลาในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง และความถี่ของการบำบัดแต่ละครั้ง ควรทำการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (Beck et al., 1979) สอดคล้องกับ Yalom (1995) ที่กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาในการบำบัดที่เหมาะสมในแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

2. จำนวนครั้งในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ควรมีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 12-20 ครั้ง (Beck et al., 1979) และสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ซับซ้อน ควรบำบัดระหว่าง 12 - 16 ครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2550) โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอ ตกลงร่วมกับผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน

3. จำนวนสมาชิกในการบำบัด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัญหาของผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้บำบัด เป็นต้น หากสมาชิกมีจำนวนน้อยเกินไป อาจรู้สึกอึดอัด ไม่คุ้มค่าในการทำกลุ่ม หรือหากมีสมาชิกจำนวนมาก สมาชิกอาจแสดงความคิดเห็นได้น้อย และอาจเกิดกลุ่มย่อย และจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมนั้นไม่ควรน้อยหรือมากเกินไป ทั้งนี้ผู้ให้ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังนี้ Beck et al. (1979) กล่าวว่าไว้ว่า ในการบำบัดแบบกลุ่มควรมีสมาชิกตั้งแต่ 4-8 คน Yalom (1995) กล่าวว่าไว้ว่า ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 5 - 10 คน และ Marram (1978) กล่าวว่าไว้ว่า ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-12 คน

3. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การนำวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามาใช้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

1) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2) ผลการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เทคนิคในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาที่นำมาใช้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเทคนิคที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ ทักษะคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้มีความคิดและพฤติกรรมที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการบำบัด 3 ประการ (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภักย์, 2542) ดังนี้

1. เทคนิคการสอน (Didactic aspect) เป็นการที่ผู้บำบัดให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติในทางลบ แบบแผนความคิด การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และเป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่

2. เทคนิคทางความคิด (Cognitive technique) เป็นเทคนิคที่ผู้บำบัดและผู้ป่วยช่วยกันค้นหาและทดสอบความคิดอัตโนมัติ และเทคนิคทางความคิดแนวทางในการบำบัด ดังนี้

2.1 การสกัดความคิดอัตโนมัติ ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติในทางลบ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า และให้ฝึกจับความคิดอัตโนมัติในทางลบ ผู้บำบัดแยกแยะให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และพิจารณาความคิดอัตโนมัติที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเข้าใจเมื่อผู้ป่วยสามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบได้แล้ว หลังจากนั้นมอบหมายการบ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภักย์, 2542)

2.2 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought) ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยทดสอบความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้นให้มีความสมเหตุสมผล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบออกมาหลาย ๆ แนวทาง และผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความคิดอัตโนมัตินั้นทำให้เกิดประโยชน์กับเขาหรือไม่ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีเหตุผลบางอย่างที่ทำให้เขามีความคิดอย่างนั้น ซึ่งมีบ่อยครั้งที่มักจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ช่วงต้นของชีวิต และผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักระหว่างเหตุผลที่สนับสนุนและ

คัดค้านความคิดนั้นว่ามีข้อดี ข้อเสียอย่างไร โดยต้องประเมินทั้งระยะสั้นและระยะยาว วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบ นอกจากนี้ผู้บำบัดอาจตั้งคำถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความเสี่ยงต่อสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ และตั้งคำถามต่อมา คือ “แล้วจะเผชิญและจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร” วิธีการตั้งคำถามแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตัวปัญหาได้ชัดเจน และสามารถคิดถึงและควบคุมตัวปัญหาได้ และจะค่อยๆมั่นใจว่าจะสามารถแก้ปัญหานั้นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.3 การพัฒนามุมมองใหม่ สามารถทำได้หลายเทคนิค ดังนี้

2.3.1 การรวบรวมหลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติ วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองใหม่ต่อความคิด ความเชื่อ และสถานการณ์เดิม โดยผู้บำบัดจะต้องรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้มากพอในการที่จะปรับสมดุลระหว่างหลักฐานหรือเหตุผลที่จะสนับสนุนและคัดค้านมุมมองเดิม การรวบรวมข้อมูลโดยผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามไปเรื่อยๆ ในลักษณะที่ดึงผู้ป่วยออกจากความคิดของตัวเอง ทำให้เขาหลุดจากมุมมองเดิม เช่น “หากเป็นคนที่คุณรู้จักและห่วงใย มีความคิดเช่นนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร” หรือ “หากคนที่เป็นห่วงคุณ ทราบดีว่าคุณมีความคิดเช่นนี้ คุณคิดว่าเขาจะพูดกับคุณว่าอย่างไร” (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.3.2 การไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยถอยห่างความคิดและอารมณ์ของตัวเอง และพิจารณาความคิดที่เกิดขึ้นขณะนั้นว่า เป็นเพียงความคิดเห็น (opinion) ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นความจริงเสมอไป และมองความคิดของตัวเองเหมือนมองความคิดของผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.3.3 การระบุความคิดที่เป็นอคติ เช่น การระบุความคิดแบบสุดขั้ว (dichotomous thinking) หลักการ คือ สิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีระดับและขอบเขตตั้งแต่น้อยไปมาก ไม่มีอะไรที่ดีที่สุด หรือแย่ที่สุดไปตลอด โดยให้ผู้ป่วยลองคิดเป็นสองทาง เช่น ระหว่าง “แย่มาก/ไม่มีค่า” ที่สุด ให้คะแนนเป็น 0 ไปจนถึง “ดี/มีค่า” ที่สุด ให้คะแนนเป็น 10 และให้ผู้ป่วยระบุเหตุการณ์หรือความคิดกับการให้คะแนนระหว่าง 0 – 10 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าสิ่งที่ตนคาดการณ์ว่าเหตุการณ์ใดที่เกิดขึ้นจะรุนแรง หรือเลวร้ายทุกๆ ครั้งนั้นไม่เป็นความจริง และผู้บำบัดตั้งคำถามต่อเพื่อให้ผู้ป่วยคิดด้วยเหตุผล กระทั่งผู้ป่วยเกิดการยอมรับและเข้าใจในการจัดการกับความเชื่อตามความรู้สึก (emotional reasoning) นั้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.3.4 การโยงเข้าสู่ข้อสรุปใหม่ (Drawing a new conclusion) โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาหลายมุมมอง จะทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่กว้างขึ้น ทำให้เกิดความเป็นไปได้ที่หลากหลายขึ้น และสามารถสร้างข้อสรุปขึ้นมาใหม่ได้ โดยผู้ป่วยคิดได้ว่า ความคิดอัตโนมัติที่เขา

คิดไม่ใช่ความจริง 100 % ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด และผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2550)

3. เทคนิคทางพฤติกรรม เป็นเทคนิคที่สำคัญที่มักใช้ร่วมกับเทคนิคทางความคิด เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภักย์, 2542) มีดังนี้

3.1 Activity Scheduling การจัดตารางกิจกรรมการจัดตารางกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดการหมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และมีการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม โดยให้คะแนน จาก 0 – 10 คะแนน

3.2 Graded Task Assignments การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน เป็นเทคนิคการแบ่งปัญหาเป็นปัญหาย่อยๆ และแก้ปัญหามาจากง่ายไปสู่ยาก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำงานตามที่วางแผนได้และพอใจในการทำกิจกรรม จะช่วยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง

3.3 Behavioral Rehearsal เป็นการนำหลักการที่ได้ฝึกซ้อมให้เกิดทักษะนำมาดัดแปลง แก้ไขพฤติกรรม และความคิดที่ผิดปกติ เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ (role play) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพที่เกิดขึ้นในใจให้คมชัด เพื่อทบทวนความเป็นไปได้ของสถานการณ์หรือ ความคิดนั้น

3.4 Distraction เป็นการเลือกกิจกรรมที่เพลิดเพลินใจ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความคิดหมกมุ่นกับตัวเอง ช่วยให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมขึ้น

3.5 Home work การบ้านเป็นส่วนสำคัญในการบำบัด และการบ้านเป็นแบบฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยทำการทดสอบในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับการมอบหมายการบ้านไปปฏิบัติต่อหลังการบำบัด (ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลที่ได้จากการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เพราะผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก และจากการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงกับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์อย่างไม่ลำเอียง คำนึงถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นหลายๆ ด้าน แล้วตรวจสอบความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่สมเหตุ สมผล ยืดหยุ่น และมีความคิดที่ตรงกับความเป็นจริงเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญายังช่วยยืดระยะเวลาของการกำเริบของโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย (สุชาติ พหลภักย์,

2542) ดังการศึกษาของ Fava et al. (1998) ที่ศึกษาการป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยซึมเศร้ากับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา พบว่าในระยะติดตามผล 2 ปี กลุ่มทดลองมีอาการกำเริบ 25 % กลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบ 80% และกลุ่มทดลอง สามารถยืดเวลาอาการกำเริบของ โรคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ $P=0.003$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fava et al.(2004) ที่ศึกษาการติดตามผลผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานอกจากลดภาวะซึมเศร้าแล้วยังทำให้ความคิดด้านลบลดลง ทักษะคิดที่ผิดปกติดีขึ้น ดังการศึกษาของ (Kwon, & Oei. (2001) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความคิดของผู้ป่วยซึมเศร้า ที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีความคิดด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีทักษะคิดที่ผิดปกติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ยังทำให้การรับรู้การทำหน้าที่ดีขึ้น การมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) ลดลง การตำหนิตนเอง ลดลง ดังการศึกษาของ Enns et al. (2001) ที่ศึกษาการทำนายผลของการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือ พบว่า หลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาผู้ป่วยมีการรับรู้การทำหน้าที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมเจ้าระเบียบต่อตนเองและด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ การตำหนิตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังนั้นจึงมีการนำการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และให้ผลเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งในการนำงานวิจัยนั้น มาวิเคราะห์ในครั้งนี้ เพื่อนำความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผล และรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. แหล่งที่มาของหลักฐานงานวิจัยและการสืบค้นข้อมูล

การเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ ที่เกี่ยวกับ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยพิจารณาจาก สิ่งตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ และวารสารจากห้องสมุดจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ห้องสมุดของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และสถาบันอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลทาง อิเลคทรอนิกส์ (Electronic Resouce) จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized database) และวารสารอิเลคทรอนิกส์ (Electronic Journal) ในการสืบค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยในต่างประเทศ

การรวบรวมหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้น โดยเป็นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า

1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลสืบค้นตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้าและครอบคลุม ดังนี้

- Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy
- Depressive and cognitive behavior therapy
- Depression and cognitive behavior therapy
- Major Depressive Disorders and CBT
- Depressive and CBT
- Depression and CBT
- โรคซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- ซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

1.3 เลือกรฐานข้อมูลในการสืบค้น ซึ่งเป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, HighWire, Ovid, Science Direct

1.4 พิจารณาคัดเลือกงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.4.1 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย อายุ ตั้งแต่ 20 - 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV และ ICD-10

1.4.2 ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรม ปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้า

1.4.3 ประเภทของหลักฐานงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ งานวิจัยกึ่งทดลอง

1.4.4 งานวิจัยที่ตีพิมพ์ ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2008

1.4.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนงานวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนงานวิจัยที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนงานวิจัยที่สืบค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์	จำนวนงานวิจัยหลังจากตัดเรื่องซ้ำ
Pubmed	Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy	43	5	5
	Depressive and cognitive behavior therapy	96	6 (5)	1
	Depression and cognitive behavior therapy	120	4 (4)	0
	Major Depressive Disorders and CBT	45	6 (6)	0
	.Depressive and CBT	130	5 (5)	0
	Depression and CBT	162	5 (5)	0
CINAHL	Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy	8	0	0
	Depressive and cognitive behavior therapy	54	1(1)	0
	Depression and cognitive behavior therapy	289	1(1)	0
	Major Depressive Disorders and CBT	27	1(1)	0
	Depressive and CBT	36	1(1)	0
	Depression and CBT	23	1(1)	0
HighWire	Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy	183	5 (2)	3
	Depressive and cognitive behavior therapy	235	6 (6)	0

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย หลังจาก ตัดเรื่อง ที่ซ้ำ
HighWire	Depression and cognitive behavior therapy	405	6 (6)	0
	Major Depressive Disorders and CBT	100	6 (6)	0
	Depressive and CBT	126	5 (5)	0
	Depression and CBT	220	5 (5)	0
HW.Wilson	Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy	67	1(1)	0
	Depressive and cognitive behavior therapy	462	0	0
	Depression and cognitive behavior therapy	402	0	0
	Major Depressive Disorders and CBT	27	0	0
	Depressive and CBT	138	0	0
	Depression and CBT	138	0	0
Science Direct	Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy	24	3 (1)	2
	Depressive and cognitive behavior therapy	65	3 (3)	0
	Depression and cognitive behavior therapy	190	3 (3)	0
	Major Depressive Disorders and CBT	32	3 (3)	0
	Depressive and CBT	80	3 (3)	0
	Depression and CBT	217	3 (3)	0

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนงานวิจัยที่สืบค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์	จำนวนงานวิจัยหลังจากตัดเรื่องซ้ำ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย www.chula.ac.th	โรคซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	2	2	2
	ซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	2	2 (2)	0
ร.พ.ศรีธัญญา www.srithanya.go.th	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	1	1(1)	0
	ซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	1	1(1)	0
รวมทั้งหมดจาก 7 ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูล		4150	94 (84)	13

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลได้ โดยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อ แล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับสมบูรณ์ (Full Text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 13 เรื่อง (ตารางที่ 2)

2. แนวทางการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยและระดับหลักฐานอ้างอิง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัย หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort study, case control study

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้ 13 เรื่องนั้นเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 2 เรื่อง และเป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 11 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย จำนวน 13 เรื่อง

อันดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับงานวิจัย
1	Differences in Brain Glucose Metabolism Between Responders to CBT. And Venlafaxine in 16-Week Randomized Controlled Trial	Kennedy, S. H., Konarski, J. Z., Segal, Z. V., Lau, M. A., Bieling, P. J., McIntyre, R. S., et al. (2007)	A
2	Randomized Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and cognitive-behavior therapy for Depression	Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.A., Mulder, R.T. et al.(2007).	A
3	Is cognitive behavior therapy just a 'nonspecific' intervention for depression? A retrospective comparison of cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo.	Thase, M.E., Friedman, E.S., Berman, S.R., Fasiczka, A.L., Lis, J.A., Howland, R.H., et al.(2000).	B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย จำนวน 13 เรื่อง (ต่อ)

อันดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับงานวิจัย
4	Group Cognitive Behavior Therapy for Residual Depression: Effectiveness and Predictors of Response	Enns, M.E., Cox, B.J., Pidlubny, S.R. (2001)	B
5	Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression	Kwon, S-M., Oei. T.P.S. (2001)	B
6	Cognitive Behavior Approach to Loss of Clinical Effect During Long-Term Antidepressant Treatment: A pilot Study	Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., & Grandi, S. (2002)	B
7	Modulator of Cortical Limbic Pathways in Major Depression	Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P. J., Kennedy, S. H., Mayberg, H., et al. (2004)	B
8	Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for prevention of Recurrent Depression	Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004)	B
9	Use of fMRI to Predict Recovery From Unipolar Depression With Cognitive Behavior Therapy	Siegle, G. J., Carter, C. S., & Thase, M. E. (2006).	B
10	The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem	Chen, T-H., Lu, R-B., Chang, A-J., Chu, D-M. & Chou, K-R (2006)	B
11	The co- administration of quetiapine or placebo to cognitive-behavior therapy in treatment refractory	Chaput, Y., Magnan, A., & Gendron, A. (2008)	B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย จำนวน 13 เรื่อง (ต่อ)

อันดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับงานวิจัย
11	depression: A preliminary trial.		
12	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	กุลธิดา สุภาคุณ (2549)	B
13	การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา	สุภาวดี ชัมมะรักจิต (2550)	B

2.2 การวิเคราะห์งานวิจัยในภาพรวม

มีงานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 13 เรื่อง ในการวิเคราะห์งานวิจัยได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะใช้กลั่นกรองจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 2.2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2.2.2 แบบการวิจัย (Research design)
- 2.2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Subject)
- 2.2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.2.5 เครื่องมือและผลลัพธ์ที่วัด (Instruments and outcomes)
- 2.2.6 วิธีการวิจัย และ การจัดการกระทำ (Method and Intervention)
- 2.2.7 ผลการวิจัย (Result)
- 2.2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
1. คุณภาพของงานวิจัย	จากการศึกษางานวิจัยพบว่างานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย เห็นได้ว่าเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง อยู่ในระดับ B จำนวน 11 เรื่อง ดังนี้ - งานวิจัยระดับ A เป็นงานวิจัยประเภท Randomized control trial จำนวน 2 เรื่อง (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ - งานวิจัยระดับ B เป็นงานวิจัยประเภท Quasi experimental research จำนวน 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 11 เรื่อง (Chaput, Magnan, & Gendron, 2008; Chen, Lu, Chang, Chu, & Chou, 2006; Enns, Cox, & Pidlubny, 2001; Fava, Ruini, Rafanelli, & Grandi, 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle, Carter, & Thase, 2006; Thase et al., 2000; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ธีมมะรักจิต, 2550)
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.1 การบำบัดรายบุคคล	จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง พบว่า รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามี 2 รูปแบบ 1) การบำบัดรายบุคคล 2) การบำบัดแบบกลุ่ม ดังนี้ การบำบัดรายบุคคล มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนี้ 2.1.1 ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า ผู้รับการบำบัด มีลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จำนวน 8 เรื่อง ได้รับการวินิจฉัย ตาม DSM – III –R จำนวน 2 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Thase et al., 2000) และ ได้รับการวินิจฉัย ตาม DSM – IV จำนวน 6 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.1 การบำบัดรายบุคคล (ต่อ)	2) อายุ ที่ใช้ในงานวิจัย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ ตั้งแต่ 20 – 60 ปี จำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) 3) ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัด แบ่งได้ ดังนี้ - ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) - ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง - มาก จำนวน 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) - ภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 4 เรื่อง (Chaput et al., 2008; ; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Siegle et al., 2006) - ไม่ได้กล่าวถึงระดับภาวะซึมเศร้าไว้ชัดเจน แต่กล่าวไว้ ดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) - เป็นการวิจัยติดตามผล และไม่ได้กล่าวถึงระดับภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) 4) มีร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคทางกายและ ไม่มีอาการทางระบบประสาท มีงานวิจัย 5 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) 5) ไม่มีประวัติ psychosis, Mania, Hypomania, Cyclothymic features จำนวน 4 เรื่อง (Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006) 6) ไม่มีประวัติเป็น Personality disorders จำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2004; Luty et al., 2007) 7) ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือ ติดแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Siegle et al., 2006;) 8) มีคะแนน verbal IQ มากกว่า 90 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (Siegle et al., 2006) 9) ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Goldapple et al., 2004)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.1 การบำบัดรายบุคคล (ต่อ)	10) การได้รับยาต้านเศร้า - ได้รับยาต้านเศร้าต่อเนื่อง จำนวน 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) - ไม่ได้รับยาต้านเศร้าก่อนการทดลอง 2 สัปดาห์ แต่ก่อนหน้านี้นี้ได้รับยาต้านเศร้าต่อเนื่อง จำนวน 4 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006) และมีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ขณะทำการวิจัยไม่ได้รับยาต้านเศร้า (Chaput et al., 2008; Thase et al., 2000) แต่ก่อนหน้านี้นี้ได้รับยาต้านเศร้าต่อเนื่องเช่นเดียวกัน - ไม่ได้รับยาต้านเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) เป็นงานวิจัยติดตามผล ซึ่งได้รับการบำบัดรักษาจบกระบวนการแล้ว 2.1.2 ผู้บำบัด จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีหลายวิชาชีพ และทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมในการบำบัดพฤติกรรมปัญญามาก่อนอีกทั้งมีประสบการณ์ในการบำบัดพฤติกรรมปัญญา ดังนี้ 1) จิตแพทย์ จำนวน 3 เรื่อง (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Luty et al., 2007) 2) นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 เรื่อง (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007) 3) ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้บำบัดจำนวน 4 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Goldapple et al., 2004; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) แต่เป็นผู้มีประสบการณ์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.1.3 สถานที่ จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) พบว่า สถานที่ในการบำบัดเป็นศูนย์สุขภาพในชุมชน 2.1.4 กิจกรรมการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง พบว่า เทคนิคการสอน ในการบำบัดครั้งแรกๆ มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2002; Luty et al., 2007) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ จำนวน 6 เรื่อง (Chaput et al., 2008;

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.1 การบำบัดรายบุคคล (ต่อ)	Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) เทคนิคทางความคิด มีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระบุและทบทวนความคิดด้านลบ ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าและการดำเนินชีวิต จำนวน 3 เรื่อง (Fava et al., 2002; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007) ใช้กลยุทธ์เพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทัศนคติ และอารมณ์เศร้า จำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) มีการประเมินความคิดบิดเบือนด้วยหลักฐาน และทดสอบด้านความเชื่อ พฤติกรรม ผู้บำบัดร่วมตรวจสอบ ชี้แนะในเรื่องหลักฐาน และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และการสร้างความคิดใหม่ จำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในการพัฒนาตนเองและการฟื้นฟูหายจากโรค (Fava et al., 2004) การบำบัดครั้งหลังๆ จะเน้นที่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Luty et al., 2007) เทคนิคทางพฤติกรรม มีการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Goldapple et al., 2004; Siegle et al., 2006) มีการบันทึกความคิดแต่ละครั้งของการบำบัด (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) มีการตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วม (collaborative inquiry technique) (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) มีการใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความกระตือรือร้นและช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด (Luty et al., 2007) มีการฝึกการกล้าแสดงออก การจัดการเวลาในการทำกิจกรรม และสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น (Fava et al., 2002; Fava et

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา 2.1การบำบัดรายบุคคล (ต่อ)	al., 2004) มีการฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Chaput et al., 2008) รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้าน (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) 2.1.5 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง พบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา มีดังนี้ 1) ให้การบำบัดจำนวน 6 ครั้ง บำบัด ครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) 2) ให้การบำบัดจำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) 3) ให้การบำบัดจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ≥ 60 นาที จำนวน 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) 4) ให้การบำบัดจำนวน 16 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Siegle et al., 2006) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์แต่ไม่ได้กล่าวรายละเอียดของการใช้เวลาในการบำบัด มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) บำบัด ครั้งละ 50 นาที และงานวิจัย 1 เรื่อง (Kennedy et al., 2007) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดเรื่องระยะเวลาในการบำบัด 5) ให้การบำบัดจำนวน 15 – 20 ครั้ง จำนวน 2 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Thase et al., 2000) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) ให้การบำบัดจำนวน 20 ครั้ง ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ซึ่งใน 4 สัปดาห์แรก ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อจากนั้นให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Goldapple et al., 2004) ให้การบำบัด 15-20 ครั้ง ไม่ได้กล่าวรายละเอียดเรื่องระยะเวลาในการบำบัด สรุปจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดรายบุคคล ส่วนใหญ่ให้ การบำบัด 15 – 20 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ให้การบำบัดครั้งละ 50 - 60 นาทีขึ้นไป

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.2 การบำบัดรายกลุ่ม	การบำบัดรายกลุ่ม มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนี้ 2.2.1 ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง พบว่า ผู้รับการบำบัด มีลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV จำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001) ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 จำนวน 2 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และวินิจฉัยโรคตาม Research Diagnostic Criteria 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) 2) อายุ ที่ใช้ศึกษางานวิจัย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20 -59ปี จำนวน 5 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) 3) ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัด แบ่งได้ ดังนี้ - มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยขึ้นไปจำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) - มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; Kwon, & Oei., 2001) - มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง – มาก จำนวน 2 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) 4) การได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีงานวิจัยที่กล่าวถึงเรื่องนี้ จำนวน 3 เรื่อง (Enns et al., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ จำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; Kwon, & Oei., 2001) 5) ไม่มีโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ วิดกกังวล กลัว จำนวน 4 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	6) ไม่ติดสุรา หรือยาเสพติด จำนวน 4 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)
2.2 การบำบัดรายกลุ่ม (ต่อ)	7) ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ จำนวน 3 เรื่อง (Chen et al., 2006; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)
	8) มีคะแนน Mini-Mental Status Examination (MMSE) อย่างน้อย 24 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (Chen et al., 2006)
	9) มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ กล่าวไว้จำนวน 4 เรื่อง (Chen et al., 2006; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550)
	10) ไม่เคยได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด จำนวน 3 เรื่อง (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550)
	2.2.2 ผู้บำบัด
	จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีหลายวิชาชีพและทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมในการบำบัดพฤติกรรมปัญญามาก่อนอีกทั้งมีประสบการณ์ในการบำบัดพฤติกรรมปัญญาดังนี้
	1) พยาบาลจิตเวช จำนวน 4 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550)
	2) นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001)
	2.2.3 กิจกรรมการบำบัด
	จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบว่า
	เทคนิคการสอน มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550) อธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550) ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือน (Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักขิต, 2550) และมีการสอนสั้นๆ การอ่านเพื่อเป็นแนวทาง (Kwon, & Oei., 2001)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.2 การบำบัดรายกลุ่ม (ต่อ)	เทคนิคทางความคิด มีการพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างความคิดอารมณ์ พฤติกรรม (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) การระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ผิดปกติ หรือ ไม่มีเหตุผล (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) การจัดประเภทความเชื่อ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ กระตุ้นให้สมาชิกทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบโดย ร่วมกันอภิปรายความคิดเห็น พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ มีการติดตามความคิดอัตโนมัติ (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) ร่วมกันหาความคิดทางเลือกหรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสนับสนุนและมาคัดค้านโดยมีการยกตัวอย่างจากสถานการณ์จริง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และการบำบัดมีการเน้นที่ผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ทัศนคติที่ไม่ดีในด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Enns et al., 2001) เทคนิคทางพฤติกรรม มีการเริ่มกลุ่มโดยให้สมาชิกเล่นเกมส เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) มีการบันทึกแบบบันทึก การทำการบ้าน (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) การใช้วิธีการหยุดความคิด (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) มีการจัดตารางกิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเอง/เพื่อความเพลิดเพลิน (Enns et al., 2001) มีการฝึกการกล้าแสดงออกในเรื่องการสื่อสารกับผู้อื่น (Enns et al., 2001) มีการฝึกทักษะในขณะบำบัด (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) การให้รางวัลตัวเอง (Kwon, & Oei., 2001)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2.2 การบำบัดรายกลุ่ม (ต่อ)	2.5 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีดังนี้ 1) ให้การบำบัดจำนวน 6 ครั้ง บำบัด ครั้งละ 90 -120 นาที โดยในสัปดาห์แรกให้การบำบัด 2 ครั้ง หลังจากนั้นบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) 2) ให้การบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) โดยงานวิจัย 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง งานวิจัย 1 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) บำบัดครั้งละ 1 - 1½ ชั่วโมง วันเว้นวัน 3) ให้การบำบัดจำนวน 12 ครั้ง มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001) โดยงานวิจัย 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที งานวิจัย 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) บำบัดจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง สรุปจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดรายกลุ่ม ส่วนใหญ่ให้การบำบัด 8 -12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง บำบัดครั้งละ 90 -120 นาที 2.6 จำนวนสมาชิก จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบว่า 1) จำนวนสมาชิกในการบำบัด 2-8 คน มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) 2) จำนวนสมาชิกในการบำบัด 10 คน มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) 3) ไม่ได้ระบุจำนวนสมาชิกในการบำบัด มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ 3.1 การประเมินด้านจิตสังคม	จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ ด้านจิตสังคม มีดังนี้ 3.1.1 ภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัย จำนวน 13 เรื่อง ใช้แบบประเมิน ดังนี้ - แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI.)และ Beck Depression Inventory II(BDI-II) มีงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) - แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD.) มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Thase et al., 2000) - แบบประเมิน modified version of Paykel's Clinical Interview for Depression จำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004) - แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS.) มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) 3.1.2 ความคิดด้านลบ มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) ใช้แบบประเมิน ดังนี้ - แบบประเมิน Automatic Thought Questionnaire จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) - แบบประเมินวัดความคิดอัตโนมัติของฮอลเลน และ เก็นคอลล (1980) แปลและเรียบเรียงโดยลัดดา แสนสิงหา และดาราวรรณ ต๊ะปันทา (2536) จำนวน 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) 3.1.3 ประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) ใช้แบบประเมิน SF-36 Health Survey 3.1.4 ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) ใช้แบบประเมิน Multidimensional Perfectionism Scale 2 ด้าน คือ ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบเกี่ยวกับตนเองโดยทำให้ตนสมบูรณ์แบบ (self-oriented perfectionism;SOP) และด้านสังคม (Socially prescribed perfectionism;SSP)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ 3.1 การประเมินด้านจิตสังคม (ต่อ)	3.1.5 ประเมินระดับการตำหนิตนเอง (self –criticism) มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) ใช้แบบประเมิน Depressive Experiences Questionnaire (DEQ.) 3.1.6 ประเมินระดับความเชื่อที่ผิดปกติ มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง(Kwon, & Oei., 2001) ใช้แบบประเมินDysfunctional Attitude Scales 3.1.7 ประเมินระดับความรู้สึกลดคุณค่าในตัวเอง มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale. 3.1.8 ประเมินอาการโดยรวม มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) ใช้แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist 3.1.9 ประเมินความรุนแรงของอาการ มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) ใช้แบบประเมิน Clinical Global Impression severity scale(CGI-S)
3.2 การประเมินทางห้องปฏิบัติการ	จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการมีดังนี้ 3.2.1 การทำ PET Scan เพื่อตรวจหาระดับการเผาผลาญกลูโคสในสมอง มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007) ซึ่งตรวจโดยเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ ตรวจก่อนและหลังให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 3.2.2 การทำ MRI. เพื่อวัดปฏิกิริยาตอบสนองทางประสาท (neural reactivity) มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Siegle et al., 2006) ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.1 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว	จากการวิเคราะห์งานวิจัย 13 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยวัดผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และผลลัพธ์ทางด้านห้องปฏิบัติการ ดังนี้ ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006 ; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) มีผลลัพธ์ทางการวิจัย ดังนี้ 4.1.1 ภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006 ; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05 - .001$ 4.1.2 ผลของความคิดด้านลบ มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) มีดังนี้ - งานวิจัย 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหามีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลงโดยผู้ป่วยมีคะแนนไม่เกิน 80 คะแนน - งานวิจัย 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) พบว่า 1) หลังผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ 2) เปรียบเทียบระหว่างหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาครั้งที่ 4 กับครั้งที่ 8 พบว่าผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.06$ 4.1.3 ผลของการรับรู้การทำหน้าที่ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) พบว่า คะแนนเฉลี่ยในการทำหน้าที่ต่างๆโดยรวมของผู้ป่วยหลังการบำบัดมากกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.1 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว (ต่อ)	4.1.4 ผลของระดับการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) พบว่า - คะแนนเฉลี่ยของระดับการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบเกี่ยวกับตนเอง (self-oriented perfectionism) และเกี่ยวกับสังคม (Socially prescribed perfectionism) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบหลังการบำบัดต่ำกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$, $p < 0.01$ ตามลำดับ แสดงว่า ผู้ป่วยมีระดับของการเป็นคนเจ้าระเบียบเกี่ยวกับตัวเองและเกี่ยวข้องกับทางสังคมลดลง - การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบเกี่ยวกับสังคมสัมพันธ์ไปในแนวทางบวกกับภาวะซึมเศร้า 4.1.5 ผลการตำหนิตนเอง (self-criticism) มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001) พบว่าหลังการบำบัดคะแนนเฉลี่ยของการตำหนิตนเองหลังการบำบัดต่ำกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ แสดงว่าหลังการบำบัดการตำหนิตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น 4.1.6 ผลของทัศนคติที่ผิดปกติ (attitude dysfunction) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001) พบว่า - หลังการบำบัดครั้งที่ 4 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ผิดปกติของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ แสดงว่าหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้น - หลังการบำบัดครั้งที่ 8 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ผิดปกติของผู้ป่วยลดลงกว่าครั้งที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p = 0.003$ แสดงว่าหลังการบำบัดครั้งที่ 8 ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้นกว่าหลังการบำบัดครั้งที่ 4 4.1.7 ภาวะซึมเศร้า และผลลัพธ์ทางด้านห้องปฏิบัติการโดยการทำ Pet scan, MRI จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Goldapple et al., 2004; Siegle et al., 2006) มี ดังนี้

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.1 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว (ต่อ)	- งานวิจัย 1 เรื่อง (Goldapple et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ และ ผลลัพธ์โดยการทำ Pet scan พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการเผาผลาญกลูโคสลดลงบริเวณ dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions. แต่มีการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate - งานวิจัย 1 เรื่อง (Siegle et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ และ ผลลัพธ์โดยการทำ MRI พบว่า 1) subgenual cingulate cortex หลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้ามีปฏิกิริยาต่อคำที่มีความหมายในทางลบในระดับต่ำร่วมกับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$ - ผลของ การวิเคราะห์สถิติถดถอย พบว่าการทำงานของ subgenual cingulate cortex สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าว่ามีการฟื้นหาย (เทียบกับคะแนน BDI. ครั้งสุดท้าย < 8 คะแนน) ทำนายว่าจะมีการฟื้นหายได้ถูกต้องในผู้ป่วย 7 จาก 9 คน และทำนายว่าไม่ฟื้นหายได้อย่างถูกต้องในผู้ป่วย 4 จาก 5 คน ($p=0.02$) 2) การวิเคราะห์ amygdala หลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร่ายังคงมีปฏิกิริยาตอบกลับระดับสูงต่อคำที่มีความหมายทางลบที่ amygdala ด้านขวา ร่วมกับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.04$ - ผลของ การวิเคราะห์สถิติถดถอย พบว่ากิจกรรมของสมองส่วน amygdala สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าว่ามีการฟื้นหาย ได้ถูกต้อง($p=0.01$)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	จากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Chen et al., 2006; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Thase et al., 2000; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) มีผลลัพธ์ ดังนี้
4.2 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ	4.2.1 เปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการพยาบาลปกติ (usual care) มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ดังนี้ - มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีความรู้สึกลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน - มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.004$ 4.2.2 เปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) พบว่า - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.059$) (จากการวัดผลลัพธ์หลักโดยดูจากเปอร์เซ็นต์ของคะแนน MADRS ที่ดีขึ้น) - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จากการวัดผลลัพธ์รอง โดยดูคะแนน MADRS ที่ดีขึ้น)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.2 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)	ตั้งแต่ 60% ขึ้นไป) - การวิเคราะห์โดยใช้ multiple linear regression กับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ พบว่า ความรุนแรงของอาการ x ชนิดของจิตบำบัดเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ ($F=4.28$, $P=0.040$) และการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับมาก และ โรคซึมเศร้าชนิด melancholia x ชนิดของจิตบำบัดไม่ได้ทำนายเรื่องการตอบสนองต่อการบำบัด - ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ (การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 20% การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาดตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 57%) (ทั้งการวัดผลลัพธ์หลักโดยใช้แบบประเมิน MADRS ตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไปและการวัดผลลัพธ์รองการตอบสนองของคะแนน MADRS ดีขึ้น 60% ขึ้นไป) 4.2.3 เปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอก มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) พบว่า - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.004$ - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการฟื้นหายมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอกหลังการบำบัดครบ 16 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.002$ 4.2.4 การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาด้านเศร้าเปรียบเทียบกับการจัดการทางคลินิกร่วมกับยาด้านเศร้า ดังนี้ - มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) ในระยะติดตามผล 1 ปี

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.2 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)	ผู้ป่วยที่บำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าแบบ tricyclic ขนาดเดิม มีอาการกำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเพิ่มขนาดของยาต้านเศร้าร่วมกับการจัดการทางคลินิกโดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอาการกำเริบภายใน 1 ปี มี 4/ 5 ราย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการกำเริบภายใน 1 ปี มี 1/ 5 ราย - มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) พบว่า 1) ในการติดตามผลระยะเวลา 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้ามีอาการกำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการทางคลินิกร่วมกับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีอาการกำเริบ 40 % และผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมีอาการกำเริบ 90% พร้อมกันนั้นการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการจัดการทางคลินิกผู้ป่วยจะได้รับการลดขนาดของยาไปเรื่อยๆ จนกระทั่ง 2 สัปดาห์สุดท้ายผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาจนกระทั่งถึงระยะติดตามผล แต่ในรายที่ผู้ป่วยอาการกำเริบทุกครั้งจะได้รับยาต้านเศร้าทั้งสองกลุ่ม 2) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ไม่มีอาการกำเริบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ โดยกลุ่มทดลองไม่มีอาการกำเริบเฉลี่ย 235 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่มีอาการกำเริบเฉลี่ย 95.5 สัปดาห์ 4.2.5 เปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า Venlafaxine มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Kennedy et al., 2007) พบว่า - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Venlafaxine มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p=0.001$, $p<0.001$ ตามลำดับ - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และผู้ป่วยที่ได้รับยา venlafaxine ภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.2 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)	- ผู้ที่ตอบสนองต่อการบำบัด ทั้งการบำบัดด้วย CBT และ venlafaxine ก่อนเริ่มการบำบัด ผู้ป่วยมี glucose metabolism ในสมองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ - หลังการบำบัด ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT และ venlafaxine มี glucose metabolism ลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex, left dorsomedial prefrontal cortex, พร้อมกับมี glucose metabolism เพิ่มขึ้นใน right inferior occipital cortex เหมือนกัน - หลังการบำบัด ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการบำบัด ในส่วนที่มี glucose metabolism ในสมองที่ต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี glucose metabolism เพิ่มขึ้นใน posterior cingulate แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT มี glucose metabolism ลดลงและมี glucose metabolism เพิ่มขึ้น ใน left inferior temporal cortex แต่มี glucose metabolism ลดลงในการรักษาด้วย venlafaxine 4.2.6 การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine เปรียบเทียบกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอก มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ต่อการรักษาหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่บำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$
4.3 สรุปประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา ทำให้ภาวะซึมเศร้า ความคิดด้านลบ ทศนคติที่ผิดปกติ ระดับการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบทั้งต่อตนเองและสังคม การดำเนินตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับ การพยาบาลตามปกติ การจัดการทางคลินิก การให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	การวิเคราะห์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.3 สรุปประสิทธิผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)	ยกเว้น การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเปรียบเทียบกับ การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า Venlafaxine พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงไปในแนวเดียวกัน และเมื่อมีการประเมินทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจด้วย Pet scan พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ glucose metabolism ในสมองลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex และเมื่อตรวจด้วย MRI พบว่า subgenual cingulate cortex มีปฏิกิริยาต่อคำที่มีความหมายในทางลบในระดับต่ำร่วมกับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และ amygdala มีปฏิกิริยาตอบกลับระดับสูงต่อคำที่มีความหมายทางลบ ร่วมกับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผล และรูปแบบเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้อภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษามีนงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 13 เรื่อง จากงานวิจัยที่สืบค้นทั้งหมด 4147 เรื่อง งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ได้จากต่างประเทศ จำนวน 11 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Kwon, & Oei., 2001; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) และในประเทศ จำนวน 2 เรื่อง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ธีมมะรักจิต, 2550) จะเห็นได้ว่าเมื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่างานวิจัยทั้ง 13 เรื่องเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 11 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ธีมมะรักจิต, 2550) ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเรื่องการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าทั้ง 13 เรื่อง จึงนับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพและมีหลักฐานเชิงประจักษ์มีความเพียงพอของงานวิจัยที่จะนำมาศึกษาวิเคราะห์ในครั้งนี้

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ศึกษาได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006 ; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) สรุปผลการศึกษา ดังนี้

- ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 5 เรื่อง

- ด้านความคิดด้านลบ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีความคิดด้านลบลดลงคะแนนไม่เกิน 80 คะแนนจำนวน 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และความคิดด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001)

- ด้านการรับรู้การทำหน้าที่ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการรับรู้การทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001)

- ด้านระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีพฤติกรรมเจ้าระเบียบต่อตนเอง (self-oriented perfectionism) และด้านสังคม (socially prescribed perfectionism) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001)

- ด้านการตำหนิตนเอง (self – criticism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการตำหนิตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Enns et al., 2001)

- ด้านทัศนคติที่ผิดปกติ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีทัศนคติที่ผิดปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001)

- มีการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate และการเผาผลาญกลูโคสลดลง dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions. posterior cingulated, inferior parietal, and inferior temporal Cortex จำนวน 1 เรื่อง (Goldapple et al., 2004)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลต่อการบำบัดผู้ป่วย กล่าวคือ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ความคิดด้านลบลดลง ทักษะคิดที่ผิดปกติดลดลง ระดับการมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบทั้งต่อตนเองและสังคมลดลง การดำเนินตนเองลดลง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของอาการของโรคซึมเศร้า (Beck, 1976; สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่า การบำบัดชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปสู่ความคิดที่มีเหตุผลได้มากขึ้น ดังที่ Beck et al. (1979) กล่าวว่า ผู้ป่วยซึมเศร้านั้นจะมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต และวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาจะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ในด้านการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมองของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาจะมีการเผาผลาญกลูโคสในสมองลดลงที่บริเวณ dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal โดยเฉพาะเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสในสมองบริเวณดังกล่าว เป็นสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นตัวแยกอารมณ์ซึมเศร้า กับอารมณ์สนุกสนานร่าเริง (euthymic) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kimbrell et al., 2002; Goldapple et al., 2004) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า สมองส่วนนี้จะทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้น และในการบำบัดทำให้การทำงานของสมองส่วนนี้ของผู้ป่วยลดลง การเผาผลาญกลูโคสในสมองส่วนนี้จึงลดลง และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงไปด้วย และจากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นการยืนยันได้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาสามารถใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้า

2.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับการบำบัดตามปกติ (usual care) มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงทั้ง 2 เรื่อง (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) และในส่วนของงานวิจัยของ Chen et al. (2006) ที่ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะติดตามผล 1 เดือน ยังพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) ทั้งนี้เพราะการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Beck et al., 1979) และการฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม (Goldapple et al., 2004; Siegle et al., 2006) ส่วนการบำบัดเปรียบเทียบ คือ การบำบัดตามปกติ เป็นการพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยใน ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ส่วนในผู้ป่วยนอก การบำบัด

ตามปกติในผู้ป่วยนอก (Chen et al., 2006) อาจมีการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา ซึ่งทั้งการการพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยใน และการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยนอก เป็นการให้การพยาบาลทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ปัญหาด้านความคิดของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไข

2.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลส่วนใหญ่ให้ผลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ โดยการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 20% การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 57% อธิบายได้ว่าผลการบำบัดทั้งการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่ส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้าลดลงไปในแนวทางเดียวกัน เพราะว่าการบำบัดทั้ง 2 ประเภท มีบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน คือ การเน้นในเรื่องของจิตใจ และอารมณ์เป็นสำคัญ โดยมีการสร้างความคุ้นเคย ความใกล้ชิด การสนับสนุนให้กำลังใจ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เป็นต้น แต่ในส่วนที่แตกต่างที่สำคัญ คือ การบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และมุ่งเน้นปัญหาความคับข้องใจในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น แต่ไม่ได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการบำบัดเน้นที่ความคิด โดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ความคิดในทางลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Beck et al., 1979; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) แต่ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาได้ผลดีกว่าการบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ เพราะการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมากนั้นจะมีการกระตุ้นพฤติกรรมในช่วงการบำบัดต้นๆ (DeRubeis et al., 1999; McLean & Taylor, 1992; Shapiro et al., 1994; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ทำให้ส่งผลดีต่ออาการ ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นขึ้น ในขณะที่วิธีการสำรวจปัญหาของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่มีการกระตุ้นพฤติกรรม (Luty et al., 2007)

2.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอก มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการฟื้นฟูของโรคมามากกว่า ($HRSD \leq 6$ คะแนน) อธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง เป็นการบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วย

ลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วย มีการชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ไม่ต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคอง จึงเป็นการบรรเทาปัญหาให้ผ่อนคลายลงได้บ้าง แต่ไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาที่ให้ความสำคัญในเรื่องของการปรับเปลี่ยนความคิดมากกว่า (Beck et al., 1979; สุชาติ พหลภักย์, 2542) ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย จึงทำให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพมากกว่า

2.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้าเปรียบเทียบกับ
การจัดการทางคลินิกร่วมกับยาต้านเศร้า มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004) พบว่า

ระยะติดตามผล 1 ปี มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้ากลุ่มTricyclicโดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมตลอด มีประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกร่วมกับการเพิ่มขนาดยาต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้ากลุ่มTricyclicโดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมมีอาการกำเริบน้อยกว่า

ระยะติดตามผล 6 ปี มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีอาการกำเริบน้อยกว่า และระยะเวลาที่อาการสงบนานกว่า

อธิบายได้ว่าการจัดการทางคลินิก เป็นการทบทวนสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น มีการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำกับผู้ป่วยแต่ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการปรับความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย (Fava et al., 1998) ตรงกันข้ามกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผลและพฤติกรรมที่เหมาะสม (Beck et al., 1979; Fava et al., 1998; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เช่น การระบุและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีการฝึกการกล้าแสดงออก การจัดการภารกิจกรรม การปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดการยอมรับตัวเอง มีการพึ่งตนเอง

2.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา(CBT) กับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า
Venlafaxine มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Kennedy et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า Venlafaxine ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในแนว

เดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าการลดลง และเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT และ venlafaxine มี การเผาผลาญกลูโคสลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex, left dorsomedial prefrontal cortex, พร้อมกับมีการเผาผลาญกลูโคส เพิ่มขึ้นใน right inferior occipital cortex เหมือนกัน

ในส่วนที่มีการเผาผลาญกลูโคส ในสมองที่ต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ venlafaxine มีการเผาผลาญกลูโคสที่เพิ่มขึ้นใน posterior cingulate แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT มีการเผาผลาญกลูโคสลดลงและผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT มีการเผาผลาญกลูโคส เพิ่มขึ้น ใน left inferior temporal cortex แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ venlafaxine การเผาผลาญกลูโคสส่วนนี้ ลดลง

ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งสองกลุ่ม (CBT, Venlafaxine) พบว่า สมองบริเวณ ventrolateral และ dorsomedial prefrontal cortex มีการเผาผลาญกลูโคสลดลงทั้งสองกลุ่ม การอธิบายเหตุผลเป็นไปตามข้อ 2.1 ในส่วนการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาส่วนการเผาผลาญกลูโคส ในสมอง และนอกจากนี้ในการรักษาด้วยยา Venlafaxine นอกจากมีการเผาผลาญกลูโคสบริเวณ ventrolateral และ dorsomedial prefrontal cortex ลดลง ยา Venlafaxine เป็นยาด้านเศร้าในกลุ่ม Tricyclicแบบ dual-action ซึ่งมีคุณสมบัติในการยับยั้งการย้อนกลับของสารซีโรโทนินและนอร์อีพิเนฟรินในการเข้าสู่เซลล์ของสมอง Venlafaxine จะมีผลมากกว่ายาด้านโรคซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclicแบบ single-action ตัวอื่นๆ เพราะ Venlafaxine ทำให้ซีโรโทนินใน dorsal raphe มี axons ยาวขึ้น (Delgado, 2000) และทำให้ นอร์อีพิเนฟริน ใน pons, prefrontal cortical และ subcortical, thalamus และ hippocampus มี axons ยาวขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Delgado & Moreno, 2000)

2.7 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine เปรียบเทียบกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอก ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามิงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาได้ อธิบายได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine เป็นการบำบัดที่เสริมกัน โดยยา quetiapine เป็นยาด้านโรคจิตที่มีคุณสมบัติในการรักษาโรคทางอารมณ์ด้วยทั้ง Bipolar และ Unipolar ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดกลับของ serotonin ซึ่งทำให้ serotonin เพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง (Chaput et al., 2008) และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดเบี่ยงเบนในด้านลบ หรือความคิดบิดเบือนในผู้ป่วยซึมเศร้า (Beck et al., 1979; สุชาติ พหลภคย์, 2542) และการฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม (Fava et al., 1998)

ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของปัญหาของตนได้ถูกต้อง มีวิธีคิดและวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นส่งผลให้ระดับซึมเศร้าที่มีอยู่ลดลงได้

3. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากงานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง พบว่ารูปแบบการบำบัด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการบำบัดรายบุคคล และ 2) รูปแบบการบำบัดรายกลุ่ม อธิบายได้ดังนี้

1. การบำบัดรายบุคคล มีงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) จากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยที่ให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคลมากกว่าการบำบัดรายกลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบำบัดรายบุคคลสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลมากกว่า กล่าวคือ ผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานแตกต่างกัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548) การบำบัดรายบุคคลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยแต่ละคนได้มากกว่า ทั้งลักษณะปัญหาลักษณะความคิด จุดอ่อน จุดแข็ง และความแตกต่างระหว่างบุคคล และการบำบัดรายบุคคล มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันได้ดีกว่า ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เกิดความใกล้ชิด และมีความสะดวกใจที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่เป็นความลับของตนเองได้ง่าย (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ผู้รับการบำบัด มีงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ผู้รับการบำบัดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 4 เรื่อง รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมาก จำนวน 2 เรื่อง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ติดตามผลของภาวะซึมเศร้า มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ได้รับยาต้านเศร้า และไม่มีโรคจิต ไม่ติดสุรา หรือยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย รวมด้วย จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคลสามารถให้การบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้ทุกระดับตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับมาก แต่อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่ศึกษาจะเห็นได้ว่า สำหรับผู้รับการบำบัดจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาต้านเศร้ามาระยะหนึ่งก่อน แล้วจึงให้การบำบัดทางพฤติกรรมทางปัญญาต่อไป

ผู้บำบัด จากผลงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัด เป็น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้บำบัดนั้นมักจะอยู่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยา สุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งนี้เพราะวิชาชีพดังกล่าว เกี่ยวข้องกับเรื่องของความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจในเรื่องของจิตใจและพฤติกรรมต่างๆ จึงทำให้คุ้นเคยและเข้าใจผู้ป่วยซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมในการบำบัดแบบรายบุคคล ประกอบด้วย เทคนิคการสอน เทคนิคทางความคิด และเทคนิคทางพฤติกรรม : เทคนิคการสอน มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เรื่องความคิด

อัตโนวัติทางด้านลบ ส่วนเทคนิคทางความคิด มีการใช้เทคนิคต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยระบุและทบทวนความคิดด้านลบ ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าและการดำเนินชีวิต มีการใช้กลยุทธ์เพื่อลดความคิดอัตโนวัติด้านลบ ทักษะคิด และอารมณ์เศร้า มีการประเมินความคิดบิดเบือนด้วยหลักฐาน และทดสอบด้านความเชื่อ พฤติกรรม ผู้บำบัดร่วมตรวจสอบชี้แนะในเรื่องหลักฐาน และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และการสร้างความคิดใหม่ และเทคนิคทางพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า 2) การบันทึกความคิดแต่ละครั้งของการบำบัด การใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความกระตือรือร้นและช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด 3) การฝึกการกล้าแสดงออก 4) การจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม และสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อคุณภาพชีวิต 5) ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น 6) มีการฝึกทักษะทางสังคม 7) ฝึกทักษะการผ่อนคลาย 8) รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้าน

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมในการบำบัดรายบุคคลนั้น เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการผสมผสานกัน และสัมพันธ์กันเป็นอย่างดี ทั้งทางด้านความรู้ การปรับเปลี่ยนความคิด การฝึกทักษะทางพฤติกรรมมีความต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ดังที่ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) ได้กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดที่เบี่ยงเบนไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผล มีความคิดที่ยืดหยุ่น ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าลงได้ และเทคนิคทางพฤติกรรม เป็นเทคนิคที่ช่วยสนับสนุนการบำบัดทางความคิดเพราะเป็นการฝึกทักษะ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการบำบัดได้ดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) เช่น การฝึกซ้อมในระหว่างการบำบัด และการมอบหมายเป็นการบ้าน (Homework) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการบำบัดได้ดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) นอกจากนี้การมอบหมายการบ้าน เป็นแก่นการฝึกทักษะที่สำคัญ ในการบำบัดเพราะจะทำให้เกิดกระบวนการในการบำบัดที่อยู่ภายในนั้น คือ กระบวนการทางความคิดของผู้รับการบำบัด (Garland & Scott, 2002) และในผู้ป่วยที่ได้รับการบ้านจะทำให้การบำบัดมีความก้าวหน้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบ้าน (Judith Beck, 1995 อ้างใน ดวงมณี จงรักษ์ , 2549) ดังการศึกษาของ Graf, Gaudiano & Geller (2008) ที่ศึกษาผลของการบันทึกการบ้านในเรื่องอารมณ์ผู้ป่วยด้วยจิตบำบัด ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่บันทึกการบ้านสามารถลดอาการซึมเศร้าและลดภาวะวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด จากงานวิจัย 8 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง - มาก ให้การบำบัด 12 - 16 ครั้ง ครั้งละ 50 - 60 นาทีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีระดับซึมเศร้าน้อย- ปานกลาง ให้การบำบัด 6- 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จะเห็นได้ว่าในการบำบัดรายบุคคล

ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับระดับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากจะใช้เวลาในการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า และมีจำนวนครั้งในการบำบัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า น้อย - ปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ยาวนาน และไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในเรื่องความคิดด้านลบที่เบี่ยงเบนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ดังการศึกษาของ ส่องแสง วิชยวงศ์ (2546) ที่ศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงต้องใช้เวลาในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมีความคิดยืดหยุ่น ตรงตามความเป็นจริงได้ในที่สุด

2. การบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 5 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) การบำบัดรายกลุ่มแม้จะมีความศึกษาน้อยกว่าการบำบัดรายบุคคล แต่ผลในการบำบัด คือ ลดภาวะซึมเศร้าได้ไม่แตกต่างกัน ดัง Ross, & Scott. (1985) ที่กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาแบบรายบุคคลและแบบรายกลุ่มมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน การบำบัดรายกลุ่ม จะช่วยผู้รับการบำบัดได้จำนวนหลายคนในเวลาเดียวกัน และผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะไม่ใช่นั่นที่ มีปัญหาแต่คนอื่นก็มีปัญหาเหมือนกันกับตนเอง นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดยังรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากสมาชิกกลุ่ม เกิดความสามัคคีกันภายในกลุ่ม (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และสมาชิกเกิดการเรียนรู้ถึงการให้และการรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549) และการบำบัดรายกลุ่มช่วยลดต้นทุนได้ดีกว่า ดังการศึกษาของ Marques & Formigoni (2001) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลในผู้ป่วยจิตสุรา พบว่า การบำบัดรักษา ทั้ง 2 รูปแบบให้ผลไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาแบบกลุ่มลดต้นทุนได้ดีกว่า การบำบัดแบบกลุ่มจะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน ในขณะที่การบำบัดรายบุคคลสามารถช่วยผู้ป่วยได้ครั้งละ 1 คนเท่านั้น ดังนั้นการจะใช้การบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคลนั้น จึงขึ้นอยู่กับพิจารณาตัดสินใจของผู้บำบัดเป็นสำคัญ

ผู้รับการบำบัด มีงานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง ระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง - มาก จำนวน 4 เรื่อง และมีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อยขึ้นไป 1 เรื่อง ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับยาต้านเศร้ามาระยะหนึ่งแล้วเช่นเดียวกับการบำบัดรายบุคคล อธิบายได้ว่า ผู้รับการบำบัดแบบกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง - มาก และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าระยะหนึ่งแล้ว ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับนี้ ผู้ป่วยสามารถให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ เพราะผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้พอสมควร และมีอายุ ระหว่าง 20 - 60 ปี และได้รับยาต้านเศร้า ผู้ป่วยที่เลือกมาบำบัดทุกรายจะผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของงานวิจัยแต่ละงานวิจัย เช่น ไม่มีโรค

จิตร่วมด้วย ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ ไม่ติดสุรา หรือ ยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ผู้บำบัด เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังที่ สมบัติ ตาปัญญา (2549) กล่าวว่า ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรม มีความรู้ เรื่องเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเป็นอย่างดี สำหรับผู้บำบัดที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก จึงเห็นได้ว่าผู้ทำการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้น ไม่ได้จำกัด เฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยตรง แต่เน้นเรื่องของความรู้และประสบการณ์ของผู้บำบัดทาง พฤติกรรมปัญญามากกว่า และผู้บำบัดดังกล่าวถึงแม้จะมีวิชาชีพแตกต่างกันก็ตาม แต่เป็นที่น่าสังเกต ว่าผู้บำบัดทุกคนเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานและมีพื้นฐานความรู้และความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิต จิตเวช และจิตวิทยาอยู่แล้ว และเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างดี

กิจกรรมบำบัด ประกอบด้วย เทคนิคการสอน เทคนิคทางความคิด และเทคนิคทาง พฤติกรรม รายละเอียดของแต่ละเทคนิคอธิบายเช่นเดียวกับกิจกรรมการบำบัดรายบุคคล ในส่วนของ ความแตกต่างระหว่างกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลและแบบกลุ่ม เทคนิคทางพฤติกรรม มีการเริ่ม กลุ่มโดยให้สมาชิกเล่นเกมส่ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันรวมทั้งผู้บำบัด (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ในขณะที่การบำบัดรายบุคคลมีเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดเท่านั้น มีการใช้วิธีการหยุดความคิดในช่วงการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด มีการกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นร่วมกันมากกว่ากิจกรรมการบำบัดรายบุคคล การนำเทคนิค หยุดความคิดมาใช้ เป็นวิธีการอย่างหนึ่ง โดยผู้บำบัดออกคำสั่งให้ผู้ป่วยหยุดคิดช่วงใดช่วงหนึ่งใน ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการความคิดนั้น ซึ่งเทคนิคการหยุดความคิดเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยหยุดความคิด ในทางลบ ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการมีความคิดซ้ำๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดรายกลุ่ม จากงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ส่วนใหญ่ ผู้รับการบำบัดอยู่กับระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง - มาก จำนวน 4 เรื่อง ให้การบำบัด 12 ครั้ง บำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าน้อยขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง ให้ การบำบัดจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จะเห็นว่าการบำบัดรายกลุ่มทั้ง ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัดแต่ละครั้ง ไม่ขึ้นอยู่กับระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งในผู้รับการ บำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าน้อย และผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง - มาก จำนวนครั้ง และ ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ในการบำบัดรายกลุ่มต้องคำนึงถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ซึ่งไม่ควรน้อยเกินไปเพราะจะทำให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของ

สมาชิก การบำบัดจึงจะได้ผลดี (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550) และไม่ควรใช้เวลานานเกินไปเพราะจะทำให้สมาชิกเหนื่อยล้า ซึ่งสอดคล้อง Beck et al. (1979) ที่กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาในการบำบัดที่เหมาะสมในแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1.5 - 2 ชั่วโมง และ Yalom (1995) ก็กล่าวไว้ในทางเดียวกัน คือ ควรใช้เวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 1 - 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ในการบำบัดขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้บำบัดมากกว่า และขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของการเบี่ยงเบนทางความคิด รวมทั้งอาการของผู้ป่วย



บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผล และรูปแบบเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปประยุกต์ในการดูแลการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งงานวิจัยที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 13 เรื่อง เป็นงานวิจัย ประเภท Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง และเป็นงานวิจัย ประเภท Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยต่างประเทศ 11 เรื่อง ผลจากการทำการศึกษาทบทวนและวิเคราะห์งานวิจัย ทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญในประเด็นต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มี 2 รูปแบบ ดังนี้

1.1 การบำบัดรายบุคคล ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง – มาก ส่วนคุณสมบัติด้านอื่น คือ มีอายุ ระหว่าง 20 - 60 ปี ได้รับยาต้านเศร้า ไม่มีโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ ไม่ติดสุรา หรือยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด

ผู้บำบัด เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และมีสายงานส่วนใหญ่อยู่ทางด้านสุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาทางคลินิก

สถานที่ในการบำบัด เป็นศูนย์สุขภาพในชุมชน

กิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วย รายบุคคล เทคนิคการสอน การบำบัดครั้งแรกๆ มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ ส่วนเทคนิคทาง

ความคิด มีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระบุและทบทวนความคิดด้านลบ ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าและการดำเนินชีวิต มีการใช้กลยุทธ์เพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทักษะคิด และอารมณ์เศร้า มีการประเมินความคิดบิดเบือนด้วยหลักฐานและทดสอบด้านความเชื่อ พฤติกรรม ผู้บำบัดร่วมตรวจสอบ ชี้แนะในเรื่องหลักฐาน และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และการสร้างความคิดใหม่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในการพัฒนาตนเองและการฟื้นฟูหายจากโรค การบำบัดครั้งหลังๆ จะเน้นที่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และเทคนิคทางพฤติกรรม มีการกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การบันทึกความคิดแต่ละครั้งของการบำบัด การใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความกระตือรือร้นและช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด มีการฝึกการกล้าแสดงออก การจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม และสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น มีการฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการผ่อนคลาย รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้าน จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด ส่วนใหญ่ให้การบำบัด 15 - 20 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ให้การบำบัดครั้งละ 50 - 60 นาทีขึ้นไป

1.2 การบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

ผู้รับการบำบัดแบบกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง - มาก ส่วนคุณสมบัติด้านอื่น เป็นไปในแนวเดียวกันกับผู้รับการบำบัดรายบุคคล คือ มีอายุ ระหว่าง 20 - 60 ปี ได้รับยาต้านเศร้า ไม่มีโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ ไม่ติดสุรา หรือยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด

ผู้บำบัด เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา และมีสายงานส่วนใหญ่อยู่ทางด้านสุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช และมีความรู้ด้านนี้เป็นอย่างดี ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก

กิจกรรมในการบำบัด มีดังนี้ ด้านเทคนิคการสอน มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือน และมีการสอนสั้นๆ การอ่านเพื่อเป็นแนวทาง ด้านเทคนิคทางความคิด มีการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ พฤติกรรมการระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ผิดปกติหรือไม่มีเหตุผล การจัดประเภทความเชื่อ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ กระตุ้นให้สมาชิกทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยร่วมกันอภิปรายความคิดเห็น พร้อมทั้งหาหลักฐาน

สนับสนุนความคิดด้านลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดด้านลบ มีการติดตามความคิดอัตโนมัติ ร่วมกันหาความคิดทางเลือกหรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสนับสนุนและมาคัดค้าน โดยมีการยกตัวอย่างจากสถานการณ์จริง เทคนิค ทางพฤติกรรม มีการเริ่มกลุ่มโดยให้สมาชิกเล่นเกมส์ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก ด้วยกัน การบันทึกแบบบันทึก เน้นการทำการบ้าน การใช้วิธีการหยุดความคิด การจัดตาราง กิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเอง/เพื่อความเพลิดเพลิน การฝึกกล้าแสดงออกในเรื่องการสื่อสารกับ ผู้อื่น มีการฝึกทักษะในขณะบำบัด การให้รางวัลตัวเอง

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด กลุ่ม ส่วนใหญ่ให้การบำบัด 8 - 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้การบำบัดครั้งละ 90 -120 นาที

จำนวนสมาชิกในการบำบัด มีจำนวนสมาชิก 2 - 10 คน ถ้าเป็นกลุ่มขนาดใหญ่มีผู้ช่วยผู้ บำบัดด้วย

2. ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ มีดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน ดังนี้ แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI.)และ Beck Depression Inventory II (BDI-II) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD.) แบบประเมิน modified version of Paykel's Clinical Interview for Depression แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

2.2 ความคิดด้านลบ ใช้แบบประเมิน ดังนี้ แบบประเมิน Automatic Thought Questionnaire แบบประเมินวัดความคิดอัตโนมัติของฮอลเลน และเค็นดอลล์ (1980) แพลและเรียบเรียง โดยลัดดาแสนสิงหาและดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)

2.3 ประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ ใช้แบบประเมิน SF-36 Health Survey

2.4 ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) ใช้แบบประเมิน Multidimensional Perfectionism Scale 2 ด้าน คือ ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบเกี่ยวกับ ตนเองโดยทำให้ตนสมบูรณ์แบบ (self-oriented perfectionism; SOP) และด้านสังคม (Socially prescribed perfectionism; SSP)

2.5 ประเมินระดับการตำหนิตนเอง (self –criticism) ใช้แบบประเมิน Depressive Experiences Questionnaire (DEQ.)

2.6 ประเมินระดับความเชื่อที่ผิดปกติ มีงานวิจัย ใช้แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scales

2.7 ประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale

2.8 ประเมินอาการโดยรวม ใช้แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist

2.9 ประเมินความรุนแรงของอาการ ใช้แบบประเมิน Clinical Global Impression severity scale (CGI-S)

2.10 การทำ PET Scan เพื่อตรวจหาระดับการเผาผลาญกลูโคสในสมอง

2.11 การทำ MRI เพื่อวัดปฏิกิริยาตอบสนองทางประสาท (neural reactivity)

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 13 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยวัดผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และผลลัพธ์ทางด้านห้องปฏิบัติการโดยการทำ Pet scan และ MRI ดังนี้

3.1 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) สรุปผลการศึกษา ดังนี้

- ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ด้านความคิดด้านลบ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีความคิดด้านลบลดลงคะแนนไม่เกิน 80 คะแนนจำนวน 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และความคิดด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001)

- ด้านการรับรู้การทำหน้าที่ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการรับรู้การทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)

- ด้านระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีพฤติกรรมเจ้าระเบียบต่อตนเอง (self-oriented perfectionism) และด้านสังคม (socially prescribed perfectionism) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)

- ด้านการตำหนิตนเอง (self – criticism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการตำหนิตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)

- ด้านทัศนคติที่ผิดปกติ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีทัศนคติที่ผิดปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kwon, & Oei., 2001)

- มีการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate และการเผาผลาญกลูโคสลดลง dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions, posterior cingulate, inferior parietal, and inferior temporal Cortex (Goldapple et al., 2004)

3.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับการบำบัดตามปกติ (usual care) มี 2 เรื่อง พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) และมีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) และในระยะติดตามผล 1 เดือน ยังพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Chen et al., 2006)

3.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา กับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มี 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลส่วนใหญ่ให้ผลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ โดยการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 20% การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 57%

3.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา กับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดระดับประจักษ์และขาดออก มี 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดระดับประจักษ์ และขาดออกอย่างมีนัยสำคัญ โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการฟื้นฟูของโรคมากกว่า ($HRSD \leq 6$ คะแนน)

3.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้าเปรียบเทียบกับการจัดการทางคลินิกร่วมกับยาต้านเศร้า มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004) พบว่า

ระยะติดตามผล 1 ปี พบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Giovanni et al., 2002) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic โดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมตลอด มีประสิทธิภาพ

ในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกร่วมกับการเพิ่มขนาดยาต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic โดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมมีอาการกำเริบน้อยกว่า

ระยะติดตามผล 6 ปี มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีอาการกำเริบน้อยกว่า และระยะเวลาที่อาการสงบนานกว่า

3.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) กับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า Venlafaxine มี 1 เรื่อง (Kennedy et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา กับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า Venlafaxine ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในแนวเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าการลดลง และเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT และ venlafaxine มี การเผาผลาญกลูโคสลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex, left dorsomedial prefrontal cortex, พร้อมกับมีการเผาผลาญกลูโคส เพิ่มขึ้นใน right inferior occipital cortex เหมือนกัน

ในส่วนที่มีการเผาผลาญกลูโคส ในสมองที่ต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี metabolism ที่เพิ่มขึ้นใน posterior cingulate แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT มีการเผาผลาญกลูโคส ลดลงและมีการเผาผลาญกลูโคส เพิ่มขึ้น ใน left inferior temporal cortex แต่การเผาผลาญกลูโคส ลดลงในการรักษาด้วย venlafaxine

3.7 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine เปรียบเทียบกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ต้องการรักษา มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ต้องศึกษาแนวทางการบำบัดให้เข้าใจเป็นอย่างดีถึงวิธีการบำบัดและการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ จึงจะนำไปบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และต้องมีการ

ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด เช่นแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI.) และ Beck Depression Inventory II(BDI-II) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD.) แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) เพื่อประเมินประสิทธิผลการบำบัด และการบำบัดประกอบด้วย 3 เทคนิค คือ 1) เทคนิคการสอน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2) เทคนิคการบำบัดทางความคิด มีการระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์ การติดตามความคิดด้านลบ การทดสอบการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และนำไปสู่การสร้างความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล 3) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม เป็นการฝึกทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เหมาะสม เช่น การฝึกซ้อมในระหว่างการบำบัด และการมอบหมายงานเป็นการบ้าน (Homework) การจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

2. การวิจัยทางการแพทย์ จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการวิเคราะห์ไปพัฒนางานวิจัย ได้แก่

2.1 วิจัยทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 จากการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเปรียบเทียบกับ การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากกว่า จากการศึกษาวิจัยเพียงเรื่องเดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY IN
DEPRESSIVE PATIENTS

นันทน์ภัท พรหมแก้ว 4836253 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวัลดุ์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว),
ทัศนาศ ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 20 ของคนไทยทั้งประเทศ หรือ 12 ล้านคน (จันทิมา องค์โฆษิตไกรฤกษ์, 2550) และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 2 : 1 (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่สำคัญ 1 ใน 10 อันดับแรก และเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (ชรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549; วีระ ชูรุจิพร, 2542; .อภิชัย มงคล, 2549) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการเจ็บป่วยเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคจิตเภท และโรควิตกกังวล และจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปี 2547 - 2549 มีจำนวน 87,101 คน 93,566 คน และ 116,087 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 104.55, 149.90 และ 185.98 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากจำนวนดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยค่อนข้างสูง จึงนับว่าเป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจต่อการแก้ไขและให้การช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านี้ ให้มีอัตราการเกิดโรคลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้นตามลำดับ

โรคซึมเศร้าจัดได้ว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการ และอาการแสดงที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และด้านร่างกาย

(Beck et al., 1979; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้จะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย มีความรู้สึกเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ สำหรับอาการทางกาย ผู้ป่วยจะมีการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า มีความกลัวและวิตกกังวล รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ ไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด (ดวงใจ กสานครกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย มักจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกันทั้งทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่สมเหตุสมผล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต เช่น การตำหนิตัวเอง โทษตนเอง ว่าเป็นคนไม่ดี หรือมีความรู้สึกผิด ยึดมั่นในความคิดทางลบหรือ ความคิดบิดเบือนของตนอยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย อันส่งผลให้จิตใจมีสภาพท้อแท้ หมดหวัง มองตนเองไร้ค่า ไร้ความภาคภูมิใจ รู้สึกล้มเหลว หมดหนทางแก้ไข และไม่อยากมีชีวิตอยู่ (ดวงใจ กสานครกุล, 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2549; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานให้เกิดประสิทธิภาพได้ และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (Sandy Harper-Jaque, 2008; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความทุกข์ที่มีญาติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้คิดทำร้ายฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม ครอบครัวจะแยกตัวออกจากสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) วิตกกังวลต่อสถานภาพของครอบครัวในชุมชนและต่อการยอมรับของเพื่อนบ้าน สังคม และชุมชน ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการทำงาน ประสิทธิภาพของงานไม่ดี (Dorothy et al., 2005) เช่น มีการผิดพลาดของงานที่รับผิดชอบ หรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่สามารถทำได้สำเร็จ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ของเพื่อนร่วมงานที่จะต้องรับภาระงานส่วนนี้เป็นการเพิ่มหน้าที่การทำงานให้กับเพื่อนโดยปริยาย ที่สุดแล้วผู้ป่วยเองถ้าไม่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบให้เป็นบวกได้ ก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีอาการซึมเศร้ามลดลง เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ต่อไป

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี คือ การรักษาทางยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้าเป็นผลให้สารสื่อประสาทซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟรินเพิ่มขึ้นทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย (ดวงใจ กษานติกุล, 2536) และการบำบัดรักษาจิตสังคม เป็นการใช้วิธีทางจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ เป็นการดึงแรงใจในระดับจิตไร้สำนึกมาสู่ระดับจิตสำนึก เพื่อให้ผู้ป่วยลดความขัดแย้งในจิตใจ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533; วัชร ทรัพย์มี, 2533) การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการปรับทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้อารมณ์เศร้าลดลง ซึ่งเป็นการบำบัดที่ได้ผลดีเพราะสามารถให้การช่วยเหลือได้ตรงสาเหตุ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้น เป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดี (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) โดยมุ่งเน้นการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหาให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม (Fennell, 1990; Rush & Beck, 2000; Wright & Beck, 1999)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาล การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าได้ที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัธยาศัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลและรูปแบบเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้การบำบัดทางพฤติกรรม
ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นิยามศัพท์

โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามการ
จำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-IV (Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) (American Psychiatric Association, 1994) และ ICD-
10 (the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (Whole Health Organization,
1992) โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะเด่น และ/หรือ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่ง
ต่างๆ โดยมีอาการติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อย 4 อาการ ได้แก่
เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด สมาธิ
ลดลง และมีความคิดอยากตาย

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) หมายถึง
การบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งการบำบัด
โดยวิธีนี้ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆของความคิดที่เบี่ยงเบนและ
พฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้
ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบน
และพฤติกรรมที่ผิดปกติของเขาด้วยตนเอง (Beck et al., 1979)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลและรูปแบบ
เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. แหล่งที่มาของหลักฐานงานวิจัยและการสืบค้นข้อมูล

การเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า โดยพิจารณาจาก สิ่งตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ และวารสารจากห้องสมุดจาก
มหาวิทยาลัยต่างๆ ห้องสมุดของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และ
สถาบันอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลทาง อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resouce) จาก

ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized database) และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journal) ในการสืบค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยในต่างประเทศ

การรวบรวมหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้น โดยเป็นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลสืบค้นตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้าและครอบคลุม ดังนี้

- Major Depressive Disorders and cognitive behavior therapy
- Depressive and cognitive behavior therapy
- Depression and cognitive behavior therapy
- Major Depressive Disorders and CBT
- Depressive and CBT
- Depression and CBT
- โรคซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- ซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น ซึ่งเป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, HighWire, Ovid, Science Direct

1.4 พิจารณาคัดเลือกงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.4.1 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย อายุ ตั้งแต่ 20 - 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV และ ICD-10

1.4.2 ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.4.3 ประเภทของหลักฐานงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ งานวิจัยกึ่งทดลอง

1.4.4 งานวิจัยที่ตีพิมพ์ ระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2008

1.4.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลได้ โดยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อ

แล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับสมบูรณ์ (Full Text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 13 เรื่อง

2. แนวทางการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยและระดับหลักฐานอ้างอิง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัย หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort study, case control study

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความ สัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้ 13 เรื่องนั้นเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 2 เรื่อง และเป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 11 เรื่อง

2.2 การวิเคราะห์งานวิจัยในภาพรวม

มีงานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 13 เรื่อง ในการวิเคราะห์งานวิจัยได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะใช้กลั่นกรองจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 2.2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2.2.2 แบบการวิจัย (Research design)
- 2.2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Subject)
- 2.2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.2.5 เครื่องมือและผลลัพธ์ที่วัด (Instruments and outcomes)
- 2.2.6 วิธีการวิจัยและการจัดกระทำ (Method and Intervention)

2.2.7 ผลการวิจัย (Result)

2.2.8 ข้อเสนอแนะ (Implication)

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย จากการศึกษางานวิจัยพบว่างานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย เห็นได้ว่าเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A ประเภท Randomized control trial จำนวน 2 เรื่อง (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007) อยู่ในระดับ B ประเภท Quasi experimental research จำนวน 11 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 11 เรื่อง

2. รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มี 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1 การบำบัดรายบุคคล มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000) ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนี้

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง – มาก ส่วนคุณสมบัติด้านอื่น คือ มีอายุ ระหว่าง 20 – 60 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้า ไม่มีโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่ยากรู้คิดผิดปกติ ไม่คิดสุรา หรือยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด

ผู้บำบัด เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และมีสายงานส่วนใหญ่อยู่ทางด้านสุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาทางคลินิก

สถานที่ในการบำบัด เป็นศูนย์สุขภาพในชุมชน

กิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วย เทคนิคการสอน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ และแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ส่วนเทคนิคทางความคิด มีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระบุและทบทวนความคิดด้านลบ ความเชื่อ

เกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าและการดำเนินชีวิต มีการใช้กลยุทธ์เพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทักษะคิด และอารมณ์เศร้า การประเมินความคิดบิดเบือน และทดสอบความคิดบิดเบือน ความเชื่อ พฤติกรรม ผู้บำบัดร่วมตรวจสอบ ชี้แนะในเรื่องหลักฐาน และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และการสร้างความคิดใหม่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในการพัฒนาตนเองและการฟื้นฟูหายจากโรค การบำบัดครั้งหลังๆ จะเน้นที่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และเทคนิคทางพฤติกรรม มีการกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การบันทึกความคิดแต่ละครั้งของการบำบัด การใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความกระตือรือร้นและช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด มีการฝึกการกล้าแสดงออก การจัดการเวลาในการทำกิจกรรม และสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น มีการฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการผ่อนคลาย รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้านจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด ส่วนใหญ่ให้การบำบัด 15 - 20 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ให้การบำบัดครั้งละ 50 - 60 นาทีขึ้นไป

2.2 การบำบัดรายกลุ่ม มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนี้

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง - มาก ส่วนคุณสมบัติด้านอื่นเป็นไปในแนวเดียวกันกับผู้รับการบำบัดรายบุคคล คือ มีอายุ ระหว่าง 20 - 60 ปี ได้รับยาต้านเศร้า ไม่มีโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ ไม่ติดสุรา หรือยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด

ผู้บำบัด เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา และมีสายงานส่วนใหญ่อยู่ทางด้านสุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช และมีความรู้ด้านนี้เป็นอย่างดี ได้แก่ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาทางคลินิก

กิจกรรมในการบำบัด เป็นไปในแนวเดียวกันกับผู้รับการบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วย เทคนิคการสอน มีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา และการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้านเทคนิคทางความคิด มีการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ผิดปกติหรือไม่มีเหตุผล การจัด

ประเภทความเชื่อ การทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีการกระตุ้นให้สมาชิกทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยร่วมกันอภิปรายความคิดเห็น พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้านความคิดทางลบ มีการติดตามความคิดอัตโนมัติ และร่วมกันหาความคิดทางเลือกหรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสันนิษฐานและมาคัดค้านความคิด และมีการยกตัวอย่างจากสถานการณ์จริง เทคนิคทางพฤติกรรม มีการเริ่มกลุ่มโดยให้สมาชิกเล่นเกมส์ การบันทึกแบบบันทึก การฝึกกล้าแสดงออกในเรื่องการสื่อสารกับผู้อื่น มีการฝึกทักษะในขณะบำบัด การให้รางวัลตัวเอง การใช้วิธีการหยุดความคิด การจัดตารางกิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเอง/เพื่อความเพลิดเพลิน และการมอบหมายการบ้าน

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด กลุ่มส่วนใหญ่ให้การบำบัด 8-12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้การบำบัดครั้งละ 90 - 120 นาที

จำนวนสมาชิกในการบำบัด มีจำนวนสมาชิก 2 – 10 คน ถ้าเป็นกลุ่มขนาดใหญ่มีผู้ช่วยผู้บำบัดด้วย

3. ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ โดยมีการประเมินด้านจิตสังคม และการประเมินทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

3.1 การประเมินด้านจิตสังคม

3.1.1 ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI.) และ Beck Depression Inventory II(BDI-II) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD.) แบบประเมิน modified version of Paykel's Clinical Interview for Depression แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

3.1.2 ความคิดด้านลบ ใช้แบบประเมิน ดังนี้ แบบประเมิน Automatic Thought Questionnaire แบบประเมินวัดความคิดอัตโนมัติของฮอลแลน และ เก็นดอลล์ (1980) แปลและเรียบเรียงโดยลัดดา แสนสิงหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)

3.1.3 ประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ ใช้แบบประเมิน SF-36 Health Survey

3.1.4 ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) ใช้แบบประเมิน Multidimensional Perfectionism Scale 2 ด้าน คือ ประเมินระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบเกี่ยวกับตนเองโดยทำให้ตนสมบูรณ์แบบ (self-oriented perfectionism; SOP) และด้านสังคม (Socially prescribed perfectionism; SSP)

3.1.5 ประเมินระดับการตำหนิตนเอง (self – criticism) ใช้แบบประเมิน Depressive Experiences Questionnaire (DEQ.)

3.1.6 ประเมินระดับความเชื่อที่ผิดปกติ มีงานวิจัย ใช้แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scales

3.1.7 ประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale

3.1.8 ประเมินอาการโดยรวม ใช้แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist

3.1.9 ประเมินความรุนแรงของอาการ ใช้แบบประเมิน Clinical Global Impression severity scale (CGI-S)

3.2 การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

3.2.1 การทำ PET Scan เพื่อตรวจหาระดับการเผาผลาญกลูโคสในสมอง (glucose metabolism)

3.2.2 การทำ MRI. เพื่อวัดปฏิกิริยาตอบสนองทางประสาท (neural reactivity)

4. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 13 เรื่อง พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีดังนี้

4.1 ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006 ; สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) สรุปผลการศึกษา ดังนี้

- ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ด้านความคิดด้านลบ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีความคิดด้านลบลดลงคะแนนไม่เกิน 80 คะแนนจำนวน 1 เรื่อง (สุภาวดี ชัมมะรักจิต, 2550) และความคิดด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Kwon, & Oei., 2001)

- ด้านการรับรู้การทำหน้าที่ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการรับรู้การทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)

- ด้านระดับมีพฤติกรรมเจ้าระเบียบ (Perfectionism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีพฤติกรรมเจ้าระเบียบต่อตนเอง (self-oriented perfectionism) และด้านสังคม (socially prescribed perfectionism) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)
- ด้านการตำหนิตนเอง (self – criticism) พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีการตำหนิตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Enns et al., 2001)
- ด้านทัศนคติที่ผิดปกติ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีทัศนคติที่ผิดปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kwon, & Oei., 2001)
- มีการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate และการเผาผลาญกลูโคสลดลงบริเวณ dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions. posterior cingulated, inferior parietal, and inferior temporal Cortex (Goldapple et al., 2004)

4.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับการบำบัดตามปกติ (usual care) มี 2 เรื่อง พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Chen et al., 2006; กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Chen et al., 2006) และในระยะติดตามผล 1 เดือน ยังพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Chen et al., 2006)

4.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา กับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 1 เรื่อง (Luty et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลส่วนใหญ่ให้ผลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ โดยการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 20% การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้าระดับมาก 57%

4.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา กับการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดประคับประคองและยาหลอก มี 1 เรื่อง (Thase et al., 2000) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามี

ประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดระดับประจักษ์ และยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ โดยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการฟื้นฟูของโรคมากกว่า ($HRSD \leq 6$ คะแนน)

4.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาด้านเศร้าเปรียบเทียบกับ การจัดการทางคลินิกร่วมกับยาด้านเศร้า มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004) พบว่า

ระยะติดตามผล 1 ปี พบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Giovanni et al., 2002) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic โดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมตลอด มี ประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกร่วมกับการเพิ่มขนาดยาด้านเศร้า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (Fava et al., 2002) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic โดยใช้ขนาดยาเท่าเดิมมีอาการกำเริบน้อยกว่า

ระยะติดตามผล 6 ปี มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004) พบว่า การบำบัดทาง พฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่าการจัดการทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีอาการกำเริบน้อยกว่า และระยะเวลาที่อาการสงบ นานกว่า

4.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) กับการบำบัดด้วยยา ด้านเศร้า Venlafaxine มี 1 เรื่อง (Kennedy et al., 2007) พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทาง พฤติกรรมปัญญากับการบำบัดด้วยยาด้านเศร้า Venlafaxine ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในแนวเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าการลดลง และเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ในสมอง กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT และ venlafaxine มี การเผาผลาญกลูโคสลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex, left dorsomedial prefrontal cortex, พร้อมกับมีการเผาผลาญ กลูโคส เพิ่มขึ้นใน right inferior occipital cortex เหมือนกัน

ในส่วนที่มีการเผาผลาญกลูโคส ในสมองที่ต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี metabolism ที่เพิ่มขึ้นใน posterior cingulate แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ CBT มีการเผาผลาญกลูโคส ลดลงและมีการเผาผลาญกลูโคส เพิ่มขึ้น ใน left inferior temporal cortex แต่การเผาผลาญกลูโคส ลดลงในการรักษาด้วย venlafaxine

4.7 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา quetiapine เปรียบเทียบกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอก ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องการ รักษา มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Chaput et al., 2008) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับการ

รักษาด้วยยา quetiapine มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ต้องศึกษาแนวทางการบำบัดให้เข้าใจเป็นอย่างดีถึงวิธีการบำบัดและการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ จึงจะนำไปบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และต้องมีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด เช่น แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI.) และ Beck Depression Inventory II (BDI-II) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD.) แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) เพื่อประเมินประสิทธิผลการบำบัด และการบำบัดประกอบด้วย 3 เทคนิค คือ 1) เทคนิคการสอน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2) เทคนิคการบำบัดทางความคิด มีการระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์ การติดตามความคิดด้านลบ การทดสอบการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และนำไปสู่การสร้างความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล 3) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม เป็นการฝึกทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เหมาะสม เช่น การฝึกซ้อมในระหว่างการบำบัด และการมอบหมายงานเป็นบ้าน (Homework) การจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

2. การวิจัยทางการพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการวิเคราะห์ไปพัฒนางานวิจัย ได้แก่

2.1 วิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 จากการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเปรียบเทียบกับ การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากกว่า จากการศึกษาวิจัยเพียงเรื่องเดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY IN DEPRESSIVE PATIENTS

NUNNAPUS PROMKAW 4836253 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIAITRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ, M.ED. (GUIDANCE), TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Major depressive disorders are considered an important psychiatric problem in Thailand. This is because the incidence of major depressive disorders is increasing. Previous surveys have shown that about 20% of the total population in Thailand suffer from major depressive disorders, accounting for approximately 12 millions (Chantima Ongkositkairuek, B.E. 2550). Generally, major depressive disorders are found more in females than in males with the ratio of 2 to 1 (Manote Lortrakul & Pramote Sukanitch, B.E. 2548). World Health Organization has predicted that in 2017, major depressive disorders will be one of the tenth leading health problems, second only to myocardial infarction (Thorani Kongsuk et al., B.E. 2549; Weera Churujiporn, B.E. 2542; Apichai Mongkol, B.E. 2549). In Thailand, a survey carried out by the Department of Mental Health has revealed that patients with major depressive disorders rank third after schizophrenia and anxiety disorder. The numbers of patients with major depressive disorders between 2004 and 2006 were equal to 87,101, 93,566, and 116,087, respectively (Department of Mental Health, B.E. 2549). Thus, it can be seen that the numbers of patients with major depressive disorders are large, so the incidence of major depressive symptoms is considered an important problem that needs to be taken into consideration and solutions should be found so that

patients with major depressive symptoms will receive the assistance they need to improve their symptoms and reduce the prevalence of the disorders.

Major depressive disorders are considered an abnormality of the psychological and emotional conditions of individuals. There are a group of signs and symptoms which reflect emotional, cognitive, motivational, and physical instability (Ampaiwan Poomsrisawad, B.E. 2543; Beck et al., 1979). The patients with major depressive disorders are likely to be sad, easily irritable, bored, and lose interest in things around them. As for physical symptoms, the patients will lose appetite, develop insomnia, suffer from energy loss, have slow thinking and movements, and experience fear and anxiety. They eventually entertain suicidal thought or have suicidal attempt (Duangjai Kasantikul, B.E. 2542; Somphob Ruangtrakul, B.E. 2543; Beck, 1967). The sickness caused by major depressive disorders of the patients tend to result from various psychological, environmental, and hereditary factors which cause patients to develop negative automatic thoughts, distorted thinking, and unreasonable thinking about themselves, their environment, and their future. For example, they blame themselves for being bad persons, or they may have guilty, negative, or distorted feelings which are difficult to change and which affect their emotions and behaviors. They will then feel desperate, disheartened, worthless, and failed. Finally, they will feel that there is no way out and they no longer want to live (Duangjai Kasantikul, B.E. 2542; Manote Lortrakul & Pramote Sukanit, B.E. 2549; Somphob Ruangtrakul, B.E. 2543).

The aforementioned effects of such major depressive disorders make patients lose interest in self-care, decrease their quality of life, and deprive them of the ability to effectively function, so they become a burden on their family and coworkers (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2543; Sandy Harper-Jaque, 2008). As for effects on the family, the family members will encounter sufferings caused by major depressive disorders of the patients. They will also develop stress and anxiety due to provision of care to the patients, medical expenses, and necessity to monitor the patients to prevent them from committing suicide. With regard to social effects, the family tends to separate itself from the society (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2543), and they become concerned with the status of the family in the community and their acceptance by the society. Regarding effects on the co-workers, patients with major depressive disorders

do not have concentration in their work and their work efficiency is low (Dorothy et al., 2005). For example, they make mistakes in the work they are responsible for or they are unable to complete the assigned tasks in time or with efficiency, their coworkers will have to bear the burdens, so it increases the coworkers' workload. Eventually, if the patients are unable to adjust their automatic thoughts and change negative thinking to positive thinking, they may commit a suicide. One study has reported that depression accounts for 50% of suicides (Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546). Therefore, patients with major depressive disorders need to receive assistance that will reduce their depression and enable them to live happily in society without causing burdens to their family and society.

There are different methods to treat major depressive disorders. As for pharmacological treatment, antidepressants are prescribed to increase neurotransmitters called serotonin and norepinephrine to reduce depressive symptoms (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2545). The electrical treatment can also be used to treat patients with a high risk of suicide or those who are not responsive to antidepressants (Duangjai Kasantikul, B.E. 2536). Another method that is widely used in psychosocial therapy in different forms such as psychoanalysis which draws patients' unconscious motivation to conscious motivation to reduce mental conflicts in the patients' mind (Pairat Pruegsachartkunakorn, B.E. 2533; Watcharee Sapmee, B.E. 2533), interpersonal therapy which adjusts patients' human relations skills to enable them to better live with other people (Kasem Tantiphalacheeva, B.E. 2536; Pairat Pruegsachartkunakorn, B.E. 2533), and cognitive behavioral therapy which aims to adjust inappropriate thinking, emotions, and behaviors of the patients to promote reasonable thinking and appropriate behaviors to reduce depression. The last type of therapy is found to be effective because it provides direct assistance to address the causes of the problems (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2545; Orapan Lueboonthawatchai, B.E. 2549).

A review of literature and research on care provided to patients with major depressive disorders conducted both in Thailand and abroad has revealed that there are a large number of research studies on cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders sufficient for analysis and synthesis to derive at a new body of knowledge that can be subsequently used to care for patients with major

depressive disorders. Cognitive behavioral therapy is a therapy method which is effective for patients with major depressive disorders (Beck et al., 1979; Department of Mental Health, B.E. 2550; Suchart Paholpak, B.E. 2542). It emphasizes solving or adjusting inappropriate or problematic thinking and behaviors and change them to appropriate or reasonable thinking and behaviors, hence making patients understand different situations realistically and learn to solve problems correctly and appropriately (Fennell, 1990; Rush & Beck; 2000; Williams, 1997; Wright & Beck, 1999).

As a psychiatric nurse who is directly responsible for provision of care to prevent mental health problems and promote rehabilitation of psychiatric patients, the researcher was interested in searching, analyzing research on cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders. It is anticipated that the findings of this study could be used as a guideline in implementing the knowledge of cognitive behavioral therapy to more effectively provide nursing care activities to this group of patients.

Objective of the Study

To analyze research related to types and effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the study could lead to a new body of knowledge that could be implemented to provide care to patients with major depressive disorders.

Definition of Terms

Major depressive disorders refer to the condition that is diagnosed by a psychiatrist as major depressive disorders based on the DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) of the American Psychiatric Association (1994) and the ICD-10 (The Tenth Revision of the International Classification of Diseases) of the World Health Organization (1992). The most distinguishing characteristic of major depressive disorders is depression,

which is accompanied by boredom or loss of interest in things, lasting for more than two weeks. There need to be at least four accompanying symptoms such as loss of appetite, insomnia, slow movement, restlessness, fatigue, loss of sense of self-worth, guilt, loss of concentration, and suicidal thoughts.

Cognitive behavior therapy (CBT) refers to a type of therapy which combines the techniques of cognitive adjustment and behavioral adjustment. When CBT is applied, the therapists point out different distorted thinking and abnormal behaviors to the patients to make them have better understanding through systematic discussion on distorted thinking. The patients are also required to do different activities as homework to help them assess and adjust distorted thinking and abnormal behaviors by themselves (Beck et al., 1979).

Research Methodology

The present study aimed at analyzing research related to types and effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders. The study was conducted in the following steps:

1. Information resources

Research related to cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders was selected from printed materials including theses, dissertations, and academic journals from various libraries including university libraries, psychiatric hospital libraries, the library of the Department of Mental Health, and other institutions. In addition, electronic resources from computerized databases and electronic journals were also utilized to search for research and references conducted overseas.

The steps involved in the search were as follows:

1.1 The objective of the search was set, which was research or references related to cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders.

1.2 The keywords used in the search were determined to ensure that relevant research and references would be retrieved as follows:

- major depressive disorders and cognitive behavioral therapy
- depressive disorder and cognitive behavioral therapy
- depression and cognitive behavioral therapy
- major depressive disorders and CBT
- depressive disorder and CBT
- depression and CBT
- โรคซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- ซึมเศร้า และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

1.3 The databases used in the search were major medical and nursing databases such as Pubmed, CINAHL, HighWire, HW.Wilson, and ScienceDirect.

1.4 The inclusion criteria of the research were as follows:

1.4.1 The sample of the studies were patients 20 to 59 years of age who were diagnosed with major depressive disorders based on the criteria of the American Psychiatric Association called DSM-IV or ICD-10.

1.4.2 As for the type of the intervention, it was research on cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders.

1.4.3 The research evidence was derived from experimental research or quasi-experimental research.

1.4.4 The research was published between 2000 and 2008.

1.4.5 Its full text was available.

Based on the keywords specified in the study, related research was searched for from all available databases and data sources by studying the abstracts and used the abstract to search for the full text of the research from research reports and academic journals, both local and overseas journals, that were available in Thailand. The same abstracts of the research studies that were retrieved from different sources were omitted. Finally, 13 research studies which met the inclusion criteria and whose full text was available were selected in this study.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

The analysis and synthesis of research literature on cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders was conducted in the following steps:

2.1 Evaluation of research

The criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or a single study which is a randomized controlled trial (RCT).

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research or non-randomized controlled trial.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus.

Of the selected 13 studies, two were categorized under Level A, and 11 were categorized under Level B.

2.2 Data extraction

In systematically reviewing the selected 14 research studies, data extraction was conducted to analyze and synthesize the selected research with the following scope:

- 1) Research objectives
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Setting
- 5) Instruments and outcomes
- 6) Methods and interventions
- 7) Results
- 8) Implications

Findings

The analysis of research on cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders could be divided into four major aspects as follows:

1. Quality of research: In this study, when analyzing the quality of the selected research, it could be seen that of the selected 13 research studies, two studies were randomized controlled trials categorized under Level A (Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007), and 11 were quasi-experimental research categorized under Level B (Chaput et al., 2008; Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000; Kulthida Supakun, B.E. 2549; Supawadee Thammarakkhith, B.E. 2550). Also, it could be seen that two of the studies were conducted in Thailand, whereas the other 11 studies were carried out abroad.

2. Type of therapy: The cognitive behavioral therapy implemented in the selected studies could be divided into two types—individual therapy and group therapy.

2.1 Individual therapy: There were eight studies which employed individual therapy (Chaput et al., 2008; Fava et al., 2002; Fava et al., 2004; Goldapple et al., 2004; Kennedy et al., 2007; Luty et al., 2007; Siegle et al., 2006; Thase et al., 2000). The components of individual cognitive behavioral therapy were as follows:

The client: The clients were patients who were diagnosed with major depressive disorders by psychiatrists. Their level of depression ranged from moderate to high. Other characteristics included the age range between 20 and 60 years, history of prescription of antidepressants, and lack of other co-psychotic disorders such as schizophrenia, abnormal personality, anxiety, and fear. In addition, they did not have history of brain diseases, had no distorted cognition, were not addicted to alcohol or drugs, had no suicidal thoughts, were able to read and write, and had no history of lack of responsiveness to treatment.

The therapist: The therapists were those who had undergone training and had experience with cognitive behavioral therapy. Most were in the fields of mental healthcare, psychology, and psychiatry such as psychiatrists and clinical psychologists.

The venue: The therapy was carried out at a community health center.

The activity: The activities used in the therapy consisted of teaching techniques including dissemination of knowledge on major depressive disorders, negative automatic thinking, and the concept of cognitive behavioral therapy. With regard to thinking techniques, various techniques were employed to enable the patients to identify and review negative thinking, as well as their beliefs about themselves, their society, and their future which were related to their sad emotions and ways of living. Strategies were also utilized to reduce negative automatic thinking, attitudes, and sad emotions. The patients' distorted thinking, beliefs, and behaviors were also assessed and tested. The therapists took part in the therapy to examine and give guidance on evidence and adjustment of negative ideas and creation of new ideas. They also stimulated patients to become aware of significance of self-development and recovery. Later therapy sessions emphasized relapses and behavioral techniques. Behavioral stimulation was used to adjust what the patients had repeatedly done that led them to depression. Their thinking during each therapy session was recorded, and the behavioral techniques were used to increase their eagerness and change their thinking. Moreover, the patients were encouraged to express themselves and schedule activities included in the therapy. Their good behaviors which promoted quality of life were further enhanced, positive relationships with other persons were encouraged, and social skill and relaxation skill practices were carried out. Finally, homework assignments were given to the patients as well.

Number of sessions and duration: Most of the therapy sessions were carried out 15 to 20 times, once or twice a week, with each session lasting approximately 50-60 minutes or longer.

2.2 Group therapy: There were five studies which employed group therapy (Chen et al., 2006; Enns et al., 2001; Kwon, & Oei., 2001; Kulthida Supakun, B.E. 2549; Supawadee Thammarakkhith, B.E. 2550). The components of group cognitive behavioral therapy were as follows:

The client: The clients were patients who were diagnosed with major depressive disorders by psychiatrists. Most of them had their level of depression ranging from moderate to high. Other characteristics were similar to those of the

clients who received individual cognitive behavioral therapy including the age range between 20 and 60 years, history of prescription of antidepressants, and lack of other co-psychotic disorders such as schizophrenia, abnormal personality, anxiety, and fear. Also, they did not have history of brain diseases, had no distorted cognition, were not addicted to alcohol or drugs, had no suicidal thoughts, were able to read and write, and had no history of lack of responsiveness to treatment.

The therapist: The therapists were those who had undergone training and had experience with cognitive behavioral therapy. Most were in the fields of mental healthcare, psychology, and psychiatry and were highly knowledgeable in their line of work such as psychiatric nurses and clinical psychologists.

The venue: The therapy was carried out at a community health center.

The activity: The activities used in the therapy were rather similar to those used in the individual cognitive behavioral therapy. They consisted of teaching techniques including dissemination of knowledge on major depressive disorders and the relationship between major depressive symptoms and thinking, emotions, feelings, behaviors, and negative automatic feelings. As for thinking techniques, the patients were taught to consider the relationship among thinking, emotions, and behaviors, and to identify negative automatic thinking and abnormal or illogical beliefs. They also learned to categorize beliefs and test negative automatic thinking by means of discussions and searches for supporting evidence to argue against negative thinking. The patients' automatic thinking was followed up, and the group members helped one another alternatives or solutions to adjust negative thinking by analyzing good points and bad points of supporting evidence and giving examples from real-life situations. Regarding behavioral techniques, group members played games, completed record forms, and practiced interpersonal communication. Skill practices were also part of the therapy sessions, and the patients also learned to give themselves rewards, stop their thinking, plan for activities that were meaningful or relaxing for them, and completed the assigned homework.

Number of sessions and duration: Most of the therapy sessions were carried out eight to 12 times, once a week, with each session lasting approximately 90-120 minutes.

Number of group members: The group consisted of two to ten members. If the group was large, there would be assistants to the therapists.

3. Outcomes and assessment of outcomes: The outcomes of cognitive behavioral therapy were assessed in terms of psychosocial therapy and laboratory therapy as follows:

3.1 Psychosocial assessment

3.1.1 Depression was assessed using Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Depression Inventory II (BDI-II), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), the modified version of Paykel's Clinical Interview for Depression, and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

3.1.2 Negative thinking was assessed using the Automatic Thought Questionnaire and the automatic thought scale of Hollan and Kendoll (1980) which was translated and revised by Ladda Sansingha and Darawan Tapinta (B.E. 2536).

3.1.3 Perceived functioning was assessed using the SF-36 Health Survey.

3.1.4 Perfectionism behavior was assessed using the Multidimensional Perfectionism Scale in two aspects of self-oriented perfectionism (SOP) and socially prescribed perfectionism (SPP).

3.1.5 Self-criticism was assessed using the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ).

3.1.6 Abnormal thinking was assessed using Dysfunctional Attitude Scale.

3.1.7 Self-esteem was assessed using Rosenberg Self-Esteem Scale.

3.1.8 Overall symptoms were assessed using the Hopkins Symptom Checklist.

3.1.9 Severity of symptoms was assessed using the Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S).

3.2 Laboratory assessment

3.2.1 PET Scan was used to determine the level of glucose metabolism.

3.2.2 MRI was used to measure neural reactivity.

4. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders

The analysis of the selected 13 studies revealed the effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorders as follows:

4.1 There were five studies which were carried out with only one group of subjects (Enns et al., 2001; Goldapple et al., 2004; Kwon, & Oei., 2001; Siegle et al., 2006; Supawadee Thammarakkhit, B.E. 2550), which could be summarized as follows:

- Depression: It was found that after the implementation of cognitive behavioral therapy, the level of depression of patients with major depressive disorders reduced with statistical significance.

- Negative thought: After the implementation of cognitive behavioral therapy, the scores of negative thought of patients with major depressive disorders reduced no more than 80 points in one study (Supawadee Thammarakkhit, B.E. 2550) and decreased with statistical significance in another study (Kwon, & Oei., 2001).

- Perceived functioning: After the implementation of cognitive behavioral therapy, perceived functioning of patients with major depressive disorders increased with statistical significance (Enns et al., 2001).

- Perfectionism: After the implementation of cognitive behavioral therapy, self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism of patients with major depressive disorders decreased with statistical significance (Enns et al., 2001).

- Self-criticism: After the implementation of cognitive behavioral therapy, self-criticism of patients with major depressive disorders decreased with statistical significance (Enns et al., 2001).

- Abnormal attitudes: It was found that after the implementation of cognitive behavioral therapy, abnormal attitudes of patients with major depressive disorders decreased with statistical significance (Enns et al., 2001).

- Brain glucose metabolism: The findings showed that after the implementation of cognitive behavioral therapy, brain glucose metabolism of patients with major depressive disorders changed with statistical significance, with glucose metabolism increasing in the hippocampus and dorsal midcingulate and decreasing in the dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions, posterior cingulate, inferior parietal, and inferior temporal cortex (Goldapple et al., 2004).

4.2 There were two studies which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy and usual nursing care. It was reported that cognitive behavioral therapy was more effective than usual nursing care with statistical significance (Chen et al., 2006; Kulthida Supakun, B.E. 2549) and was able to increase the patients' self-esteem with (Chen et al., 2006). At the one-month follow-up, it was discovered that the patients had increased sense of self-esteem and a lower level of depression when compared to those who received only usual care with statistical significance (Chen et al., 2006).

4.3 There was one study which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy and interpersonal relationship therapy (Luty et al., 2007). It was found that the effectiveness of cognitive behavioral therapy and that of interpersonal relationship therapy were similar, except in the patients with severe major depressive disorders for whom cognitive behavioral therapy was more effective than interpersonal relationship therapy with statistical significance. The interpersonal relationship therapy could respond to 20% of patients with severe major depressive disorders, whereas cognitive behavioral therapy could respond to 57% of patients with severe major depressive disorders

4.4 There was one study which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy and the use of supportive psychotherapy with placebo (Thase et al., 2000). It was reported that cognitive behavioral therapy was more effective than supportive psychotherapy with placebo with statistical significance as it better reduced depression and increased recovery (HRSD $\leq$ 6 points).

4.5 There were two studies which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy with antidepressants and clinical management with antidepressants (Fava et al., 2002; Fava et al., 2004), with the following findings:

- At the one-year follow-up, cognitive behavioral therapy with the same doses of Tricyclic antidepressants was more effective than clinical management with increasing doses of Tricyclic antidepressants with statistical significance (Fava et al., 2002). The patients who received cognitive behavioral therapy with the same doses of Tricyclic antidepressants had fewer relapses.

- At the six-year follow-up, cognitive behavioral therapy was more effective than clinical management with statistical significance (Fava et al., 2004). The patients who received cognitive behavioral therapy with the Tricyclic antidepressants had fewer relapses and longer periods of remission.

4.6 There was one study which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy and treatment with the prescription of Venlafaxine (Kennedy et al., 2007). The findings showed that cognitive behavioral therapy and Venlafaxine could reduce depression along the same line with statistical significance, with an increase and a decrease of glucose metabolism in the brain as follows:

- The patients who were responsive to CBT and Venlafaxine had reduced glucose metabolism in the left and right lateral orbital frontal cortex and the left dorsomedial prefrontal cortex, and increased glucose metabolism in the right inferior occipital cortex.

- As for differences, the patients who were responsive to Venlafaxine had increased metabolism in the posterior cingulate, while those who were responsive to CBT had decreased glucose metabolism with increased metabolism in the left inferior temporal cortex. The glucose metabolism reduced in the patients who were treated with Venlafaxine.

4.7 There was one study which compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy with prescription of quetiapine and cognitive behavioral therapy with placebo in patients with major depressive disorders who were resistant to treatment (Chaput et al., 2008). It was reported that cognitive behavioral therapy with prescription of quetiapine was more effective than cognitive behavioral therapy with placebo with statistical significance.

Recommendations

1. The study findings on cognitive behavioral therapy could be used in nursing practices to provide assistance to patients with major depressive disorders. However, it is important that nurses study to ensure thorough understanding of the therapy and have sufficient practices to ensure expertise before actually implementing it with patients with major depressive symptoms. The patients who are to receive cognitive behavioral therapy have to be assessed to determine their level of depression both before and after the therapy using existing instruments such as Beck Depression Inventory (BDI), Beck Depression Inventory II (BDI-II), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), and Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) to clearly determine the effectiveness of the therapy. The therapy consists of three techniques: 1) Teaching technique including dissemination of knowledge on major depressive disorders, negative automatic thinking, and the relationship between major depressive symptoms and thinking, emotions, feelings, behaviors, and cognitive behavioral therapy. 2) Thinking techniques included identifying negative automatic thinking, linking the relationship between thinking and emotions, following up negative thinking, testing of adjustment of negative thinking, and creating new and logical thinking. 3) Behavioral techniques involve practices of related skills and promotion of appropriate changes in thinking such as rehearsal during therapy sessions and assignments of homework including scheduling of activities and relaxation skill practices.

2. The findings of the present study could also be used to develop nursing research as follows:

2.1 Research can be carried out to assess the effectiveness of cognitive behavioral therapy practice guidelines in patients with major depressive symptoms.

2.2 There was only one study which compared cognitive behavioral therapy with interpersonal relationship therapy and found that both therapies were effective, but cognitive behavioral therapy was more effective in patients with severe major depressive disorders. Therefore, studies should be carried out to yield more research-based evidence on the effectiveness of cognitive behavioral therapy and interpersonal relationship therapy in patients with major depressive disorders.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). อัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากรประจำปีงบประมาณ 2540 – 2545. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (*Cognitive - Behavior Therapy*). นนทบุรี.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา องค์ไวยมิต. (2545). จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- จันทิมา องค์ไวยมิตไกรฤกษ์. (2550). แพทย์ชี้คนไทยเป็นโรคซึมเศร้าปีละหมื่นคน. เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2553 จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/1832>.
- จำลอง ดิษยวัน. (2531). การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่: เจริญการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงมณี จงรัก. (2549). ทฤษฎีการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ธรณินทร์ กองสุข., เกษราภรณ์ เคนบุปผา., จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน., พุระหง ไซยพันโท., & สิริธร, บุตรวงษ์. (2549). การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิริธรรม ออฟเซต.
- ธัญญา ผลอนันต์. (2544). การใช้ความคิดอย่างพิจารณาญาณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ขวัญข้าวการพิมพ์.
- นงคราญ ภาสุข. (2535). หลักการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สุพรการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า. เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2553 จาก <http://www.ramament.com/depression/>.

- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สดคนิชย์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*, 20(1), 17-19.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สดคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- พนม เกตุมาน, วิไล คุปต์นิริตย์กุล, (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D)ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2533). *จิตเวชศาสตร์เล่ม 2*. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 13, 2.
- ลัดดา แสนสิงหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชร ททรัพย์มี. (2545). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิวัฒน์ ขณานันทน์, พันธศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ, อภิชัย มงคล และ ทวี ตั้งเสรี. (2536). *คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ่
- วิไล คุปต์นิริตย์กุล, พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D)ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2537). *การรักษาทงจิต*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วีระ ชูจิพร. (2542). *การจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 7. 176-178.
- ศิริพร จิรวัดกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2548). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน. (2539). *DSM IV. ฉบับภาษาไทย*. (ปราโมทย์ สดคนิชย์ มาโนช หล่อตระกูล ผู้แปล). กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

สมาคมผู้บกพร่องทางจิต. (2549). รู้จักและทำความเข้าใจกับโรคซึมเศร้า. เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2553 จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1015>.

สเปญ อุ่นองศ์ (2550). เปลี่ยนความคิดพิชิตความเศร้า. เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2550 จาก <http://www.informental.com/spain@hotmail.com>

สมบัติ ตาปัญญา. (2549). การประยุกต์ใช้จิตบำบัดเชิงพุทธิปัญญาและพฤติกรรม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการให้คำปรึกษา ที่ใช้การนึกคิดและการปรับพฤติกรรม. (ม.ป.ท.): มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมพร บุราทิจ, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, (2542). จิตเวชปฏิบัติ 43. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). ความคิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภรณ์อ็อฟเซต

สุภาวดี ชัมมะรักจิต. (2550). การศึกษาการใช้กลุ่มทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2539). สิ่งควรรู้เรื่องโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเบอร์ลี่ยูคเกอร์จำกัด.

ส่องแสง วิชัยวงศ์. (2546). ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุทิน ชาญวีรกุล. (2549). สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2550 จาก <http://www.dmp.go.th>.

อรพรรณ ลีอนุวัชรวิชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ลีอนุวัตรวิชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). *ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย มงคล. (2548). *ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย*. เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2552, from จาก <http://dmhstaff@dmhthai.com>
- อภิชัย มงคล. (2549). *มหัศจรรย์ "โรคซึมเศร้า" ตะลึง! คนไทยฆ่าตัวตาย ชม. ละคน*. เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2555, จาก http://www.mediathai.net/module/newsdesk/newsdesk_subcat1.php?board_id=578.
- อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition DSM – IV*. Washington, DC: Author.
- Amiel-Lebigre, F. (2004). Psychosocial factors associated to depressive episodes with hospitalization in women: a case-control study. *L' Encephale*, 30(2), 97-105.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2000). Beck Depression Inventory : Handbook of psychiatric measures . *American Psychiatric Association*. , 519-522.
- Burt, T., & Ishak, W.W. (2002). Outcome measurement in mood disorders: Outcome measurement in psychiatry a critical review. *American Psychiatric Publishing*. 155-190.
- Chang, HJ., Lin, MF., & Lin, KC. (2007). The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nursing Research*, 56(4), 252-259.
- Chaput, Y., Mangan, A., & Gendron, A. (2008). The co- administration of quetiapine or placebo to cognitive-behavior therapy in treatment refractory depression: A preliminary trial. *BMC Psychiatry*. 73(8). 1-8.

- Chen, T-H., Lu, R-B., Chang, A-J., Chu, D-M. & Chou, K-R.(2006). The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 20(1). 3-11.
- Cohen, R. I., & Hart, J. J. (1995). *Student psychiatry today: A comprehensive textbook* (2nd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- David, B. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, 57(1), 81-99.
- Dorothy, D., Dunlop, Larry, M., Manheim, Jing Song, & John, S.(2005). Incidence of Disability Among Preretirement Adult: The Impact of Depression. *American Public Health Association*,95(1).
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tong, T.Z., & Simon, A.D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severity depressed outpatients: mega- analysis of four randomized comparisons. *The American Journal of Psychiatry*.156. 1007-1013.
- Delgado, P.L.(2000). Depression the case for a monoamine deficiency. *The Journal Clinical Psychiatry*.61(6). 7-11.
- Delgado, P.L. & Moreno, F.A. (2000). Role of nor-epinephrine in depression. *The Journal Clinical Psychiatry*.61(1). 5-12.
- Enns, M.W., Cox, B.J., & Pidlubny, S.R. (2002). Group Cognitive Behavior Therapy for Residual Depression : Effectiveness and Predictors of Response. *Cognitive Behavior Therapy*.33 (1). 31-40.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevent of Recurrent Depression With Cognitive Behavior Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55(8). 816-820.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., & Grandi, S. (2002). Cognitive Behavior Approach to Loss of Clinical Effect During Long-Term Antidepressant Treatment: A pilot Study. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2094-2095.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876.

- Fuchs, E., Czeh, B., Kole, MH., Michaelis, T., & Lucassen, PJ. (2004). Alterations of neuroplasticity in depression: the hippocampus and beyond. *European Neuropsychopharmacol*, 14(5), 5480-5490.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 34-41.
- Greden, JF. (2001). The Burden of disease for treatment resistant depression. *The Journal of Psychiatry*, 62(1), 26-31.
- Key, A.J., & Lieberman, T.A. (2003). *Psychiatry*. (2nd ed.). England: John Willey & Sons. Ltd.
- Kendler, K., Kessler, R., Walters, E., Maclean, C., Neale, M., Heath, A., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 833-842.
- Kennedy, S. H., Konarski, J. Z., Segal, Z. V., Lau, M. A., Bieling, P. J., McIntyre, R. S., et al. (2007). Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial., *The American Journal of Psychiatry*, 164(5), 778-788.
- Kimbrell, T.A., Ketter, T.A., George, M.S., Little, J.T., Benson, B.E., Willis, M.W., et al. (2002). Regional cerebral glucose utilization in patients with a range of severities of unipolar depression. *Biol Psychiatry*, 51, 237-252.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 73-85.
- Lum, D., Shuck, N., Smith, N., Farmer, A., & Cherckly, S.(2003). Response style interpersonal difficulties and social in Major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 279-283.
- Langlieb, AM., & Depaulo, JR. Jr. (2008). Etiology of depression and implications on work environment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 391-395.
- Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.A., Mulder, R.T. et al.(2007). Randomized Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and cognitive-behavior therapy for Depression. *British Journal of Psychiatry*, 190 (8), 496-502.

- Marques, A.C., & Formigoni, M.L.(2001). Comparison of individual and group cognitive behavior therapy for alcohol and/or drug- dependent patients. *Addition*. 96.835- 846.
- Marram, G.D., (1978). *The group approach in nursing practices*. St Louis: The C.V. Mosby.
- Marshall AJ.,Harper-Jaques S.(2008). Depression and Family Relationships: Ideas for Healing. *Jounal Family Nursing*,14 (1).56-73.
- Melean, P., & Taylar, S. (1992). Severity of unipolar depression and choice of treatment. *Behavior Research and Therapy*. 30. 443-451.
- Muller, N., & Schwarz, MJ. (2007). Immunological aspects of depressive disorders. *Der Nervenarzt*, 78(11). 1261-1273.
- Papakostas, G.I.,Timothy, Joel, P., Masson, P.E., Worthington, J.J.,Jonathan E, et al.(2005). Hopelessness and Suicidal Ideation inOutpatients With Treatment-Resistant Depression: Prevalence and Impact on Treatment Outcome. *American Psychiatric Association*.3(1).140-145.
- Paizanis, E., Hamon, M., & Lanfumey, L. (2007). Hippocampal neurogenesis, depressive disorders, and antidepressant therapy. *Neurol Plasticity*, 2007, 73754.
- Reus, VI., Joseph, M., & Dallman, M. (1983). Regulation of ACTH and cortisol in depression. *Peptides*.49(5). 785- 788.
- Ross, M., Scott, M. (1985). An evaluation of the effectiveness of individual and group cognitive therapy in the treatement of depression in inner the health center. *The American Journal of Psychiatry*. 35. 239-242.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (2000). Cognitive therapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) (pp. 2167-2173). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandy, H-J.(2008). Depression and Family Relationships. *Journal of Family Nursing*.14(1).56-73.
- Siegle, G. J., Carter, C. S., & Thase, M. E. (2006). Use of FMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behavior therapy.*The American Journal of Psychiatry*, 163(4). 735-738.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the effectiveness of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62.522-534.

- Sher, L. (2004). Daily hassles, cortisol, and the pathogenesis of depression. *Medical Hypotheses*, 62(2), 198-202.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (1998). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby comp.
- Thase, M.E., Friedman, E.S., Berman, S.R., Fasiczka, A.L., Lis, J.A., Howland, R.H., et al.(2000). Is cognitive behavior therapy just a 'nonspecific' intervention for depression? A retrospective comparison of cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo. *Journal of Affective Disorders*. 57, 63-71.
- Townsend. M.C., (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: David company.
- Walter, F. S, Judith, A. R., & Steven, E.C.(2003). Cost of Lost Productive Workers With Depression. *The Journal of American Association*, 289(23), 3135-3144.
- Whole Health Organization, (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO. Technical Report Series.
- Wright, J. H., & Beck, A. T. (1999). Cognitive therapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J.A.Talbott, *Text book of psychiatry* (3rd ed., pp.1205-1241). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Books.
- Zaratiequi, R. (2007). Depression and quality of life. *Vertex*. 18(72), 97-102.



ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 1 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย กุลธิดา สุภาคุณ (2549)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
Design Level	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) B
Subject	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 ราย เกณฑ์การคัดเข้า -อายุระหว่าง 20 -59ปี -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) -มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (10-15 คะแนน) ถึงมาก(16-29 คะแนน) -ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และขนาดเท่าๆกัน -ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว -มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ -ไม่เคยได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด เกณฑ์คัดออก -มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าทีการรู้คิดผิดปกติ -มีอาการทางจิตในลักษณะหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด -ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษา
Setting	โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
Method	- สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน -วัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มโดยใช้คู่มือของ Beck et al. (1979) มีระยะเวลาดำเนินกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1½ ชั่วโมง วัน เว้นวัน กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ
Instrument	ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck(1967) ซึ่งแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522)
Outcome	-ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Therapist	-เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาล 3 วัน และฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ 16 วัน
Intervention	กลุ่มทดลอง - ใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1. การสอน 2.การใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดทางความคิด 3. การใช้วิธีการบำบัดทางพฤติกรรม โดยมีกระบวนการในการบำบัด ดังนี้ กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน พฤติกรรมความคิด 1. เริ่มกลุ่มโดยให้สมาชิกเล่นเกมสื่ “บุคคลแปลกหน้า” และเชื่อมโยงเข้าสู่กลุ่ม 2. กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า และเชื่อมโยงสาเหตุที่เกิดจากความคิดซึ่งนำไปสู่การบำบัดด้วยกลุ่มพฤติกรรมความคิด และอภิปรายถึงผลกระทบของความเจ็บป่วย กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า 1. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และให้สมาชิกดูรูปใบหน้าคนที่แสดงออกทางสีหน้าเศร้า ตั้งแต่ระดับปกติ -ระดับเศร้ามาก ที่สุด 5 ระดับ 2. กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคย เกิดอารมณ์เศร้า และให้เลือกใบหน้าให้ตรงกับอารมณ์ของสมาชิกในขณะนั้น

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3.ให้สมาชิกอภิปรายประสบการณ์ของโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา 4. ผู้นำกลุ่มอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม พร้อมทั้งมีการฝึก โดยยกสถานการณ์ตัวอย่าง และ บันทึกความคิดเห็นของสมาชิก และมอบหมายให้สมาชิกไปทำการบ้าน กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 1. ทบทวนกิจกรรมที่1และ2 และการบ้าน 2.ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบ และความคิดที่บิดเบือน 3.ให้ดูภาพสถานการณ์ตัวอย่าง 4.กระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงความคิด ความรู้สึกครั้งแรกที่เห็นภาพ และ เชื่อมโยงถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติ 5.ให้สมาชิกยกตัวอย่างของความคิดที่เชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ พฤติกรรมอีกทั้งค้นหา สกัดความคิดอัตโนมัติทางลบและให้สมาชิกฝึกบันทึก และมอบหมายเป็น การบ้านในเรื่องดังกล่าวด้วย กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ 1. ทบทวนกิจกรรมที่1, 2 และ 3 และการบ้าน ปัญหาและอุปสรรค 2.ให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์และความสำคัญของการค้นหาความคิด อัตโนมัติในทางลบ 3. ให้สมาชิกยกตัวอย่างสถานการณ์ความคิดที่บิดเบือน และค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ 4. ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบจากสถานการณ์ของสมาชิก 5. เสนอแนะเหตุผลอื่นๆ ความเป็นไปได้อื่นหลายๆวิธีที่สมาชิกเจ้าของ สถานการณ์จะเลือกนำเหตุผลนั้นมาสนับสนุนเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด 6. ให้สมาชิกบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบ ความคิดอัตโนมัติ ทางลบ 7. มอบหมายการบ้านการบันทึกการตรวจสอบความคิด

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ 1. ทบทวนการบ้าน กระตุ้นให้ สมาชิกทบทวนกิจกรรมที่ 4 เชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมที่ 5 คือ การหาทางเลือก หรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ 2. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายของความคิดทางเลือก 3. ฝึกให้สมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบหรือเป็นความคิดทางเลือกและฝึกการเขียนบันทึกพร้อมทั้งมอบหมายการบ้าน กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 1. ฝึกให้สมาชิกค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ตัวอย่างของสมาชิก 2. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในการค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา 3. กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในสถานการณ์ของตนเอง กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีหยุดความคิด 1. อธิบายวิธีการหยุดความคิด และบอกถึงประโยชน์ของการหยุดความคิด 2. ให้สมาชิกฝึกการหยุดความคิดพร้อมๆ กัน 3. กระตุ้นให้สมาชิกบอกข้อดีของการหยุดความคิด และกระตุ้นให้สมาชิกเชื่อมโยงถึงการนำไปใช้ในการดำเนิน ชีวิต และมอบหมายการบ้าน กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 1. กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับวิธีป้องกันไม่ให้มีอาการซึมเศร้าซ้ำอีก 2. ผู้นำกลุ่มสรุป และ เชื่อมโยงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและความสำคัญของการนำประโยชน์ ที่ได้จากการฝึกการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปฝึกใช้ประจำ กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใน สัปดาห์ที่ 1- 3 ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาลโรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์
Result	หลังการทดลอง 1. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ 2. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญ $p = 0.17$ 3. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.004$
Implication	-เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ในการใช้เทคนิคทางพฤติกรรม มีการใช้เทคนิคการหยุดความคิดร่วมด้วย ซึ่งการฝึกการหยุดความคิดจะทำให้ผู้ป่วยลดความคิดที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจในช่วงสั้นๆลงได้ และผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-มากและหลังการบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 2 ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา

ชื่อผู้วิจัย สุภาวดี ชัมมะรักจิต (2550)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	-เพื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ -ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD -10) - อายุ ระหว่าง 20 -59 ปี -มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง- มาก (17 - 30 คะแนน) -ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้า -ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความเต็มใจ -สามารถในการอ่านออกเขียนได้ -ไม่เคยได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาก่อน
Setting	แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
Method	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่ม 10 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดโดยใช้คู่มือของ Beck et al. (1979) ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมของ กุลธิดา สุภาคุณ(2549) ร่วมกับการนำแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของMarram (1978) ความถี่ในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์แรกบำบัด 2 ครั้ง การบำบัดครั้งต่อไป ดำเนินกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 90 -120 นาที และวัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument	1. ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522) 2. ใช้แบบประเมินวัดความคิดอัตโนมัติของฮอลเลน และ เค็นดอลล์ (1980) แปลและเรียบเรียงโดยลัดดา แสนสิงหา และคาราวรรณ ต๊ะปันตา (2536)
Outcome	-ภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Therapist	-พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ เรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาล 3 วัน และมีการฝึกทักษะการบำบัด 40 ชั่วโมงซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ
Intervention	โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย 2 การบำบัดทางความคิด ที่ 3 ใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ขั้นตอนที่ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดหลัก 3 ประการ โดยมีการยกตัวอย่างถึงความคิดหลัก 3 ประการ และกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันอภิปราย พร้อมทั้งเขียนลงแบบบันทึกที่เชื่อมโยงสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และมอบหมายเป็นการทำงาน กิจกรรมที่ 2 1. ทบทวนกิจกรรมที่ 1 และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการ สาเหตุ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิก 2. อธิบายความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับแบบแผนความคิดและการค้นหา การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ 3. ผู้นำกลุ่มทบทวนความคิดหลัก 3 ประการ ตามรูปแบบ (ABCs of

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	Treatment) ให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์แยกแยะ และดักจับความคิดอัตโนมัติออกจาก อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากสถานการณ์และบันทึกลงแบบบันทึก พร้อมทั้งมอบหมายการบ้าน ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ 1. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 และการบ้าน 2. ให้สมาชิกอ่านตัวอย่างเหตุการณ์สมมุติ และซักถามสมาชิกถึงความคิดอัตโนมัติจากการได้ฟังเหตุการณ์สมมุติ และความหมายของความคิดอัตโนมัติ 3. ผู้นำกลุ่มอธิบายเพิ่มเติม พร้อมทั้งยกตัวอย่างเหตุการณ์สมมุติ และให้สมาชิกพิจารณาความสัมพันธ์ของอารมณ์ และ พฤติกรรม และค้นหาสภาวะความคิดอัตโนมัติด้านลบพร้อมทั้งให้สมาชิกฝึกบันทึก 4. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายเรียนรู้ความคิดใหม่ที่ยากให้เกิดขึ้นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ พร้อมทั้งบอกถึงประโยชน์และความสำคัญของการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 5. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างเหตุการณ์สมมุติ และกระตุ้นให้สมาชิกทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบโดย ร่วมกันอภิปรายความคิดเห็น และนำเสนอเหตุผลมาสนับสนุนเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด 6. ให้สมาชิกฝึกบันทึกการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ และมอบหมายการบ้าน กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 1. ทบทวนกิจกรรมที่ 3 โดยแยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบและการหาหลักฐานสนับสนุนความคิดด้านลบ เชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมที่ 4 2. กระตุ้นให้สมาชิกพิจารณาความคิดด้านลบหรือความคิดบิดเบือนที่พบบ่อยจากประสบการณ์ของสมาชิก และร่วมกันอภิปราย 3. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมาย ความคิดทางเลือก ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างจากการบ้านของสมาชิก และร่วมกัน หาความคิด

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	4. ทางเลือกหรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ 5. ให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสนับสนุนและมาคัดค้าน(ความคิดทางเลือก) และบันทึกลงในแบบบันทึกการสร้างความคิดและพฤติกรรมใหม่ 6. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลวิธีการเผชิญปัญหาในแง่มุมอื่น โดยเสนอเทคนิคหยุดความคิด ซึ่งจะใช้เมื่อปัญหานั้นอยู่ในความคิดของบุคคลมีการคิดซ้ำๆทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน 7. ให้สมาชิกฝึกการใช้เทคนิคการหยุดความคิด และเชื่อมโยงเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของสมาชิก ขั้นตอนที่ 3 ใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 5 การทบทวน การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 1. ทบทวนกิจกรรมที่1- 4 2. ให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกซึ่งกันละกันถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังเข้ารับการบำบัด 3. ให้สมาชิกบอกถึงความก้าวหน้าและประโยชน์ของ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ทบทวนเรื่องโรคซึมเศร้า ความคิดด้านลบ 3 ด้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 4. หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ให้สมาชิกตอบแบบสอบถามวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบของHollon & Kendoll (1980) โดยกำหนดเกณฑ์ คือคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบไม่เกิน 80 คะแนน กิจกรรมที่ 6 ยุติกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประเมินผลการบำบัด 1. กระตุ้นให้สมาชิกรูปร่างการเรียนรู้โดยรวมจากกลุ่มบำบัดและประโยชน์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม รวมถึงการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าของสมาชิก

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. ชักถามความรู้สึก ปัญหา หรืออุปสรรค และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ต่างๆ ความก้าวหน้าในการพัฒนาทักษะและการนำการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดไปใช้
Result	หลังการทดลอง 1. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ 2. คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบไม่เกิน 80 คะแนนทุกคน
Implication	-เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม มีการใช้เทคนิคการหยุด ความคิดร่วมด้วย และผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง-มากและหลังการบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง และคะแนน ความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในระดับปกติ

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 3. ชื่อเรื่องงานวิจัย Group Cognitive Behavior Therapy for Residual Depression: Effectiveness and Predictors of Response

ชื่อผู้วิจัย

Enns, M.E., Cox, B.J., Pidlubny, S.R. (2001)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหลงเหลือ 2. เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินตนเอง, ระดับการรับรู้ต่อสถานะการทำหน้าที่, ความสมบูรณ์แบบที่มีต่อตนเอง ต่อสังคม ก่อนและหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือ 3. เพื่อศึกษาว่าตัวแปร การดำเนินตนเอง และตัวแปร perfectionism สามารถทำนายอาการซึมเศร้าระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้หรือไม่
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการหลงเหลือ จำนวน 75 ราย เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ -มีอายุเฉลี่ย 45.4 ปี -ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ในช่วง 18 เดือน ที่ผ่านมา -มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือหลังได้รับยาต้านเศร้าอย่างน้อย 8 สัปดาห์ -มี คะแนน BDI. 9 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ -มี Psychotic symptoms, Severe borderline personality disorders, Bipolar-I disorders - ติดสุรา หรือยาเสพติด
Setting	Health Sciences Centre Canada
Method	กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่มตาม

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	มาตรฐานคู่มือการทำงานของMunoz & Manrada(1992) โดยดำเนินกลุ่มกลุ่มละ 2 - 8 คน จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
Instrument	1. ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI. 2. ใช้แบบประเมินการรับรู้สถานะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (SF-36Health Survey) วัดด้านสุขภาพโดยทั่วไป , ความมีชีวิตชีวา, การทำหน้าที่ทางสังคม , ด้านอารมณ์ และสุขภาพจิต 3. ใช้แบบประเมินMultidimensional Perfectionism Scale 2 ด้าน คือ 3.1 การตั้งมาตรฐานสูงเกินความเป็นจริงและ พยายามทำให้ตนสมบูรณ์แบบ(self-oriented perfectionism;SOP) 3.2 การคาดหวังว่าสังคมให้ตนเองสมบูรณ์แบบ(Socially prescribed perfectionism;SSP) 4. ใช้แบบประเมินDepressive Experiences Questionnaire (DEQ.) วัดระดับ self –criticism
Outcome	- ภาวะซึมเศร้า -การรับรู้สถานะการทำหน้าที่ -การตั้งมาตรฐานสูงและการพยายามทำให้ตนสมบูรณ์แบบ - การดำเนินตัวเอง
Therapist	1. พยาบาลที่มีประสบการณ์ และควบคุมโดยจิตแพทย์ที่มีความชำนาญด้านด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2. ผู้ช่วยบำบัดมีนักศึกษาปริญญาโทด้านจิตวิทยาช่วยดูแล ในกลุ่มขนาดใหญ่
Intervention	กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงที่1. กิจกรรมครั้งที่ 1 - 4 ช่วงที่ 2. กิจกรรมครั้งที่ 5 - 8 ช่วงที่ 3. กิจกรรมครั้งที่ 9 - 12 ดังนี้ ช่วงที่ 1.

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กิจกรรมครั้งที่ 1 -4 เน้นที่ผลกระทบของความคิดต่ออารมณ์ โดยสังเกตและติดตามความคิดอัตโนมัติ การบันทึกความคิดอัตโนมัติ อ้างอิงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องความคิดอัตโนมัติ ช่วงที่ 2. กิจกรรมครั้งที่ 5 – 8 เน้นที่ผลกระทบของพฤติกรรมต่ออารมณ์ โดยการประเมินผลกระทบของกิจกรรม การจัดตารางกิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเอง/เพื่อความเพลิดเพลิน ช่วงที่ 3. กิจกรรมครั้งที่ 9 – 12 เน้นที่ผลของความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ได้แก่ทัศนคติที่ไม่ดีในด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การกล้าแสดงออกในเรื่องการสื่อสารกับผู้อื่น การเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการบำบัดแต่ละครั้งเริ่มต้นด้วยการทบทวนการบ้านจากครั้งที่แล้ว และจบด้วยการบ้านครั้งใหม่ เน้นการทำการบ้าน
Result	หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง - มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ - มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการทำหน้าที่ (functional status) ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยกเว้น role function-emotional) - มีคะแนนเฉลี่ยของ self-criticismต่ำกว่าก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ - มีคะแนนเฉลี่ยของ self-oriented perfectionismต่ำกว่าก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ - มีคะแนนเฉลี่ยของ Socially prescribed perfectionism ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอย(hierarchical regression analysis) - คะแนน self-criticismที่ลดลง สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดี (ภาวะซึมเศร้า

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	ที่ลดลง) และคะแนนของ self-criticism ที่มีค่าสูงสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดี (คะแนน BDI สูงและคะแนน SF-36 ต่ำหลังการรักษา) ภาวะซึมเศร้าที่ลดลง 2. การเปลี่ยนแปลงของคะแนน Socially prescribed perfectionism (SPP) สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดี (ภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ตามคะแนนBDI) 3. การเปลี่ยนแปลงของคะแนนของself-oriented perfectionism (SOP) ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการพัฒนาในด้านอาการ(functioning status)
Implication	เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่มตามคู่มือการทำงานของ Munoz &Manrada(1992)ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือมีระดับ ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยขึ้นไป (คะแนน BDI = 9 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งวิธีการ บำบัดทางพฤติกรรมปัญญาน่าจะใช้พื้นฐานการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตาม คู่มือของ Beck et al. (1979) และการบำบัดทางพฤติกรรมมีการใช้การจัดตาราง กิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเอง/เพื่อความเพลิดเพลิน ฝึกการกล้าแสดงออก ในเรื่องการสื่อสารกับผู้อื่น ผลการบำบัดนอกจากจะทำให้ระดับภาวะซึมเศร้า ลดลงแล้ว ยังทำให้ การดำเนินตนเอง การพยายามทำให้ตนสมบูรณ์แบบลดลง ด้วย และในการบำบัดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในด้าน self-criticism และ perfectionism ด้าน Socially prescribed perfectionism สัมพันธ์กับอาการ ซึมเศร้าที่ดีขึ้น

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 4. ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression

ชื่อผู้วิจัย Kwon, S-M., Oei. T.P.S.(2001)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์แบบสาเหตุ (causal relationships) ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ทักษะคิดที่ผิดปกติ และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่ม 2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าความคิดอัตโนมัติ ทักษะคิดที่ผิดปกติ ก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 1. และครั้งที่ 4, ก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 และครั้งที่ 8, ก่อนการบำบัดครั้งที่ 8 และหลังการบำบัดครบในผู้ป่วยซึมเศร้า
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 35 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Major Depressive 23 ราย ผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะเป็น Major Depressive 6 ราย และผู้ป่วยเป็น Minor Depressive 6 ราย เกณฑ์คัดเข้า -ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ Research Diagnostic Criteria (RDC) -กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี -มีคะแนนเฉลี่ยของ HRDS = 16.7 คะแนน, BDI= 20.9 คะแนน, Zung Self-Rating Scale = 48.3 คะแนน เกณฑ์การคัดออก -ป่วยเป็นโรคทางจิตอย่างอื่นที่เด่นกว่า (เช่น schizophrenia) -กำลังติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ -มีประวัติมีความผิดปกติทางความคิดจากความพิการ (organically based cognitive dysfunction) -มีปัญหาในการอ่าน หรือใช้ภาษาอังกฤษ
Setting	Brisbane. Astralia

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่ม โดยดำเนินกลุ่ม กลุ่มละ 2 - 8 คนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง
Instrument	-มีการประเมินผล 4 ครั้ง ด้วย Automatic Thoughts Questionnaire, Dysfunctional Attitudes Scales และ Beck Depression Inventory (BDI) ได้แก่ ก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 1, ก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 4, ก่อนการบำบัดครั้งที่ 8 และหลังการบำบัดครบ
Outcome	1. ใช้แบบประเมินBDI. 2. ใช้แบบประเมินHRDS. 3. ใช้แบบประเมินZung Self-Rating Scale 4. ใช้แบบประเมินAutomatic Thought Questionnaire 5. ใช้แบบประเมินDysfunctional Attitude Scales
Therapist	ภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติและทัศนคติด้านลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Intervention	1. นักจิตวิทยาคลินิก 2. ผู้ช่วยบำบัดมีนักศึกษาปริญญาโทด้านจิตวิทยาช่วยดูแลในกลุ่มขนาดใหญ่
	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา โดยโปรแกรมประกอบด้วย การสอนสั้นๆ การฝึกทักษะในห้อง การอ่านเพื่อเป็นแนวทาง การทำบ้าน ซึ่งแบ่งโปรแกรมการบำบัด เป็น 3 ช่วง ช่วงที่1. กิจกรรมครั้งที่ 1 - 4 ช่วงที่ 2. กิจกรรมครั้งที่ 5 - 8 ช่วงที่ 3. กิจกรรมครั้งที่ 9 - 12 ดังนี้
	ช่วงที่ 1. การบำบัดครั้งที่ 1-4 เป็นการแนะนำเรื่องการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา และสอนผู้ป่วยให้ระบุ และแก้ไขความคิดอัตโนมัติในแง่ลบเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้ และให้บันทึกความคิดนั้นใน Daily Record of Dysfunctional Thoughts

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ช่วงที่ 2. การบำบัดครั้งที่ 5-8 เป็นการระบุความเชื่อที่ผิดปกติหรือไม่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการจัดประเภทความเชื่อ (Beck et al., 1979) ในระหว่างการบำบัด มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโต้แย้งความเชื่อที่ผิดปกติ ช่วงที่ 3. การบำบัดครั้งที่ 9-12 ให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคในการบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น การโต้แย้งความเชื่อ และเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้เปลี่ยนความคิดตัวเอง การให้รางวัลตัวเอง และการนำไปใช้ในชีวิตจริง
Result	หลังการทดลอง 1. เปรียบเทียบก่อนทดลองครั้งที่ 1. และก่อนทดลองครั้งที่ 4. 1.1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ 1.2 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ 1.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ผิดปกติ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ 2. เปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองครั้งที่ 4 และก่อนทดลองครั้งที่ 8 2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ 2.2 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.06$ 2.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ผิดปกติของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ 3. เปรียบเทียบก่อนทดลองครั้งที่ 8 และหลังการทดลอง 3.1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ 3.2 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 8

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	อย่างไม่มีนัยสำคัญ 3.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ผิดปกติน้อยกว่าก่อนทดลองครั้งที่ 8 อย่างไม่มีนัยสำคัญ $p=0.08$ 4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ correlational analysis ในช่วงเวลาระหว่างก่อนการบำบัดและก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 และ 8 และระหว่างก่อนการบำบัดครั้งที่ 8 และหลังจบการบำบัด พบว่า 4.1 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ATQ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน DAS อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างก่อนการบำบัดและก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 และ 8 และระหว่างก่อนการบำบัดครั้งที่ 8 และหลังจบการบำบัด 4.2 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน BDI มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ATQ อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างก่อนการบำบัดและก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 และระหว่างก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 และ 8 4.3 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน BDI ไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน DAS ในช่วงเวลาใดเลย จากผลข้างต้นสามารถเขียนโมเดลได้ ดังนี้ ($DAS \rightarrow ATQ \rightarrow BDI$) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของโมเดลโดยใช้ structural equation modeling (SEM) พบว่าข้อมูลสอดคล้องกัน คือ $\chi^2(1, N = 35) = 0.20, p=0.06; GFI = 0.99; CFI = 1.00; TLI = 1.12; RMSEA = 0.00$ จาก ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าความคิดอัตโนมัติเป็นตัวกลางระหว่างความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าและความเชื่อที่ผิดปกตินิโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีการวิเคราะห์อีก 2 โมเดล ด้วย SEM คือ $ATQ \rightarrow DAS \rightarrow BDI$ ($RMSEA = 0.56$) และ $ATQ \rightarrow BDI \rightarrow DAS$ ($RMSEA = 0.42$) แต่ผลที่ได้ข้อมูลไม่สอดคล้องกัน

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	เป็นการบำบัดการทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผลทำให้ทัศนคติที่ผิดปกติดลดลง และทำให้ความคิดอัตโนมัติลดลงมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย ในงานวิจัยนี้ พบว่า จากการหาความสัมพันธ์ แบบสาเหตุชี้ให้เห็นว่าความเชื่อที่ผิดปกติดสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติและอาการซึมเศร้าที่ลดลง (DAS → ATQ → BDI)

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 5. ชื่อเรื่องงานวิจัย Modulator of Cortical Limbic Pathways in Major Depression

ชื่อผู้วิจัย Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P. J., Kennedy, S. H., Mayberg, H., et al. (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญกลูโคสในสมองกับการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา 2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 17 ราย เกณฑ์คัดเข้า -มีอายุเฉลี่ย 41 ± 9 ปี -คะแนน 17-HRSD เฉลี่ย = 20 ± 3 -ได้รับการวินิจฉัยโรค Major depressive episode, unipolar type ตาม DSM – III – R และ DSM – IV -ไม่มีประวัติไม่ตอบสนองต่อการบำบัด เกณฑ์คัดออก -มีประวัติของโรคทางระบบประสาท -ได้รับความบาดเจ็บบริเวณศีรษะ -เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ Axis I และมีอาการทางจิต -ติดสารเสพติด -มีการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้ารักษาภายใน 1 เดือนก่อนหน้านี้นี้ -กำลังตั้งครรภ์
Setting	The Centre for Addition and Mental Health in Toronto, Canada
Method	- กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเป็นรายบุคคล จำนวน 15 - 20 ครั้ง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	- ประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มต้นบำบัด หลังการบำบัดครั้งที่ 8 และระยะสิ้นสุดการบำบัด - ทำ PET Scan 2 ครั้ง ก่อนบำบัด 1 สัปดาห์แรกและหลังการบำบัด - ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าทุกสัปดาห์ โดยแบบประเมิน BDI. - ขณะบำบัดมีการบันทึกเสียงไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงแม่นยำ โดยนักจิตบำบัดผู้ชำนาญการ
Instrument	1. ใช้แบบประเมิน 17-HRDS. 2. ใช้แบบประเมิน BDI. 3. วัดระดับการเผาผลาญกลูโคสในสมองโดยการทำ MRI.
Outcome	ภาวะซึมเศร้าและการเผาผลาญกลูโคสในสมอง(glucose metabolism)
Therapist	ผู้บำบัดเป็นนักบำบัดจำนวน 2 คนที่มีความชำนาญและประสบการณ์มานาน 8 - 10 ปี
Intervention	กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาโดยใช้คู่มือของ Beck et al. (1979) มีดังนี้ 1. มีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ความคิดเบี่ยงเบนในด้าน และอารมณ์ไม่สบายใจ 2. การบำบัดใช้กลยุทธ์เพื่อลดความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ความคิดเบี่ยงเบนในด้านลบ หรือทัศนคติ และอารมณ์เศร้า 3. มีการติดตามความคิด การปลดโซ่ของความคิดและความรู้สึกที่ซับซ้อนให้แยกออกเป็นส่วนๆ 4. มีการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยเน้นไปยังสิ่งที่ทำให้สบายใจบ่อยๆ และเหตุการณ์ที่มีความหมายในชีวิตผู้ป่วยและจดจำสิ่งเหล่านี้เอาไว้โดยบันทึกไว้ 5. มีการประเมินความคิดบิดเบือนด้วยหลักฐาน ระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	และผู้รับการบำบัดจะถูกทดสอบด้านความเชื่อ พฤติกรรมและมีการบันทึกความคิดแต่ละครั้งของการบำบัด ผู้บำบัดร่วมตรวจสอบ ชี้นำในเรื่องหลักฐาน การทำPET Scan 1. ก่อนทำสแกนผู้ป่วย ต้องงดอาหาร กาแฟ และแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง 2. การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนหงาย ขณะตื่นอยู่ 3. มีการฉีด fluorine-18-labeled deoxy-glucose 185 Mbg. และเริ่มถ่ายภาพหลังฉีดยา 40 นาที 4. ผู้ป่วยจะถูกถามเพื่อหลีกเลี่ยงการครุ่นคิด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเฝ้าสังเกตทุก 10 นาทีว่าผู้ป่วยตื่นตลอดเวลา 5. การสแกนแต่ละครั้งใช้เวลา 35 นาที และให้ ผู้ป่วยใส่หน้ากาก thermoplastic ด้วยเพื่อให้ศีรษะเคลื่อนไหวน้อยที่สุดเมื่อสแกนครั้งแรกและปรับให้อยู่ตรงที่ที่ต้องการในการสแกนครั้งที่สอง
Result	หลังทดลอง 1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = 0.001$ 2. กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate และการเผาผลาญกลูโคสลดลงบริเวณ dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions. posterior cingulate, inferior parietal, and inferior temporal Cortex
Implication	เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงและยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญกลูโคสของสมอง โดยการเผาผลาญกลูโคสเพิ่มขึ้นบริเวณ hippocampus, dorsal midcingulate และการเผาผลาญกลูโคสลดลงบริเวณ dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal, superior and inferior medial frontal regions, posterior cingulate, inferior parietal, inferior temporal

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 6. ชื่อเรื่องงานวิจัย Use of fMRI to Predict Recovery From Unipolar Depression With Cognitive Behavior Therapy

ชื่อผู้วิจัย Siegle, G. J., Carter, C. S., & Thase, M. E. (2006).

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบการตอบสนองของปฏิกิริยาของเซลล์ประสาทต่อการกระตุ้นทางอารมณ์ ก่อนและหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาของผู้ป่วยซึมเศร้า 2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า
Design Level	-การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) B
Subject	กลุ่มทดลอง -เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 14 ราย - เกณฑ์คัดเข้า -อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (23-55 ปี) ค่าเฉลี่ยของคะแนน BDI = 24 -มี คะแนน verbal IQ มากกว่า 90 คะแนน -ไม่มีประวัติการเป็น psychosis, manic หรือ hypomanic หรือใช้ยาต้านโรคซึมเศร้าภายใน 2 สัปดาห์ของการทดสอบ -ไม่มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางตา หรือติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มควบคุม -เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ย BDI = 3.7 คะแนน จำนวน 21 ราย
Setting	ในงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึง
Method	-กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ - ประเมินผลด้วย Beck Depression Inventory II (BDI- II) ก่อนทดลองและหลัง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	การทดลองแต่ละครั้ง ทั้งหมด 16 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้รับการตรวจด้วย fMRI ก่อนและหลังการทดลอง
Instrument	1. ใช้แบบประเมิน BDI- II 2. ใช้การตรวจด้วย fMRI เพื่อวัดปฏิกิริยาของเซลล์ประสาท
Outcome	ภาวะซึมเศร้าและปฏิกิริยาของเซลล์ประสาทที่กระตุ้นอารมณ์ ในสมอง
Therapist	- ไม่ได้กล่าวไว้ในงานวิจัย
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตามคู่มือของ Beck et al. (1979) แต่ไม่ได้กล่าวรายละเอียดถึงวิธีการบำบัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการตรวจด้วย fMRI. ดังนี้ 1. มีการทดสอบการมองเห็น และการวัดทาง psychophysiological 2. ขณะตรวจด้วย fMRI ซึ่งใช้เครื่อง 3-T scanner (GE Medical Systems, Milwaukee) กลุ่มตัวอย่างถูกประเมินทางคำพูดด้านอารมณ์ 60 คำ โดยประเมินว่าคำนั้นเกี่ยวข้องกับตัวเองเพียงใด โดยการกดปุ่มให้เร็วที่สุดและถูกต้องที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยปุ่มมี 3 ปุ่ม คือ เกี่ยวข้อง ก่อนข้างเกี่ยวข้อง ไม่เกี่ยวข้อง ซึ่งคำ 60 คำ สืบถึงอารมณ์ด้านบวก (20) ด้านลบ (20) และเป็นกลาง (20) ครั้งหนึ่งของคำทั้งหมดเป็นคำมาตรฐานซึ่งมีความสมดุลในเรื่องความรุนแรงของอารมณ์ อีกครึ่งหนึ่งเป็นคำที่สร้างขึ้นมาเฉพาะ (idiosyncratically generated) 3. การทดลองเริ่มด้วยภาพสัญญาณปรากฏบนจอ projection นาน 1 วินาที ด้วย คำ 1 คำ ตามด้วยการบังคับคำด้วยอักษร 13 ตัวอักษร (10.8 วินาที) คำแต่ละคำเป็นสีดำบนพื้นสีขาว

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result	หลังการทดลอง 1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.005$ 1. ผลของการวิเคราะห์สถิติถดถอย วิเคราะห์การทำงานของ subgenual cingulate cortex สามารถทำนายอาการว่ามีการฟื้นฟู (recovery) (โดยเทียบกับคะแนน BDI ครั้งที่ต่ำ < 8 คะแนน) การทำนายว่าจะมีการฟื้นฟูถูกต้องในผู้ป่วย 7 จากผู้ป่วย 9 คน และทำนายว่าไม่ฟื้นฟูกำหนดถูกต้องในผู้ป่วย 4 จากผู้ป่วย 5 คน ($p=0.02$) 2. ผลของการวิเคราะห์สถิติถดถอย วิเคราะห์การทำงานของ amygdala พบว่า amygdala ด้านขวา ยังคงมีปฏิกิริยาระดับสูงต่อคำที่มีความหมายทางลบในผู้ป่วยที่มีการตอบสนองระหว่างการบำบัด ($p=0.04$) และไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการก่อนการบำบัด ($p=0.98$) (ดังนั้นกิจกรรมของสมองส่วน amygdala สามารถใช้ทำนายการฟื้นฟูกำหนด)
Implication	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและและการบำบัดที่ได้ผลดีจะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อคำที่มีความหมายด้านลบใน subgenual cingulate cortex ในระดับต่ำ และใน amygdala มีปฏิกิริยาระดับสูง การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาจะมีประโยชน์มากที่สุดสำหรับผู้ที่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้นและผู้ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ โดยต้องได้รับการตรวจเฉพาะได้แก่ fMRI ซึ่งยังมีราคาแพง

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 7. ชื่อเรื่องงานวิจัย Differences in Brain Glucose Metabolism Between Responders to CBT.

And Venlafaxine in 16-Week Randomized Controlled Trial

ชื่อผู้วิจัย

Kennedy, S. H., Konarski, J. Z., Segal, Z. V., Lau, M. A., Bieling, P. J.,
McIntyre, R. S., et al. (2007)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบผลการเผาผลาญกลูโคสในสมองระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการบำบัดด้วยยา Venlafaxine ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า
Design	Randomized Controlled Trial
Level	A
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 31 ราย ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เกณฑ์การคัดเข้า - วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตาม DSM-IV criteria มีระดับคะแนน HAM-D ≥ 20 - อายุระหว่าง 20 ถึง 50 ปี - ไม่ได้ใช้ยาต้านเศร้า มา 2 สัปดาห์ (4 สัปดาห์ถ้าเป็นยา fluoxetine) - มีร่างกายแข็งแรงโดยไม่มีอาการ ทางระบบประสาท เกณฑ์การคัดออก - เป็นโรคติดกั๊ว - ใช้ยาเสพติดหรือติดยาเสพติด 6 เดือนที่ผ่านมา - มีความคิดฆ่าตัวตาย - ตั้งครรภ์ - เคยบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา การบำบัดด้วยยา Venlafaxine แล้วไม่ได้ผล
Setting	Center for Addiction and Mental Health ร่วมกับ University of Toronto, Ontario ประเทศ Canada
Method	สุ่มผู้ป่วยเข้า กลุ่มทดลอง 17 รายและ กลุ่มควบคุม 14 ราย

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคล 16 ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดด้วยยา Venlafaxine ประเมินผลทั้งสองกลุ่มโดย - วัดระดับภาวะซึมเศร้าโดยการวัดก่อนทดลอง ขณะทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และหลังทดลอง - วัดการเผาผลาญของกลูโคสที่สมองส่วน cerebral โดยใช้ PETscan วัด 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนบำบัด 1 สัปดาห์ และหลังการบำบัดภายใน 1 สัปดาห์ - มีการบันทึกเสียงทุกครั้งของการบำบัดเพื่อให้สามารถ ประเมินความเที่ยงตรงของการบำบัดโดยนักจิตวิทยาที่เป็นหัวหน้า
Instrument	1. ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HRSD. 2. ใช้การตรวจด้วย เครื่อง PET scan
Outcome	ระดับภาวะซึมเศร้าและการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสในสมอง
Therapist	-ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาจำนวน 2 คน มีประสบการณ์ 10 – 12 ปี
Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังนี้ 1. ผู้ป่วยได้รับความรู้ถึงกลยุทธ์ในการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทักษะคิด ความเชื่อ และอารมณ์ โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม 2. มีการแนะนำแนวทางโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยได้รับการสอนให้ใช้วิธีการต่างๆ ทางบำบัดซึ่งมีเป้าหมายในการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและทักษะคิดในทางลบและเพื่อลด dysphoric mood 3. ผู้บำบัดใช้เทคนิคในการตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วม (collaborative inquiry technique) เพื่อกำหนดทิศทางให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่มีพื้นฐานจากเหตุการณ์จริงมากกว่าที่จะเป็นปฏิกิริยาที่สร้างขึ้นใหม่จากเหตุการณ์ กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดทางยา Venlafaxine 75mg./day ทุกวันใน 2 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะค่อยเพิ่มขนาดยา จนถึงขนาด150 mg/day และ

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	225 mg./day การทำ PET scan (fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography) มี ดังนี้ 1. กลุ่มตัวอย่างต้องงดอาหาร กาแฟ แอลกอฮอล์ อย่างน้อย 8 ชั่วโมง 2. การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนหงาย ขณะตื่นอยู่ และอยู่ในสภาพพัก 3. มีการฉีด fluorine-18-labeled deoxy-glucose 185 Mbg. และเริ่มถ่ายภาพหลังฉีดยา 40 นาที 4. ผู้ป่วยจะถูกถามเพื่อหลีกเลี่ยงการครุ่นคิด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเฝ้าสังเกตทุก 10 นาทีว่าผู้ป่วยตื่นตลอดเวลา 5. เวลาที่ใช้ทำการสแกนอยู่ ระหว่างเวลา 21 น.
Result	หลังการทดลอง 1. วัดภายในกลุ่ม 1.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p=0.001$ 1.2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p<0.001$ 2. วัดระหว่างกลุ่ม 2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ 3. วัดการตอบสนองต่อการบำบัดทั้ง CBT และ venlafaxine แสดงจาก PET Scan ดังนี้ 3.1 ผู้ที่ตอบสนองต่อ CBT และ venlafaxine พบว่า มี glucose metabolism ลดลงใน left และ right lateral orbital frontal cortex, left dorsomedial prefrontal cortex, พร้อมกับมี glucose metabolism เพิ่มขึ้นใน right inferior occipital cortex เหมือนกัน 3.2 การเปลี่ยนแปลง glucose metabolism ในสมองที่ต่างกัน ผู้ตอบสนองต่อ venlafaxine มี metabolism ที่เพิ่มขึ้นใน posterior cingulate แต่ผู้ที่ตอบสนองต่อ

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	CBT มี glucose metabolism ลดลง และผู้ที่ตอบสนองต่อ CBT มี glucose metabolism เพิ่มขึ้น ใน left inferior temporal cortex แต่ glucose metabolism ลดลงในการรักษาด้วย venlafaxine 3.3 การเปลี่ยนแปลงของ glucose metabolism ในสมองที่เฉพาะเจาะจงของการบำบัดแต่ละวิธี พบว่า ในผู้ที่ตอบสนองต่อ CBT มี glucose metabolism ใน thalamus ลดลง ในขณะที่ผู้ที่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี glucose metabolism ในส่วนที่ล้อมรอบ right nucleus accumbens และส่วน posterior ของ subgenual cingulate ที่ลดลง 3.4 ผู้ที่ตอบสนองต่อ CBT มี glucose metabolism เพิ่มขึ้นในพื้นที่ล้อมรอบส่วน anterior ของ subgenual cingulate/ventromedial frontal cortex รวมทั้ง right occipital-temporal cortex แต่ไม่พบในผู้ที่ตอบสนองต่อ venlafaxine 4. การวัดผู้ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดทั้ง CBT และ venlafaxine แสดงผล PET Scan ดังนี้ 4.1 ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ CBT และผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี glucose metabolism บริเวณ Left lateral orbitofrontal และ left dorsolateral prefrontal ลดลง พร้อมกับบริเวณมี glucose metabolism rostral anterior cingulate และ globus pallidus ลดลงด้วย 4.2 การเปลี่ยนแปลง glucose metabolism ที่แตกต่างกันระหว่างผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ CBT และผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ venlafaxine คือ ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ venlafaxine มี metabolism เพิ่มขึ้นใน posterior thalamus และ dorsal insula แต่ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ CBT มี metabolism ลดลงในสมองสองส่วนนี้ 4.3 ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ CBT มี glucose metabolism ใน thalamus, putamen, dorsomedial และ dorsolateral prefrontal cortices และ posterior thalamus ลดลง และผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อ venlafaxine เท่านั้นที่มี glucose metabolism เพิ่มขึ้นใน ventral occipital cortex และ dorsal cerebellum

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงและมีผลทางวิทยาศาสตร์(โดยการทำ PET Scan) อภิปรายได้ว่าผู้ที่ตอบสนองต่อการบำบัดทั้ง 2 แบบ ทำให้มีการลดลงของกิจกรรมใน dorsomedial prefrontal cortex เพราะ dorsomedial prefrontal cortex เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ และผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดไม่ว่าแบบใดก็เกี่ยวข้องกับ metabolism ที่ลดลงใน rostral anterior cingulate

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 8. ชื่อเรื่องงานวิจัย Randomized Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and cognitive-behavior therapy for Depression

ชื่อผู้วิจัย Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.A., Mulder, R.T. et al. (2007).

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและ จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2. เพื่อเปรียบเทียบการตอบสนองต่อการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ในโรคซึมเศร้าแบบรุนแรงและโรคซึมเศร้าแบบ melancholic
Design	Randomized Controlled Trial
Level	A
Subject	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 167 ราย เกณฑ์การคัดเข้า -ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV -มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ได้รับยาต้านเศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือห้าเท่าของ drug half-life ของยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง เกณฑ์การคัดออก -มีประวัติเป็น mania, schizophrenia, antisocial personality disorder -มีอาการป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา -ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดในระดับปานกลางขึ้นไป (จนถึงถือว่าเป็นโรคหลัก) -ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด
Setting	Canterbury New Zealand
Method	สุ่มผู้ป่วยโดยคอมพิวเตอร์ ได้กลุ่มทดลอง 76 ราย กลุ่มควบคุม 91 ราย

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคล ตามคู่มือของ Aaron และ Judith Beck (Beck et al, 1979, 1987) <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามคู่มือของ Klerman et al (1984) - กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นเวลา 16 สัปดาห์ - หลังผู้ป่วยเซ็นยินยอมจะถูกประเมินทางคลินิกอย่างละเอียดอีกครั้ง และมีการตรวจเลือดเพื่อดู เกลือแร่, การทำงานของตับและไต ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนเม็ดเลือด การทำงานของต่อมไทรอยด์ และ DNA extraction และส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด - ในการวิจัยมีการติดตามตรวจสอบ ความเที่ยงตรงในการบำบัด ตรวจสอบการยึดมั่น (adherence) และความสามารถในการบำบัด (competence) โดยมีผู้เชี่ยวชาญควบคุม มีการประชุม ทุก 2 สัปดาห์ครั้งละ 1.5 – 2 ชั่วโมง - การบำบัดที่ถือว่าเพียงพอ ผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดอย่างน้อย 8 ครั้ง หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอีก 6 – 8 ครั้ง เดือนละครั้งในเวลา 6 เดือน - เกณฑ์การประเมิน คือ 1. ตัวแปรผลลัพธ์หลักคือเปอร์เซ็นต์ของคะแนน MADRS ที่ดีขึ้น 2. ตัวแปรผลลัพธ์รองคือการตอบสนองต่อการบำบัดโดยมีคะแนน MADRS ตั้งแต่ 60% ขึ้นไป 3. ตัวแปรผลลัพธ์ที่สามได้แก่ เปอร์เซ็นต์ของคะแนน HRSD ที่ดีขึ้น เปอร์เซ็นต์ของคะแนน BDI-II ที่ดีขึ้น เปอร์เซ็นต์ของคะแนน SCL-90 ที่ดีขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนน HRSD ≤ 6 คะแนน และ/หรือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้คะแนน BDI-II ≤ 9 คะแนน
Instrument	1. แบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) 2. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 3. แบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) 4. แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) 5. แบบประเมิน Structured Clinical Interview for Personality Disorders Questionnaire (SCID-PQ)

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcome	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Therapist	ผู้บำบัดจำนวน 5 คน เป็นจิตแพทย์ 2 ราย นักจิตวิทยาคลินิก 3 ราย และมีประสบการณ์มากกว่า 2 ปี โดย มีคุณสมบัติดังนี้ 1. มีการทำงานกับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้า และบำบัดผู้ป่วยอย่างน้อย 2 รายโดยใช้การบำบัดทั้ง 2 แบบ 2. มีการควบคุม คุณค่าจากผู้เชี่ยวชาญจนมีความสามารถระดับพึงพอใจจึงจะสามารถบำบัดผู้ป่วยในงานวิจัยได้
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังนี้ 1. ผู้บำบัดใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระบุนความคิดด้านลบ ความเชื่อเกี่ยวกับตัวเอง สังคม และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและการดำเนินชีวิตของตน มีการแสดงความคิดเห็น การตั้งสมมุติฐาน มีการแนะแนวทางในการบำบัดแต่ละครั้ง 2. การบำบัดครั้งแรกๆ มีการให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องของโรคซึมเศร้าและรูปแบบความคิดและมีการใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความกระตือรือร้นและช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด 3. การบำบัดครั้งต่อมาผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยระบุนความคิดด้านลบ การประเมินความคิดด้านลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ 4. การบำบัด ครั้งหลังๆ จะเน้นที่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เทคนิคที่ใช้ได้แก่การตั้งคำถามโดยใช้ Socratic method การทดสอบความเชื่อและสมมุติฐาน การสร้างการรับรู้ใหม่ และประโยชน์ของการบ้าน กลุ่มควบคุมได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนี้ 1. ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันตรวจสอบประเด็นทางสังคมและปัญหาระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยเน้นปัญหาและต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก 2. การบำบัดครั้งแรกๆ ผู้บำบัดได้รวบรวมความสัมพันธ์ที่สำคัญในอดีตและ

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ปัจจุบันของผู้รับการบำบัดเพื่อชี้ว่ามี ปัญหาใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า 3. เมื่อได้ปัญหาในการบำบัดครั้งต่อมาก็เป็นการช่วยผู้ป่วยหาวิธีที่จะรับมือกับปัญหานั้น 4. เทคนิคที่ใช้ได้แก่การสื่อสารและวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา การตรวจสอบอารมณ์ และการแสดงบทบาทจำลอง 5. การบำบัดครั้ง หลังๆ เน้นที่การยุติการบำบัด
Result	- ผลลัพธ์หลักผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและผู้ป่วยที่ได้รับการจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.059$) (โดยดูจากเปอร์เซ็นต์ของคะแนน MADRS ที่ดีขึ้น) - การวัดผลลัพธ์รองผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ (โดยดูคะแนน MADRS ที่ดีขึ้นตั้งแต่ 60% ขึ้นไป) - การวัดผลลัพธ์ที่สาม เมื่อดูจากเปอร์เซ็นต์ของคะแนน HRSD พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.046$ - การวิเคราะห์โดยใช้ multiple linear regression กับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ พบว่า ความรุนแรงของอาการ x ชนิดของจิตบำบัด เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ ($F=4.28, P=0.040$) และการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพน้อยกว่ากับโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง และ melancholia x ชนิดของจิตบำบัด ไม่ได้ทำนายว่าการตอบสนองต่อการบำบัด - ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ($n=36$) พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ (การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง 20% การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาตอบสนองผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง 57%) (โดยดูจากคะแนน MADRS ตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป)

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและจิตบำบัดสัมพันธ์กับคุณภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีที่ประสิทธิภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาอาจจะได้ผลดีกว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงกว่า

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 9. ชื่อเรื่องงานวิจัย Is cognitive behavior therapy just a ‘nonspecific’ intervention for depression? A retrospective comparison of cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo.

ชื่อผู้วิจัย Thase, M.E., Friedman, E.S., Berman, S.R., Fasiczka, A.L., Lis, J.A., Howland, R.H., et al. (2000).

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	-เพื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการให้คำปรึกษาแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Design	Retrospective comparison
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง จำนวน 190 ราย เกณฑ์การคัดเข้า -ได้รับการวินิจฉัยตามDSM-III-R criteria และมีระดับคะแนน HAM-D ≥ 14 ทั้ง 2 ช่วงของการบำบัด เกณฑ์การคัดออก -เป็นโรคจิต มีประวัติ Mania หรือ Hypomania เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ -กำลังมีอาการของโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด -มีborderline และ antisocial personality disorders -เป็นโรคทางกายและ กำลังรักษาอาการยังไม่คงที่
Setting	University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, Department of Psychology University of Oregon.
Method	มีการบำบัด 2 ระยะ ระยะที่1(Pilot study) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 90 ราย กลุ่มควบคุม 100 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา.ตามคู่มือของ Beck et al.

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	(1979) 8 ครั้ง โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับ ยาหลอก และการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ในระยะที่ 2 กลุ่มทดลอง จำนวน 90 ราย(กลุ่มเดิม)กลุ่มควบคุม จำนวน 16 ราย โดยสุ่มจากกลุ่มควบคุมระยะที่ 1 <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาต่อ 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับยาหลอก และการ ให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อมีการบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง -เกณฑ์การประเมินการฟื้นหายของโรคซึมเศร้าต่อการบำบัด ต้องมีคะแนน $HRSD \leq 6$
Instrument	1. แบบประเมิน HRSD. 5. แบบประเมินBDI. 6. แบบประเมินGlobal Assessment Scale (GAS.)
Outcome	ระดับภาวะซึมเศร้าและการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Therapist	ผู้บำบัดเป็นผู้มีประสบการณ์ในการบำบัดตามคู่มือของ Beck et al.(1979)
Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ตามคู่มือของ Beck et al.(1979) กลุ่มควบคุม ได้รับยาหลอกร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วยสุขภาพจิตศึกษา การสืบค้นปัญหาให้ชัดเจน การสะท้อนกลับ การฟัง และการจัดการกับอาการ(Fawcett et al., 1987)
Result	ผลการทดลอง 1. ภาวะซึมเศร้า 1.1 หลังการบำบัดสัปดาห์ที่ 4- กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	ของ HRSD, GAS ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.0001$, $p=0.0001$ 1.2 หลังการบำบัดสัปดาห์ที่ 16 - กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของ HRSD, GAS ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ $p=0.004$, $p=0.04$ ตามลำดับ 2. ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 - หลังการทดลองระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญเมื่อทดสอบด้วย HRSD, GAS, BDI ที่ $p=0.0001$, $p=0.0004$, $p=0.001$ 3. การฟื้นฟูของโรค - กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูต่อการบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการบำบัดสัปดาห์ที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.002$
Implication	ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามีประสิทธิภาพทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง และมีผลต่อการฟื้นฟูของโรค ในช่วงการบำบัด 16 สัปดาห์

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 10. ชื่อเรื่องงานวิจัย Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for prevention of Recurrent Depression

ชื่อผู้วิจัย

Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S.
(2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	-เพื่อติดตามผลการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการจัดการทางคลินิกในผู้ป่วยซึมเศร้าชนิดรุนแรงที่มีอาการหลงเหลือในระยะ 6 ปี
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงที่มีอาการกำเริบซ้ำ 40 ราย (ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยทำการศึกษาวิจัยเรื่อง Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavioral Therapy ปี1998) และเป็นผู้ป่วยระยะติดตามผลเกณฑ์คัดเข้า (โดยดูรายละเอียดจากเรื่อง Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavioral Therapy ปี1998) ดังนี้ -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depressive disorder ตาม Research Diagnostic Criteria - เป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ 3 episodes ขึ้นไปโดย episode ที่แล้วต้องห่างจาก episode ปัจจุบันไม่เกิน 2 ½ ปี -มีอาการดีขึ้นแล้วอย่างน้อย10สัปดาห์ระหว่าง episode ปัจจุบันและ episode ที่แล้ว (มีอาการเหลือ ≤ 2 อย่าง โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นอย่างมาก) - มีคะแนนความรุนแรงของโรคโดยรวมอย่างน้อย 7 คะแนนใน episode ปัจจุบัน -ไม่มีประวัติเป็น mania, hypomania หรือ cyclothymia -ไม่มีประวัติว่าคิดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์หรือเป็นpersonality disorder ตามเกณฑ์ DSM-IV ไม่มีประวัติเป็น antecedent dysthymia -ไม่ป่วยทางกายในขณะนั้น -ตอบสนองต่อยาต้านโรคซึมเศร้า
Setting	Bokogna University

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method	จากเรื่อง Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavioral Therapy สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง ที่เคยบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาร่วมกับยาด้านเศร้าที่ลดลงและหยุดให้ยา 2 ครั้งสุดท้ายในการบำบัด (แต่ขณะนี้ทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาจบแล้ว) กลุ่มควบคุม ได้รับ การจัดการทางคลินิกร่วมกับยาด้านเศร้าที่ลดลงและหยุดให้ยา 2 ครั้งสุดท้ายในการบำบัด (แต่ขณะนี้ทั้งการบำบัดด้วยยาและการจัดการทางคลินิก) - การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับยาด้านเศร้าเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น - กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เคยได้รับการบำบัด 10 ครั้งๆ ละ 30 นาที สัปดาห์เว้นสัปดาห์ -การวิจัยครั้งนี้ มีการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Paykel Clinical Interview for Depression (CID) ก่อนและหลังการบำบัดทันทีและหลังการบำบัดและระยะติดตามผล 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72 เดือนหลังการบำบัด
Instrument	1. ใช้แบบประเมิน modified version of Paykel's Clinical Interview for Depression (CID)
Outcome	ระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการหลงเหลือในระยะ 6 ปี
Therapist	เป็นจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
Intervention	1. การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ดังนี้ 1.1 เพื่อบำบัดอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ตามคู่มือของ Beck et al.(1979) โดยใช้วิธีและเทคนิคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าแก้ไขความคิดและความเชื่อที่บิดเบือน และใช้วิธีการกล้าแสดงออกร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วย 1.2 การปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต สอนเรื่องโรคซึมเศร้ามีผลต่อรูปแบบ

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	การดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีการชี้แนะผู้ป่วย เรื่องการจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม 1.3 การบำบัดเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติซึ่งทำลายคุณภาพชีวิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในการพัฒนาตนเอง และการฟื้นฟูหายจากโรค และสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อคุณภาพชีวิต สนับสนุนให้มีการยอมรับตัวเอง ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น การพึ่งตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 2. การบำบัดด้วยยาต้านเศร้า ใช้ยาต้านโรคซึมเศร้า Amitriptyline hydrochloride และค่อยๆลดลงในปริมาณ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ หลังจากนั้นก็หยุดยาไปโดยสมบูรณ์ (ในการบำบัด 2 ครั้งสุดท้ายผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา) 3. การจัดการทางคลินิก เป็นการทบทวนสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำกับผู้ป่วย ในการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า ผู้ป่วยได้หยุดยาด้านเศร้าตามเกณฑ์การวิจัย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาใหม่ครั้งแรก ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าชนิดและขนาดเดิม เหมือนก่อนหน้านี้นี้ และจะได้รับยา clonazepam (0.5 mg bid.) ด้วย และเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วจะมีการให้ clonazepam ต่อไป
Result	ผลการทดลอง ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล 6 ปี - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = 0.001$ โดยกลุ่มทดลองมีอาการกำเริบ 40 % กลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบ 90% - ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ไม่มีอาการกำเริบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ โดยกลุ่มทดลองไม่มีอาการกำเริบเฉลี่ย 235 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่มีอาการกำเริบเฉลี่ย 95.5 สัปดาห์
Implication	การที่ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการที่ยังหลงเหลือได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาหลังได้รับยาด้านเศร้าครบแล้ว ทำให้ระยะเวลาการกำเริบของอาการซึมเศร้านานขึ้นงานวิจัยนี้จึง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการหลงเหลืออาจสามารถลดขนาดได้ และมีอาการสงบอยู่ได้นาน 6 ปี

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 11. ชื่อเรื่องงานวิจัย The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem

ชื่อผู้วิจัย

Chen, T-H., Lu, R-B., Chang, A-J., Chu, D-M. & Chou, K-R (2006)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาทันที และหลังการบำบัด 1 เดือน 2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดจบทันที และหลังการบำบัด 1 เดือน
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 51 ราย เกณฑ์คัดเข้า -ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงวินิจฉัยตาม DSM-IV criteria ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีคะแนนBDIอย่างน้อย 17 คะแนน -ไม่มีโรคจิตเวชร่วมด้วย ไม่เป็นโรคจิตเภท โรควิตกกังวล และPhobia ไม่ติดสุรา ไม่ติดยาเสพติด ไม่มีPersonality Disorders ไม่มีอาการบาดเจ็บศีรษะ มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ไม่เคยได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญามาก่อน -อ่านภาษาแมนดารินและภาษาไต้หวันได้ -มีคะแนนMini-Mental Status Examination(MMSE)อย่างน้อย 24 คะแนน
Setting	โรงพยาบาล ในไต้หวัน 3 แห่ง คือ 1. Department of Psychiatry College of Medicine and Hospital National Cheng Kung University 2. Department of Psychiatry, Taiwan School of Public Health, National Defense Medical Center. 3. School of Nursing, National Defense Medical Center.

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method	สุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาแบบกลุ่ม บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที จำนวน 12 ครั้ง <u>กลุ่มควบคุม</u> ให้การบำบัดตามปกติ - กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการทำ Pretest ก่อนการบำบัด 2 สัปดาห์และ Posttest เมื่อจบการบำบัดทันที และ ติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน
Instrument	1. ใช้แบบประเมิน BDI. 2. ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale.
Outcome	ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความมีคุณค่าในตัวเอง
Therapist	- ผู้บำบัด เป็นพยาบาลชำนาญเฉพาะทาง มีวุฒิระดับปริญญาโท และมีประสบการณ์ประจำอยู่หอผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันร่วมกับประสบการณ์เป็นหัวหน้าการให้บำบัดการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาไม่น้อยกว่า 2 ปี
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังนี้ 1. มีการติดตามการทำงานของความคิดเชิงลบ 2. การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (ปัญญา) และผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม 3. ช่วยผู้ป่วยคิดทบทวนตรวจสอบหาสมมุติฐานให้พบความจริง เพื่อคัดค้านความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน 4. การใช้สถานการณ์จริงอธิบายความคิดที่อคติบิดเบือนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีขึ้น 5. แยกแยะและแก้ไขความเชื่อผิดๆ และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม กลุ่มควบคุมให้การบำบัดตามปกติ
Result	ผลการทดลอง 1. ภาวะซึมเศร้า

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	1.1 หลังการทดลอง ภายในกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่ ครั้งที่ 4 เป็นต้นไป จนจบการบำบัด ระหว่างกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ 1.2 ระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ 2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2.1 หลังการทดลอง ภายในกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ ระหว่างกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ 2.2 ระยะติดตามผล 1 เดือน ภายในกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ ระหว่างกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$
Implication	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้ง หลังการบำบัดทันที และระยะเวลา 1 เดือน

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 12. ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive Behavior Approach to Loss of Clinical Effect During Long-Term Antidepressant Treatment: A pilot Study

ชื่อผู้วิจัย

Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., & Grandi, S. (2002)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	-เพื่อศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ร่วมกับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า ขนาดเดิมตลอดการวิจัยเปรียบเทียบกับ การเพิ่มขนาดของยาต้านเศร้า ร่วมกับการจัดการทางคลินิก
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)
Level	B
Subject	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย เกณฑ์คัดเข้า -มีอาการของโรคซึมเศร้ากำเริบประเมินตาม DSM –IV criteria -ได้รับยาต้านเศร้าเกิน 6 เดือน -มีอาการกำเริบโดยไม่มีสาเหตุ -เริ่มรักษาผู้ป่วย เมื่อมีอาการกำเริบช่วงที่ 3 หรือช่วงการกำเริบที่มากขึ้นและช่วงที่กำเริบไม่นานกว่า 2.5 ปี -ไม่มีประวัติ Mania, Hypomania, Cyclothymic features, ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือ ติดแอลกอฮอล์, ไม่มีประวัติเป็น Personality Disorders , Dysthymia -ไม่มีประวัติกำลังรักษาโรคทางกาย -ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (มีอายุเฉลี่ย 44.3 ปี)
Setting	
Method	The Affective Disorders Program of the University of bologna in Italy กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 5 ราย กลุ่มควบคุม 5 ราย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ร่วมกับยาต้านเศร้าขนาดเดิม กลุ่มควบคุมได้รับขนาดของยาต้านเศร้า ร่วมกับได้รับการจัดการทางคลินิก

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	-การบำบัด มี 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
Instrument	-ประเมินก่อนและหลังให้กิจกรรม และประเมินต่อทุก 3, 6, 9, 12 เดือน
Outcome	1. ใช้แบบประเมิน Paykel's Clinical Interview for Depression
Therapist	ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Intervention	ผู้บำบัด เป็นจิตแพทย์
Result	-<u>การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา</u> ประกอบด้วยการจัดการความคิดใหม่อีกครั้ง ทบทวนความคิดที่บิดเบือน และความเชื่อและการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การแสดงออก (exposure) เกี่ยวกับอาการกลัว(phobia) แบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) และการบำบัดให้สุขภาพดี(well-being therapy) -<u>การจัดการทางคลินิก</u> มี 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที การจัดการทางคลินิก ประกอบด้วยการทบทวนลักษณะทางคลินิกและการจัดการของผู้ป่วย ร่วมกับการให้กำลังใจ การแนะนำ ถ้าจำเป็น <u>การรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่เพิ่มขึ้น</u> โดยยาต้านเศร้าแบบ Tricyclic เพิ่มขนาดยาขึ้น 50 % และยาต้านเศร้าชนิดอื่นเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า
Implication	วัดผลใน 1 ปี ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบภายใน 1 ปี มี 4/5 ราย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการกำเริบภายใน 1 ปี มี 1/ 5 ราย การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ร่วมกับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าขนาดเดิมช่วยให้ อาการกำเริบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้ดีกว่าการจัดการทางคลินิกและการเพิ่มขนาดยาต้านเศร้า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา น่าจะเป็นการบำบัดที่ตรงกับประเด็นต้นเหตุของอาการของผู้ป่วย คือความคิด เบี่ยงเบนทางด้านลบ สัมพันธ์กับ อารมณ์เศร้า และ พฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Title 13. ชื่อเรื่องงานวิจัย The co-administration of quetiapine or placebo to cognitive-behavior therapy in treatment refractory depression: A preliminary trial.

ชื่อผู้วิจัย

Chaput, Y., Magnan, A., & Gendron, A. (2008)

หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	-เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ยา quetiapine ร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการใช้ยาหลอกร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา
Design	- การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)
Level	B
Subject	-ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 22 ราย เกณฑ์คัดเข้า - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการประเมินตาม DSM –IV criteria - มีอายุ 23 – 60 ปี มีคะแนน HRSD. $\geq$ 20 คะแนน เมื่อเริ่มเข้ารับการวิจัย และ คะแนน HRSD. $\geq$ 18 คะแนน CGI-S $\geq$ 4 คะแนน หลังได้รับยา Lithium ในสัปดาห์ที่ 3, 4 เกณฑ์คัดออก - เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร - ผู้ป่วยBipolar disorder, Schizophrenia, Personality disorder, โรควิตกกังวล - ผู้ที่ใช้สารเสพติดภายใน 12 เดือน
Setting	- มหาวิทยาลัยในประเทศแคนาดา
Method	- กลุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน - ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการตรวจคลื่นหัวใจ และตรวจทางพยาธิวิทยา มีการตรวจ CBC, LFT, TSH, creatinine, electrolyte, calcium, glucose, prolactin

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Method (ต่อ)	- ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาLithium ≥ 600 mg/day และในวันที่ 7 มีระดับยาในเลือดระหว่าง 0.6 – 0.9 mEq/L - วัดระดับภาวะซึมเศร้าหลังให้ยาLithium ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ก่อนทดลองและหลังทดลอง <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคลและได้รับการรักษาด้วยยา quetiapine <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญารายบุคคลและได้รับยาหลอก - ให้การ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ≥ 60 นาที จำนวน 12 ครั้ง
Instrument	1. แบบประเมินHRSD. 2. แบบประเมิน Clinical Global Impression severity scale (CGI- S)
Outcome	ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา
Therapist	ไม่ได้กล่าวไว้ในงานวิจัย
Intervention	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาที่ใช้ในการวิจัยอยู่บนพื้นฐานตามแบบการบำบัดทางปัญญาของ Beck. และใช้เทคนิคทางพฤติกรรมร่วมด้วย มีการฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการผ่อนคลาย รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้าน การรักษาด้วยยา quetiapine และยาหลอก ใช้ขนาด 12.5 mg bid และค่อยๆเพิ่มขนาดถึง 200 mg bid ภายใน 14 วัน
Result	ผลการทดลอง ภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง ภายในกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

ตาราง 4 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Result (ต่อ)	- คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมน้อยกว่าก่อนทดลองอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่ม - คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (เมื่อวัดด้วย HRSD)
Implication	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ร่วมกับการใช้ยา quetiapine สามารถทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล นางสาวนันท์นภัส พรหมแก้ว
วัน เดือน ปี เกิด 26 พฤศจิกายน 2503
สถานที่เกิด พัทลุง
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม, พ.ศ. 2529
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
(เทียบเท่าปริญญาตรี) กรุงเทพฯ
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยคุณภาพพิเศษหญิง 1.
โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
โทร : 02-5250981-5 ต่อ 2202
สถานที่อยู่ปัจจุบัน 47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี โทร : 089 -1702099