

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นางสาวณัฏยา เกียรติเกษม
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสธรณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิชรินทร์ นินทนันท์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

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

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2554



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



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



นางสาวณัฏยา เกียรติเกษม
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสทธิณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ซึ่งทั้งสองท่านได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้อง จนสารนิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาที่ได้รับจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทักทายพูดคุยให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมะขาม หัวหน้างานสุขภาพจิตโรงพยาบาลมะขาม หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน ที่สนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมทุนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่น 7 (ภาคพิเศษ) ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาทำสารนิพนธ์สำเร็จลงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครู-อาจารย์ที่อบรมสั่งสอนให้ผู้ศึกษาเป็นคนดี สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ตลอดจนให้ความเข้าใจและให้กำลังใจผู้ศึกษาเสมอมา และขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคน ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือจนสารนิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ณัฏยา เกียรติเกษม

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

IMPLEMENTATION OF THE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM IN
PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

ณัฏยา เกียรติเกษม 5236423 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (NURSING), พชรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสม ของการใช้โปรแกรมการ
บำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยซึมเศร้า โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มาจากโปรแกรม
ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
จำนวน 3 ราย เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30
นาที รวม 6 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ
ปานกลาง 2 ราย และระดับน้อยถึงปานกลาง 1 ราย หลังเข้าการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง
3 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัด พบว่า
เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดมีความเพียงพอ ชัดเจน และเหมาะสม สำหรับการ
นำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้านระยะเวลาพบว่า ระยะเวลาทั้งโปรแกรมและในแต่ละ
ครั้งของการบำบัดมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการบำบัด ด้านประโยชน์ที่ได้รับพบว่า ผู้ศึกษา
สามารถนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไปได้ ผู้เข้าร่วม
การศึกษาได้รับความรู้ สามารถนำโปรแกรมไปใช้กับตนเองได้ และด้านความพึงพอใจพบว่า ทั้ง
ผู้ศึกษาและผู้เข้าร่วมการศึกษา มีความพึงพอใจในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
นี้มีความเหมาะสมในการนำไปบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า / โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

IMPLEMENTATION OF THE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

NUTJAYA KEADTIKASEM 5236423 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the appropriateness of the implementation of the cognitive behavior therapy (CBT) program in persons with major depressive disorders. The CBT program was developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2007). The subjects were 3 patients suffered from Major Depressive Disorder. For each patient, 6 one and a half hour intervention sessions were delivered over a period of 6 weeks.

Results revealed that before receiving intervention, two patients had moderate depression and one patient had low to moderate depression. However, by the time intervention sessions were completed, all three patients were free of depression. Results regarding the appropriateness of implementing the program showed that the content and activities in this program were sufficient, clear, and worth to be implemented with the persons of major depressive disorders. In addition, the overall course of intervention and duration of each intervention session was suitable. Expected benefits disclosed that the therapist could further implement the program with the depressive persons and patients gained knowledge and were able to use it by themselves. It was also found that both patients and therapist were satisfied with the cognitive behavior therapy program.

The results suggested that the cognitive behavior therapy program was worth implementing with the persons of major depressive disorders.

KEY WORDS: PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS/
THE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM

160 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 โรคซึมเศร้า	
2.1.1 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	8
2.1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	9
2.1.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า	11
2.1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	14
2.1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า	16
2.1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	22
2.2 การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
2.2.1 ความเป็นมา	27
2.2.2 แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	30
2.2.3 บัญญัติ 10 ประการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	34
2.2.4 ขั้นตอนในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	34
2.2.5 เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	35
2.2.6 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
กลุ่มเป้าหมาย	39
สถานที่ในการศึกษา	40
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	
1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา	40
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการศึกษา	50
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	60
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	74
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	94
รายการอ้างอิง	117
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา	125
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	153
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	156
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	159
ประวัติผู้ศึกษา	160

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	52
4.2 คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	53



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 The native model หรือ The Common Sense model	31
2.2 Cognitive model	32
2.3 ดัดแปลงจาก Cognitive model ตามแบบของ Beck	32
2.4 Interactional model	33

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญด้านสุขภาพจิตปัญหาหนึ่ง ทำให้เกิดความสูญเสียต่อบุคคล สังคมและประเทศชาติ ซึ่งสถิติองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่นๆ (WHO, 2008) จากการสำรวจการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 10 อันดับแรกในประเทศไทยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ (Top Ten YLDs) พบว่าโรคซึมเศร้าในเพศหญิงอยู่ในอันดับ 1 และโรคซึมเศร้าในเพศชายอยู่ในอันดับ 4 (กรมสุขภาพจิต, 2548) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทย จากทุกภาคของประเทศ พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้า เป็นร้อยละ 3.2 และความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชายร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนหญิง : ชาย เป็น 1.6 : 1) โรคซึมเศร้าจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย สำหรับผู้ชายพบมากที่สุดในช่วง 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด ร้อยละ 7.2 (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2549) จากรายงานและสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี 2551 - 2553 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย คิดเป็นอัตรา 233.16 260.78 และ 242.13 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับจังหวัดจันทบุรี ในปี 2551 - 2553 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นอัตรา 140.68 270.79 และ 177.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งจากสถิติทำให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี

ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีผลต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ (มานิช หล่อตระกูล, 2547) ผลกระทบต่อบุคคลได้แก่ การสนใจสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง การรับรู้ ความคิดที่เชื่องช้า ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ และอาจทำให้เกิดการขาดงานเป็นประจำ การรับรู้ความรู้สึกด้านจิตใจ ความว้าเหว่ (Loneliness) เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ เกิดความสับสน รู้สึกหมดหวัง ซึ่งหากบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น

ระยะเวลายาวนานหรือรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต อาจนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย (กัญญาพิชญ์ จันทรนิม, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปี 2547 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 75 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 4.8 เท่า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) ผลกระทบต่อครอบครัว โรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลญาติและคนที่ใกล้ชิดของผู้เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกกับข้องใจและความเศร้าโศก รวมถึงเกิดปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัวซึ่งเป็นผลมาจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความรับผิดชอบทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น (Biglan, et al., 1987; Brithchell, et al., 1988; Keitner, 1987 อ้างในอัจฉราพร สิริบุญวงศ์, 2545) ผลกระทบในระดับชุมชน สังคมและประเทศชาติ ทำให้ขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่เพียงพอ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) จากการศึกษาเปรียบเทียบการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากการไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานได้ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งได้ศึกษาในบุคคลที่มีอายุระหว่าง 24-57 ปี ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสูงสุด (Murray & Lopez, 1996) จากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าในเพศชายปัญหาโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 15 และในเพศหญิงโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 และยังศึกษาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,100 – 5,000 คน/ปี ทำให้สร้างความสูญเสียโดยรวม 5,500 บาท/คน (กรมสุขภาพจิต, 2548)

ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านจิตใจ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วยทฤษฎีที่อธิบาย 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) และทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic) ซึ่งทฤษฎีชีวเคมีได้อธิบายไว้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองและความผิดปกติของสารสื่อประสาท จึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโตนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไพโรยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ หรือจากการใช้สารเสพติด การหลั่งของซีโรโตนิน (serotonin) ที่ลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง (Varcariolis, 2000) สำหรับทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic) พบว่าญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 2.8 เท่า (จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, 2549) 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัย

หนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียดและมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Eaton, 2002) 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต การสูญเสีย ความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environment stress) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (ธรณินทร์ กองสุข, 2551) 4) ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีแนวคิดทฤษฎีหลากหลายที่กล่าวถึงได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีนี้ได้อธิบายไว้ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) บุคคลจะมีลักษณะ oral dependent ต้องการให้ได้สิ่งต่างๆ ตามความหลงใหลของตนเองเป็นที่ตั้ง แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น ไม่ได้ความรัก ไม่ได้ความเอาใจใส่ หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น บุคคลผู้นั้นจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภคย์, 2542) ทฤษฎีการเรียนรู้ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเกิดการเรียนรู้เมื่ออยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Frisch & Frisch, 2002) ทฤษฎีทางปัญญา (cognitive theory) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมองตนเองในทางลบ มองตนเองว่าบกพร่องไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านี้จะมองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967)

การบำบัดโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การบำบัดทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางชีวภาพ ประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา และการบำบัดด้วยไฟฟ้าซึ่งใช้ในรายที่มีอาการรุนแรง ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม มีวิธีการหลายวิธี ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบสั้น (Brief psychotherapy) การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (Psychodynamic psychotherapy) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านความคิด

ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck, 1967) สำหรับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีแนวคิดของการบำบัดว่า เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบให้ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา และจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งขั้นตอนการบำบัดจะต้องมีการประเมินพฤติกรรมความคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ เมื่อได้ความคิดอัตโนมัติในทางลบแล้ว จะต้องได้รับการพิสูจน์ ถ้าพิสูจน์แล้วว่าไม่จริงความคิดอัตโนมัติจะลดลงไปตามธรรมชาติ แต่หากว่าพิสูจน์แล้วเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะต้องตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าความคิดอัตโนมัติที่เป็นจริงบางส่วนนั้นจะมีทางแก้ปัญหอย่างไร หรือให้ผู้รับการบำบัดหาหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติของตนเอง ถามถึงประโยชน์ของความคิดอัตโนมัติดังกล่าวว่ามีประโยชน์อะไรต่อตนเองอย่างไรบ้าง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วินัสริน ก้อนศิลา, 2550; กุลธิดา สุภาคุณ, 2550; Miki et al., 2010) แม้ว่ายาจะผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ซึมเศร้า แต่ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยพบว่า การเรียนรู้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าว่าอันเนื่องมาจากความคิดในทางลบที่เกิดขึ้นกับตน ตลอดจนแนวทางการแก้ไข การปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนการเปลี่ยนแปลงความคิด มีความคิดในทางบวกและยืดหยุ่นขึ้น (วินัสริน ก้อนศิลา, 2550) และยังพบว่าการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของบุคคลดีขึ้น โดยประเมินประเมินผลจากคะแนน GAF (Global Assessment of Functioning) และ แบบประเมินภาวะสุขภาพ SF 36 (Health Survey, Short Form 36: SF 36) พบว่าคะแนนสูงขึ้นหลังการบำบัด 12 สัปดาห์ (Miki et al., 2010)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) โปรแกรมนี้ได้มีการนำไปทดลองใช้ โดยผู้จัดทำคู่มือการบำบัดได้ให้การอบรมแก่ผู้เข้ารับการอบรมการบำบัด และให้ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 4 ท่านเข้าร่วมกระบวนการประเมินการให้บริการโดยทำการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder จำนวน 15 ราย ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแก้เศร้านาน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 13 จาก 15 ราย ตอบสนองต่อการร่วมรักษาของยาแก้ซึมเศร้าและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (มานิต ศรีสุรภานนท์, ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2552) สำหรับเวลาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการบำบัดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จากการศึกษาพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ จะมีจำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 6 ถึง 12 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้

ศึกษาจะใช้การบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งมีประเด็นในการบำบัดคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การพิสูจน์ การประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ เพื่อช่วยในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต , 2550)

จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรีในปี 2551 และ 2552 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 59 และ 107 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลมะขามได้รับการดูแลรักษา 2 ทาง ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการให้คำปรึกษาทั่วไป ผลการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 70 ภาวะซึมเศร้าลดลง แต่ยังพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 24 จากการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมะขาม พบว่า บุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามักมีความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมในทางลบเป็นความคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความจริง คิดบวก หรือมีความคิดแบบยืดหยุ่น ซึ่งส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ซึ่งการบำบัดนี้น่าจะเหมาะสมในการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลมะขามยังไม่มีมีการนำการบำบัดรูปแบบนี้มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาในฐานะนักศึกษาพยาบาลจิตเวชระดับปริญญาโท มีความรู้และได้รับการอบรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต จึงเห็นความจำเป็น และมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมและความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าผลของการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งได้แก่ ผลของการบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม ความเหมาะสมที่พบในการศึกษา ไปปรับใช้และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) คะแนนอยู่ระหว่าง 21-34 คะแนน หมายถึงมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมในทางลบที่มีต่อตนเอง ต่อการมองโลก และต่อการมองอนาคต เป็นความคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความจริง คิดบวก หรือมีความคิดแบบยืดหยุ่น ซึ่งส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งพัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต มีการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้งดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 พิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 4 และ 5: สัปดาห์ที่ 4 และ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6 ยุติการบำบัด เป็นการสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป การบำบัดนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรีในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวรรณกรรม ทบทวนงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 โรคซึมเศร้า

- 2.1.1 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 2.1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.1.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า
- 2.1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 2.2.1 ความเป็นมา
- 2.2.2 แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.2.3 บัญญัติ 10 ประการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.2.4 ขั้นตอนในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.2.5 เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- 2.2.6 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2.1 โรคซึมเศร้า

2.1.1 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าปัจจุบันที่นิยมใช้มี 2 ระบบ คือ 1. ระบบการวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงที่ 10 (International Classification of Diseases: ICD-10) (World Health Organization, 1992) และ 2. ระบบการวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงที่ 4 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – IV^{TR} (DSM-IV^{TR})] (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งทั้ง 2 ระบบมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่คล้ายคลึงกัน ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัย ตาม ระบบการวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงที่ 4 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – IV^{TR} (DSM-IV^{TR})] โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคดังนี้

1) ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน: โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของข้อ (1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือข้อ (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

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

(2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

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

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

2) อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

3) อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

4) อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5) อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

2.1.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดงหลายอาการแตกต่างกันซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

ด้านร่างกาย

ผู้ป่วยซึมเศร้ามักเบื่ออาหาร แม้แต่สิ่งที่ตนเองเคยชอบก็จะไม่รู้สึกรับประทาน การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป บางรายอาจรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนใหญ่น้ำหนัก จะลดลง 2 - 5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบอาการนอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่ง เรียกว่า นอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia) สมาธิ ความจำแย่ลง หลงลืมง่าย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) อาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัวปวดเมื่อยตามตัว (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

ด้านจิตใจ

อารมณ์เศร้า เป็นอาการที่สำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่เบิกบาน แจ่มใส เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนมากเมื่อมาพบแพทย์จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือ

มีอาการขึ้นได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดวัน บางเวลาเศร้าบ้าง บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้า ตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญ ของโรคซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ป่วยใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจตนว่าไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากจะรู้สึกตัวเองไม่มีค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ ผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตนเอง โดยที่ไม่มีความผิด แต่อย่างไรก็ตามก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิตนมากนัก ยิ่งอาการเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) สอดคล้องกับสุมิตรพร จอมจันทร์ (2550) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 45.57 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับน้อยถึงระดับรุนแรง

ด้านสังคม

ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวัน ที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อ และไม่สนใจ ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริง แจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่างๆ จะเป็นการฝืนทำ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) การงานแย่ลง ความรับผิดชอบต่องานก็ลดลง ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มักจะดูซึมลง จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อยอ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้วยังพบว่ามีอาการของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะคิดว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือประสังข์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะ เป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้นเมื่อได้รับการรักษาอารมณ์เศร้าดีขึ้นอาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

จากอาการและอาการแสดงที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าเป็นอาการที่ส่งผลต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสาเหตุที่เกิดขึ้นมีหลากหลายปัจจัยดังจะได้อธิบายต่อไป

2.1.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านจิตใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

ปัจจัยทางด้านชีวภาพประกอบด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

2.1.3.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression)

ได้อธิบายไว้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง มีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยมีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองหลายชนิด ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติของสารสื่อประสาท อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ หรือจากการใช้สารเสพติด จึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโตนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (nor epinephrine) การหลั่งของซีโรโตนิน (serotonin) ที่ลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความอยากอาหารลดลง ความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์หงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน (nor epinephrine) ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ระบบของ Dopamine, Acetylcholine และ GABA ก็เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าอีกด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทที่ลดลง (Vancarolis, 2000)

2.1.3.1.2 ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic) พบว่าญาติ

สายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่าคนปกติ 2.8 เท่า (จินตนา ถึงเพิ่มพูน, 2549) ถ้าบิดามารดาทั้งสองคนป่วยด้วยความผิดปกติของอารมณ์แบบสองขั้ว บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งร้อยละ 50-75 ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยความผิดปกติของอารมณ์แบบสองขั้ว บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดใดชนิดหนึ่ง ร้อยละ 27 (สุชาติ พหลภักย์, 2542) และจากการศึกษาในกลุ่มแฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 45-60 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 12 จะเห็นได้ว่าคู่แฝดที่

เกิดจากไขใบเดียวกัน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ที่เกิดจากไขคนละใบ (Varcariolis, 2000) จากการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยทางพันธุกรรม ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

2.1.3.1.3 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียดและมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Eaton, 2002) และนอกจากนี้ยังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน 9 ใน 10 การศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป (Lustman & Clouse, 2002) สำหรับในประเทศไทย สมภพ เรืองตระกูล (2543) ได้กล่าวไว้ว่า อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบมากในคนทั่วไปถึง 3 เท่าและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคทางกายอื่นๆ ร่วมด้วยยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Sarafino, 1997)

2.1.3.2 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต การสูญเสีย ความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environment stress) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ปัจจุบันความเชื่อที่ว่า โรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพได้รับความเชื่อถือน่าเชื่อถือมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การอับจนหนทาง การสับสนในชีวิต การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ การถูกลวนลามทางเพศ การหย่าร้าง (ชรินทร์ กองสุข, 2551) การถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง การมีปัญหาหนี้ทางการเงิน การมีปัญหาคอรัวอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง การตกงาน การถูกฟ้องร้อง การมีคดีความ การสูญเสียจากการตาย การสูญเสียจากการพลัดพราก การเสื่อมเสียชื่อเสียง และการอับอายขายหน้า (จินตนา ลีจงเพิ่มพูน, 2549) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ อารมณ์เศร้าจากการสูญเสีย (grief) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพ (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) (พีรพันธ์ ลีอนุชวัชชัย และคณะ, 2551) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

2.1.3.3 ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีแนวคิดทฤษฎีหลากหลายที่กล่าวถึงดังนี้

2.1.3.3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

ทฤษฎีนี้ได้อธิบายไว้ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) บุคคลจะมีลักษณะ oral dependent ต้องการให้ได้สิ่งต่างๆ ตามความหลงใหลของตนเองเป็นที่ตั้ง แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น ไม่ได้รับความรัก ไม่ได้รับความเอาใจใส่ หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น บุคคลผู้นั้นจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภักษ์, 2542) นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลไม่มีความมั่นใจในตนเอง มีแนวโน้มในการพึ่งพาผู้อื่นและมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง เช่น รู้สึกผิดและเกลียดตนเอง จนเกิดอารมณ์ซึมเศร้าขึ้น (Davison & Neale, 1994)

2.1.3.3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ภาวะ

ซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเกิดการเรียนรู้เมื่ออยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Frisch & Frisch, 2002)

2.1.3.3.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced

Positive Reinforcement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การที่บุคคลไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตแล้วบุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphasia) ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิดและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Wilson et. al, 1989)

2.1.3.3.4 ทฤษฎีทางปัญญา (cognitive theory) เบ็คกล่าวไว้

ว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหลัก 3 ประการ (cognitive triad) ได้แก่ รูปแบบความคิดต่อตนเองในทางลบ (Negative view of self) โดยผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมองว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากมีข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นมา และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้น มีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง จะโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รูปแบบ

ความคิดต่อโลกทางลบ (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลความจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ในรูปแบบความสูญเสีย ถูกใส่ร้ายเป็นประจำ มองเห็นชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง และเมื่อพบกับสถานการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รูปแบบความคิดต่ออนาคตในทางลบ (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความลำบากทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีสิ้นสุด และเมื่อมองไปข้างหน้าจะพบแต่ความคับข้องใจ ความยากลำบาก และการสูญเสีย เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่า สถานการณ์ในอนาคตก็จะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อตนเองเช่นกันโดยไม่มีสิ้นสุด ทำให้เกิดความสิ้นหวังในอนาคตและนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกิดจากปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวแต่เกิดร่วมกันหลายปัจจัยอาจแตกต่างกันหรือเหมือนในแต่ละบุคคล

2.1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลกระทบที่เกิดจากการเผชิญกับโรคซึมเศร้า มีการศึกษามากมายที่มีความสอดคล้องกันเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีผลต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ (มานิช หล่อตระกูล, 2547)

2.1.4.1 ระดับบุคคล

โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (cognitive triad) ซึ่งหมายถึง การมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) และแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative thought) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรมตามมา (สุชาติ พหลภักย์, 2547) ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ เกิดความสับสน รู้สึกหมดหวัง การรับรู้ด้านร่างกาย และพฤติกรรม รูปแบบการรับประทานอาหารและการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาทางร่างกายอื่น ๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง การติดสารเสพติด การขาดสารอาหาร และเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเป็นต้น หรืออาจทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้ เช่น โรคเอดส์ โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาไม่ดีเท่าที่ควร ก่อให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การติดสุรา เพื่อหนีปัญหาและส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งหากบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานหรือรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ในผู้สูงอายุพบว่า การ

สนใจสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง การรับรู้ ความคิดที่เชื่องช้า ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ และอาจทำให้เกิดการขาดงานเป็นประจำ การรับรู้ความรู้สึกด้านจิตใจ ความว้าเหว่ (Loneliness) เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (โสภณ แสงอ่อนและคณะ, 2550) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายพบว่า ภาวะซึมเศร้ารุนแรงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย (สุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545)

2.1.4.2 ระดับครอบครัว

โรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลญาติและคนที่ใกล้ชิดของผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกคับข้องใจและความเศร้าโศก รวมถึงเกิดปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นผลจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความรับผิดชอบทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น (Biglan, et al., 1987; Brithchell, et al., 1988; Keitner, 1987 อ้างในอัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, 2545)

2.1.4.3 ระดับชุมชน สังคมและประเทศชาติ

ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัว แยกตัวตามลำพัง (Dexter & Wash, 1995) ทำให้ขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน คนในชุมชน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผลกระทบต่อประเทศชาติ เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยทางกายมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเพราะโรคซึมเศร้าทำให้การรักษาโรคทางกายหายช้า กำเริบ หรือเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน และต้องส่งตรวจเพิ่มพิเศษเพื่อค้นหาสาเหตุ หากรักษาแบบผู้ป่วยใน อาจต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ สำหรับในกรณีผู้ป่วยนอกก็มักเข้ารับการตรวจบ่อยเกินจำเป็น ถ้าหากรักษาโรคซึมเศร้าที่พบร่วมกับโรคทางกายแล้วสามารถลดจำนวนวันในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์เกินจำเป็น (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) จากการศึกษาเปรียบเทียบการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากการไม่สามารถประกอบหน้าที่การทำงานได้ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งได้ศึกษาในบุคคลที่มีอายุระหว่าง 24-57 ปีของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสูงสุด (Murray & Lopez, 1996) และจากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าในเพศชายปัญหาโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 15 และในเพศหญิงโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 และยังศึกษา

พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,100 – 5,000 คน/ปี ทำให้สร้างความสูญเสียโดยรวม 5,500 บาท/คน (กรมสุขภาพจิต, 2548)

ผลกระทบที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังนั้นในการป้องกันมิให้เกิดโรคซึมเศร้าควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองและให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมิน 2 ประเภท คือ ประเภทที่หนึ่งการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ และสังเกต ซึ่งเป็นบุคลากรในด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แบบประเมิน (interviewer and observer rated scale) และประเภทที่สองการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการตอบด้วยตนเอง (self-report)

2.1.5.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตซึ่งเป็นบุคลากรในด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แบบประเมิน (interviewer and observer rated scale) มีแบบการประเมินดังนี้

2.1.5.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)

เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนน 17 ข้อ ให้คะแนน 0-2 คะแนน จำนวน 9 ข้อ และคะแนน 0-4 จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-50 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8-13 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 14-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 19-22 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และคะแนนมากกว่า 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก (Hamilton, 1967) สำหรับประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2539) ได้แปลแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยง อยู่ในเกณฑ์ดี และค่าความแม่นยำ อยู่ในเกณฑ์ดี ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าพอใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ให้คะแนน 0-2 คะแนน จำนวน 6 ข้อ 0-3 คะแนน จำนวน 2 ข้อ และ 0-4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-54 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-7 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (8-12 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (13-17 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (18-29 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก (30 คะแนนขึ้นไป) ต่อมา อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์ ได้ศึกษาวิเคราะห์การรวมกลุ่ม เพื่อค้นหา

โครงสร้างภายในของแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ และเพื่อจำแนกและค้นหาคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการเป็นครั้งแรก สามารถจำแนกกลุ่มอาการในแบบวัด HRSD-17 ฉบับภาษาไทย ออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล 2) กลุ่มอาการนอนหลับ 3) กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และ 4) กลุ่มอาการทางความคิด สำหรับการจำแนกกลุ่ม ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นครั้งแรก สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับ 2) กลุ่มที่มีอาการภายในจิตใจ และ 3) กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยมีอาการต่างๆ มากทุกอาการ (อัญญาพร สิริบุญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2544)

2.1.5.1.2 Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Stuart Montgomery และ Marie Asberg ในปี ค.ศ. 1979 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (Montgomery & Asberg, 1979) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจและอุไร บุรณเชษฐ (2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 70 คน ซึ่งค่าความถูกต้องในเนื้อหา item correlation coefficient แต่ละข้อคำถามมีความถูกต้องในเนื้อหา การวัดความสอดคล้องภายในพบว่า ค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ 0.80 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีความแม่นยำ สั้น เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ บุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก น่าจะนำไปใช้ประเมินได้ รวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย (รณชัย คงสกนธ์และคณะ, 2546)

2.1.5.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการตอบด้วยตนเอง (self-report) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการด้วยตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ แบบประเมินชนิดนี้ได้แก่

2.1.5.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck, Ward, Mendelson, Mock และ Erbaugh ในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา วัตถุประสงค์ในการสร้างแบบประเมินนี้เพื่อวัดพฤติกรรมที่แสดงออกในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ โดยมีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.08 และได้รับการยอมรับว่าสามารถแยกความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 1978 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินครั้งที่ 1 (BDI-IA) ซึ่งได้ตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออกและปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ

ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 (BDI-II) และในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 และออกแบบประเมินฉบับใหม่ มีชื่อว่า BDI-II (Beck Depression Inventory-II) วัตถุประสงค์ในการสร้างแบบประเมินฉบับนี้เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, Steer, & Brown, 2006) แบบประเมินมีทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แบ่งระดับคะแนนไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-13 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (14-19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (20-28 คะแนน) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (29 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินนี้ค่าความเชื่อมั่น .93 จึงเป็นแบบวัดที่มีนิยมนำใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก สำหรับแบบวัดนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ ในปี พ.ศ. 2522 โดยคงจำนวนข้อคำถาม และให้ค่าคะแนนเช่นเดิม แต่สำหรับการแปลผลคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (16-19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้ามาก (20-29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (30-63 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น 0.80 - 0.90 (สดดา แสนสีหา, 2536)

2.1.5.2.2 Zung self rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) สร้างขึ้นเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2533) และได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามนี้ขึ้น เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในเขตพระโขนง กรุงเทพฯ และเขตจังหวัดอุทัยธานีพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตพระโขนง กรุงเทพฯ พบร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานีพบร้อยละ 84.4 และพบว่าปัจจัยทางจิตสังคมเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าเหมือนกันทั้ง 2 ที่ โดยมีเนื้อหาของคำถาม เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และโดยส่วนใหญ่จะมักนิยมนำวัดภาวะซึมเศร้าในแง่ของ 2 ด้านนี้เท่านั้น แต่จะมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุผลที่ได้ อาจผิดพลาดเพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายใน

ตนเอง ออกจากภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม แบบสอบถาม SDS มีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Test-retest และ Split-half reliability เท่ากับ 0.73 (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2533)

2.1.5.2.3 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff และสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ในปี ค.ศ. 1977 โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Weissman, 1977) สร้างขึ้นเพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หรือประชาชนทั่วไป แบบสอบถามนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิรติศัยกุล เพื่อนำไปใช้คัดกรองในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และแบบคัดกรองฉบับภาษาไทยถูกนำไปหาคุณภาพของแบบสอบถามในบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่เหมาะสมคือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ได้ค่าความไว และความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 เครื่องมือนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 19 คะแนน ขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า (วิไล คุปต์นิรติศัยกุล, 2540) นอกจากนี้ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) และนำไปศึกษาหาคุณภาพของแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนก กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จุดตัดที่ 22 คะแนนเป็นจุดตัดที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด มีคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยๆ (2 คะแนน) ตลอดเวลา (3 คะแนน) (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540)

2.1.5.2.4 Mood Assessment Scale (MAS) หรือ Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดย Yesavage และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 (Yesavage et al., 1983) ได้ทำการปรับปรุงเป็นฉบับที่เหลือน้อยข้อเพียง 15 ข้อ ในปี ค.ศ. 1986 ได้รับความนิยมนำไปใช้ในหลายๆ ประเทศ สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ หรือ Thai geriatric Depression scale (TGDS) โดยนิพนธ์และคณะ (2537) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย และได้ทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 และในเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 เครื่องมือนี้นิยมใช้ในการปฏิบัติการในคลินิกและสำรวจ

หาระบาดวิทยาเนื้อหาของคำถาม เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolation) แบบสอบถามแบบออกเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับ 30 ข้อและฉบับ 15 ข้อ โดยมีคำตอบ “ใช่” แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องอยู่ในระดับหนึ่ง (Limit cognitive impairment) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย (Limit formal education) ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาทีแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ และเข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้นแต่จะมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไป แบบสอบถาม GDS มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหา Test retest reliability เท่ากับ .85 มีความเที่ยงตรง (Validity) ตาม Research diagnostic criteria (RDC) (นิพนธ์ และคณะ, 2537)

2.1.5.2.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

สร้างโดย Zigmond และ Snaite ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) คือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) และได้ทำการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคกระเพาะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรามธิบดี ของภาควิชาศัลยศาสตร์ และภาควิชาสูติศาสตร์ จำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เนื้อหาของคำถามเน้นประเมินอาการ และการแสดงของผู้ป่วยด้านอาการผิดปกติทางจิตเวชแบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert scale มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนน ข้อละ 0-3 คะแนน การหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรอง ความผิดปกติทางจิตเวช ทำโดยใช้ Receiver operating characteristic (R.O.C.) Curve analysis ได้ >11 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ เป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถแบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า สามารถแยก 2 ปัจจัยได้อย่างชัดเจน แบบสอบถาม GHQ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 สำหรับ Anxiety sub-scale และ .82 สำหรับ Depression sub-scale (ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ, 2539)

2.1.5.2.6 Thai Depression Inventory (TDI) (มาโนช หล่อ

ตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก 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 ได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 50 ราย ที่โรงพยาบาลรามารบดิ โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และ ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.72 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีคะแนน ข้อละ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน แบ่งระดับคะแนน เป็น 5 ระดับ คือ 0-20 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง 26-34 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 35-40 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก และ 41-60 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

2.1.5.2.7 Patient Health Questionnaire Depression Module

หรือ PHQ-9 แปลเป็นภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล เป็นเครื่องมือที่สามารถวินิจฉัยและติดตามอาการของโรคซึมเศร้าที่ใช้อย่างแพร่หลายในสถานบริการปฐมภูมิซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดย ICD-10 และ DSM-IV สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง (ในผู้ที่อ่านออกเขียนได้) หรือโดยบุคลากรทางการแพทย์ ใช้เวลาสั้น การแปลผลสามารถทำได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังสามารถประเมินความรุนแรงของอาการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้อีกด้วย PHQ-9 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การตอบคำถามในแต่ละข้อจะมีตัวเลือก 4 คำตอบ คือ “ไม่เลย” “มีบางวันมีบ่อย” หรือ “มีเกือบทุกวัน” หลังจากนั้นจะมีคำถามสุดท้ายเกี่ยวกับปัญหาในการทำงานและมีตัวเลือก 4 คำตอบคือ “ไม่มีปัญหา” “มีปัญหาบ้าง” “มีปัญหามาก” หรือ “มีปัญหามากที่สุด” (คะแนนจากเครื่องมือ PHQ-9 จะสามารถบอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาภาวะซึมเศร้าหรือไม่ และจัดอยู่ในระดับใด โดยการศึกษาในผู้ป่วยไทยพบว่า ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2549)

สำหรับการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าแบบประเมินทั้งหมดที่กล่าวมามีแบบประเมินหลากหลายซึ่งแบบประเมินแต่ละแบบก็มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน การเลือกใช้แบบประเมินให้เหมาะกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะนำไปสู่การบำบัดรักษาต่อไป

2.1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แบ่งการบำบัดเป็น 2 ทางคือ ทางชีวภาพและทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางชีวภาพประกอบด้วย การบำบัดทางยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมมีการบำบัดหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะได้อธิบายโดยละเอียดต่อไป

2.1.6.1 การบำบัดทางชีวภาพ

การบำบัดทางชีวภาพประกอบด้วย การบำบัดทางยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.6.1.1 การบำบัดทางยา

การบำบัดทางยาประกอบด้วยยาในกลุ่มต่างๆ ซึ่งแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้คือ

2.1.6.1.1.1 กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic) หรือ TCA เป็นยาในกลุ่มแรกที่นิยมใช้รักษาอาการซึมเศร้า การออกฤทธิ์ไปเพิ่มระดับของสารสื่อประสาท serotonin และ nor epinephrine โดยการลดความเร็วในการดูดกลับสารทั้ง 2 เข้าไปเก็บในเซลล์ประสาท ทำให้สมองมีสารนี้มากขึ้น อาการจึงลดลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) ซึ่งมีข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี narrow angle glaucoma เนื่องจากฤทธิ์ anticholinergic ของยา ทำให้ม่านตาขยาย ส่งผลให้ความดันในลูกตาสูงขึ้นอย่างเฉียบพลันได้, ผู้ป่วย recent myocardial infarction, มี conduction abnormality โดยเฉพาะ AV-block grade III, bundle branch block หรือ prolong QT interval นอกจากนี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วย delirium เนื่องจาก anticholinergic ของยาทำให้อาการ delirium มากขึ้น ภาวะต่อมลูกหมากโต เนื่องจากฤทธิ์ anticholinergic ของยาทำให้ปัสสาวะลำบาก โรคลมชัก จากยาไปลด convulsive threshold และ ผู้ป่วยตั้งครรภ์และให้นมบุตร เนื่องจากยาผ่านรกและน้ำนมได้ดี

ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาแก้เศร้าในกลุ่มนี้ อาการที่พบบ่อยๆ คือ อาการง่วงซึม ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด และหัวใจเต้นเร็ว ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อาการสั่น น้ำหนักเพิ่ม และอาการขาดยา (withdrawal symptoms) (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2.1.6.1.1.2 กลุ่ม MAOIs (Monoamine Oxydase Inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ เฟนาลีน (Phenelzine) ทรานิลไซโปรมิน (Tranlycypromine) และไอโซคาร์บอกซาไซด์ (Isocarboxaid) เป็นยาด้านเศร้ากลุ่มดั้งเดิมที่มีกลไกยับยั้งเอนไซม์ monoamine oxydase ที่ presynaptic neurons ลดการทำลายสารสื่อประสาท serotonin และ Norepinephrine จึงทำให้สารสื่อประสาททั้งสองเพิ่มขึ้น

ใน synaptic cleft MAOIs ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบ anticholinergic activity ไม่มีผลต่อการนำไฟฟ้าของหัวใจ อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกกระฉับกระเฉง แต่อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ ต้องระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่อาจหกล้มและกระตุกได้ง่าย (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) อาการข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ มึนงง ใจเต้นเร็ว และความสนใจทางเพศลดลง นอกจากนี้ยาชนิดนี้ยังมีปฏิกริยาต้านแรงกับอาหารพวกเนย ของหมักดอง อาหารที่ใส่ผงชูรส เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาบางชนิด เช่น ยารักษาหัวใจ ยาแก้แพ้ ยาลดความอ้วน ยาชาเฉพาะที่ สอร์โอมอนอินซูลิน เป็นต้น (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

2.1.6.1.1.3 กลุ่ม SSRI (Serotonin Specific Reuptake Inhibitors) ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้กันมี 5 ชนิด คือ Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Fluvoxamine และ Citalopram, Prozac ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Fluoxetine เป็นยาที่มีชื่อเสียง และใช้กันมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา กลไกการออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการ reuptake ของ serotonin ทำให้ serotonin เพิ่มขึ้นทั้งบริเวณ synaptic cleft และบริเวณ cell body ข้อเด่นของยากลุ่ม SSRI คือมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ได้แก่ ไม่มีฤทธิ์ anticholinergic ฤทธิ์ง่วงซึม ใช้ได้ก่อนข้างปอดคล้ายในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากเหมือนยากลุ่ม Tricyclic แต่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะทนต่อยากลุ่ม SSRI ได้ดีกว่ายากลุ่มเดิม แต่เนื่องจากการทำงานของตับและไตในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลงกว่าวัยหนุ่มสาวการให้ยาจึงควรเริ่มต้นที่ขนาดต่ำ และปรับขนาดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อยได้แก่ 1) ผลต่อระบบประสาท อาจพบอาการปวดศีรษะได้ในช่วงแรก ซึ่งอาการอาจจะดีขึ้นในสัปดาห์ต่อๆ มา นอกจากนี้ยังอาจพบอาการมือสั่นหรือกระวนกระวาย 2) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในบางรายอาจมีอาการท้องเสีย 3) ผลทางเพศ ได้แก่ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง หลังเข้า ไม่มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (orgasm) 4) กลุ่มอาการซีโรโทนิน (Serotonin syndrome) เกิดจากการออกฤทธิ์ของซีโรโทนิน (serotonin activity) มากเกินไปประกอบด้วย อาการปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก สะบัดร้อนสะบัดหนาว อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน สั่น มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ (myoclonus) ไปจนถึงมีการแตกตัวของเส้นใยของกล้ามเนื้อลาย (rhabdomyolysis) และได้วยแต่พบน้อย 5) กลุ่มอาการไร้อารมณ์ (Apathy syndrome) พบได้ในผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม SSRI นานอาจมีอาการอารมณ์ราบเรียบเฉยเมย ไม่ยินดีในร้าย ความคิดไม่แล่นหรืออ่อนล้า นอกจากนี้ยังอาจพบอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ซึ่งจะพบอาการเกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์หลังหยุดยาในผู้ป่วยที่ได้รับยามานาน 1 เดือนขึ้นไป พบบ่อยในยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ได้แก่ paroxetine และ fluvoxamine โดยมีอาการสั่น วิงเวียน คลื่นไส้ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เดินเซ นอนไม่หลับ หงุดหงิด วิตกกังวล หรืออาการชา (parathesias) และบางคนอาจมีอาการเหมือนถูกไฟดูด (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2.1.6.1.1.4 กลุ่ม new generation ได้แก่ minanserin, trazodone, tianeptine, bupropion, venlafaxine และ mirtazapine (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ยาในกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีผลข้างเคียงต่อ muscarinic, histamine และ noradrenergic receptors เหมือนดังเช่น Tricyclic (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

2.6.1.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy - ECT)

การรักษาวิธีนี้ได้ผลร้อยละ 90 จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาแก้เศร้า ทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ และมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มีฤทธิ์แก้เศร้าได้ดีและรวดเร็วกว่าการใช้ยา วิธีการคือให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำวิ่งผ่านเนื้อสมองทางอิเล็กโทรดที่วางบนศีรษะ บริเวณขมับทั้งสองข้าง ผลแทรกซ้อนของการรักษาด้วยไฟฟ้าที่พบบ่อยคือ ความจำเสียชั่วคราว กลไกการออกฤทธิ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้า ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่ากระแสไฟฟ้าที่วิ่งผ่านเนื้อสมอง ทำให้มีการสังเคราะห์และหลั่งสาร neurotransmitter จึงมีปริมาณเพิ่มขึ้นที่ข้อต่อของปลายประสาท (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

2.1.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตหรือจิตบำบัด เป็นการรักษาทางจิตสังคม การทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวใช้ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ข้อควรพิจารณาในการบำบัดทางจิต คือ ผู้ป่วยต้องการบำบัดทางจิต มีภาวะกดดันทางจิตสังคม มีความขัดแย้งภายในใจตนเอง มีปัญหาในเรื่องสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล มีระดับภาวะซึมเศร้า ปานกลางถึงมาก (อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) จิตบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1.6.2.1 จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่ประยุกต์การใช้หลักของจิตวิเคราะห์ทั้งทางด้านแนวคิดและเทคนิคการรักษา มีลักษณะที่เหมือนกันกับจิตวิเคราะห์ คือ การตรวจจิตพลศาสตร์ (Psychodynamic) ซึ่งอธิบายการทำงานของจิตใจและการปรับตัว ศึกษาแนวคิด แรงผลักดันในจิตใจ อารมณ์ และกลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) หลักในการรักษาใช้การแปลความ (Interpretation) เหมือนจิตวิเคราะห์ แต่เน้นความสำคัญในเหตุการณ์ชีวิตที่เป็นจริง ความขัดแย้งและจิตพลศาสตร์ในช่วงที่ผ่านมาไม่นาน แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

2.1.6.2.2 Expressive psychotherapy เป็นกระบวนการบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์พลวัต และกลไกป้องกันทางจิตบางส่วน เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล transference ต่อบุคคลอื่น transference ที่เกิดกับผู้รักษาโดยจะถูกวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็น

negative transference แต่ถ้าหาก positive transference เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ผู้รักษาก็สามารถยอมให้ผู้ป่วยมีการถดถอยได้บ้างในระหว่างการรักษาแต่ก็อนุญาตให้มืออย่างจำกัด ซึ่งผู้รักษาก็วิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆโดยวิธีเผชิญหน้า ทำความเข้าใจให้กระจ่าง และโดยวิธีตีความบ้าง แต่การตีความจะเน้นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับที่นี่และเวลานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขหรือขจัดความขัดแย้งทางจิตที่อยู่ในจิตส่วนก่อนสำนึกและที่อยู่ในจิตที่สำนึกได้ (pre-conscious and conscious) ให้ผู้ป่วยสามารถหยั่งเห็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น ทำให้อารมณ์ของอารมณ์เศร้าดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

2.1.6.2.3 Supportive psychotherapy เป็นกระบวนการบำบัดที่ผู้รักษจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตไดนามิกของผู้ป่วย ซึ่งเพ่งเล็งที่เรื่องราวภายนอกตัวผู้ป่วยและเป็นเรื่องราวที่อยู่ในจิตสำนึกหรือจิตก่อนสำนึกเท่านั้น รักษาเพื่อบำบัดอาการเท่านั้นไม่ได้แก้ไขความขัดแย้งในส่วนจิตไร้สำนึก สามารถใช้แทนจิตวิเคราะห์และจิตบำบัดแบบ Expressive ในกรณี ที่ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจ ต่อต้าน การรักษาและเป็นข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีทั้ง 2 แบบนั้น และสามารถใช้ได้ในระยะแรกของการรักษาทุกแบบ เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ซึ่งการบำบัดแบบประคับประคองนี้ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี อาทิเช่นการศึกษาของประภาพร ประศรี (2551) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองมีค่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวินี ล่องชูผล (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าหลังทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2.1.6.2.4 Satir's systemic brief therapy การรักษาทางจิตใจโดยใช้รูปแบบการบำบัดของซาเทียร์ (Satir's model) เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบให้หายดีหรือดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยใช้แนวคิดเชิงอุปมาอุปไมยจิตใจคนเราเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) ร่วมกับการวิเคราะห์ การปรับตัว (Stance) ซึ่งจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถทำความเข้าใจและเข้าใจผู้ป่วยได้เร็วและลึกในเวลาอันสั้น ผู้รับบริการสามารถสัมผัสรับรู้การเปลี่ยนแปลงในแต่ละชั่วโมงการรักษาและทำการบ้านระหว่างช่วงการรักษาเพื่อประมวลการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การบำบัดควรเป็นประสบการณ์ระยะสั้นเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถ เป็นผู้ที่ดีตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น (Better choice maker) กลายเป็นผู้มีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (more congruent) มีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (higher self-esteem) ใช้ชีวิตอย่างสงบสุขและสดชื่น (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และนางพาง ลิมสุวรรณ, 2545)

2.1.6.2.3 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดความซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและช่วยให้ผู้ป่วยทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แนะนำว่าวิธีการแบบนี้เป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีข้อขัดแย้งกับบุคคลที่รัก หรือเป็นผู้ที่ปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หรือผู้ที่เศร้าโศกจากการเป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ต้องปรับตัว ใช้ชีวิตคนโสดอีกครั้ง วิธีการนี้จึงใช้ได้ผลมากกับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยมักจะให้ความสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับผู้อื่นมาก และมีความสุขต่อการมีสัมพันธภาพที่ดี กระบวนการบำบัดเป็นการบำบัดระยะสั้น ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดพบกันประมาณ 12-16 ครั้ง ในการพบกันครั้งแรกๆ จะเป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ในอดีตและปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าของผู้รับการบำบัดแล้วจับประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหามาสนทนา ในช่วงกลางผู้บำบัดจะทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นและเข้าใจความสัมพันธ์ที่เป็นอยู่ แล้วจากนั้นก็พัฒนาความสัมพันธ์นั้นให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ในช่วงท้าย (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

2.1.6.2.4 การบำบัดเชิงอัตถิภาวนิยม (Existentialism) การบำบัดทฤษฎีนี้เชื่อว่าเรามีอิสรภาพที่จะแสวงหาคุณค่าและความหมายให้กับชีวิต มีอิสรเสรีภาพเฉพาะตัว และเชื่อว่าคนเรามีความทุกข์ไม่เหมือนกัน เพราะแต่ละคนเกิดมาย่อมมีเป้าหมายชีวิตที่แตกต่างกันออกไปหรือบางคนอาจมองไม่เห็นคุณค่าของการมีชีวิต จุดมุ่งหมายของการบำบัดเป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดสภาพของการรู้จักตนเอง เข้าใจถึงศักยภาพของตนเองเข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่ ทราบวิธีการจัดอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการเพิ่มพูนศักยภาพของตนเอง ผู้บำบัดจะพยายามช่วยผู้รับการบำบัดได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเลือกหาความหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองอย่างมีอิสรเสรีภาพ แต่ผู้รับการบำบัดจะต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง (เกษร ทมชิตขงค์, 2551)

2.1.6.2.5 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) เป็นการบำบัดที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น มีขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญได้แก่ 1.ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Assessment) 2.ขั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1.การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นตอนที่ 2. การพิสูจน์และประเมินคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นตอนที่ 3.การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบให้ตรงกับความเป็นจริงทุกด้าน จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม และจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2552) การบำบัดรูปแบบนี้มีผู้นำมาใช้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและได้ผลดี อาทิเช่น วินัสริน ก้อนศิลา (2550) ศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปพบว่ากลุ่มเป้าหมายทุกคนที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงแม้ว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ซึมเศร้า เช่น ยา แต่ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยพบว่าการเรียนรู้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าว่าอันเนื่องมาจากความคิดในทางลบที่เกิดขึ้นกับตน ตลอดจนแนวทางการแก้ไข การปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนการเปลี่ยนแปลงความคิด มีความคิดในทางบวกและยืดหยุ่นขึ้น จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2550; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) และจากการศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยซึมเศร้าโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเปรียบเทียบกับจัดการทางคลินิกตามมาตรฐานปกติ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลง และมีอาการกำเริบซ้ำช้ากว่ากลุ่มควบคุม (Fava et al., 1998)

จะเห็นได้ว่าจากผลการศึกษาที่กล่าวมาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาเลือกใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

2.2.1 ความเป็นมา

Cognitive Behavioral therapy มีประวัติศาสตร์ความเป็นมายาวนานตั้งแต่ยุคตั้งต้นที่มุ่งเน้นที่การปรับพฤติกรรมเป็นหลัก แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ ได้ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำแนวคิดการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) อาจกล่าวได้ว่ามี 2 คน คือ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) และ อารอน เบ็ค (Aaron T. Beck) โดย อัลเบิร์ต เอลลิส นั้นได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational emotion therapy หรือ RET) ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้นเป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วนของอารอน เบ็ค กล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตนั้นเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะการปรับตัวไม่ได้ เช่น

ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นความเชื่อของเขามีต่อตนเองและต่อโลกที่เขาอยู่ วิธีบำบัดก็คือ เขาจะมุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวกับตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

เบ็ค ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการอบรมมาทางด้านจิตวิเคราะห์ หลังจากที่ได้ให้การรักษาผู้รับการบำบัดโดยใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์มาเป็นเวลานานพอสมควร เขาได้พบปฏิกิริยาทางลบจากผู้รับการบำบัดมากมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และในช่วงทศวรรษที่ 1960 นั้นเอง ทฤษฎีที่ได้รับความสนใจและการยอมรับที่จะอธิบายถึงความคิดทางจิตเวชต่าง ๆ เป็นอย่างมาก คือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) และรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทดลองมาอธิบายปรากฏการณ์การเกิดพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมเท่านั้น โดยไม่สนใจต่อตัวแปรภายใน คือ ความคิดหรือปัญหา ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคล (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) โดย เบ็คได้เสนอแนวความคิดว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์เหล่านี้ ทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสน และไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยแรก เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิต และปัจจัยที่สองบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แรกในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น ทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราว ผิดพลาดบิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราวการผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งกระบวนการความคิดทางลบเหล่านี้จะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเครียด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้ามี 3 ประการ ได้แก่ 1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) 2) โครงสร้างทางความคิด (schema) และ 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing)

1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการที่บิดเบือนไปในทางลบ คือ การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่องไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่เป็นที่น่าปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และ

ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกไต่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลดโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุดทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2547) ได้ศึกษาแบบแผนการคิดที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) พบว่าผู้ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดทางลบต่อตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

2) โครงสร้างทางความคิด (schema) แบ่งออกเป็นการแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือปรับเปลี่ยนที่บิดเบือน (adaptive - maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ และเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ดังนั้นเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความบิดเบือนอันเนื่องมาจากโครงสร้างทางความคิดให้มีความไวต่อเหตุการณ์ประเภทนั้น โครงสร้างทางความคิดนี้จึงเป็นคำอธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้แตกต่างกัน ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามากขึ้นความรู้สึกนึกคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นสาเหตุของความคิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนโดย การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ

(arbitrary inference) เป็นกระบวนการคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) เป็นลักษณะการคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือลักษณะการคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นลักษณะการคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่กระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากเกินไป มีการคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นศูนย์กลางกับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง การคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ ซึ่งในผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวกการบำบัดต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้นหลักการบำบัดจึงเน้นการวิเคราะห์วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นแบบแผนความคิดด้านลบ (pattern of negative thoughts) และการวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลของความนึกคิดที่บิดเบือน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

2.2.2 แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ เบ็ค (Beck, 1979) ได้นำการบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางพฤติกรรมมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน ซึ่งเรียกว่าการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy) การบำบัดนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่งคือ การเปลี่ยนตัวแปรทางความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั่นเอง โดยมีความเชื่อดังนี้

- (1) การนึกคิด (Cognition) มีผลต่อพฤติกรรม
- (2) การนึกคิดสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
- (3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางความคิด

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดีต้องมีการทำ Cognitive conceptualization โดยการนำรูปแบบกระบวนการคิด (Cognitive model) มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เมื่อพบเหตุการณ์ต่างๆ นั้นการใช้ Cognitive model ของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไป จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป Cognitive model ต่าง ๆ ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

1. The native model หรือ The Common Sense Model



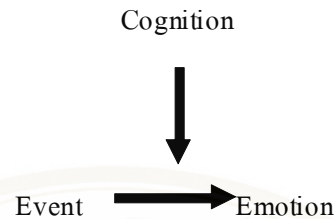
แผนภูมิที่ 2.1 The native model หรือ The Common Sense model

(จาก “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ CBT,” โดย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2550,

คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT, หน้า 1)

จากแผนภูมิที่ 2.1 รูปแบบนี้เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่ว่าเหตุการณ์บางอย่างทำให้เกิดอารมณ์ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกับความคิดหรือการตีความเหตุการณ์ต่างกัน เราคิดอย่างไรก็ทำให้อารมณ์ความรู้สึกแสดงออกมานั้น ซึ่งมีทั้งความคิดที่เป็นอัตโนมัติและความคิดที่เราฝึกคิดได้

2. Cognitive model

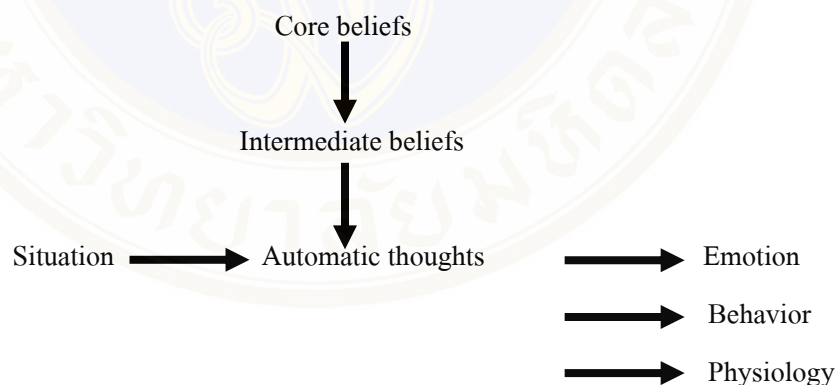


แผนภูมิที่ 2.2 Cognitive model

(จาก “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ CBT,” โดย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2550, คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT, หน้า 2)

จากแผนภูมิที่ 2.2 แนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่างกลางจะมีสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนก็คือความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้อารมณ์แตกต่างกัน

3. Beck's Cognitive model



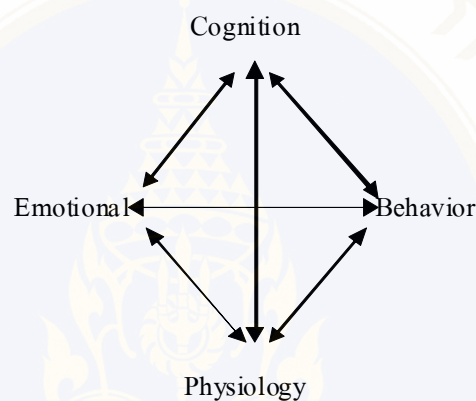
แผนภูมิที่ 2.3 ดัดแปลงจาก Cognitive model ตามแบบของ Beck

(จาก “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ CBT,” โดย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2550, คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT, หน้า 2)

จากแผนภูมิที่ 2.3 แนวคิดนี้นอกจากเหตุการณ์ (Situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรมและอาการทางกายด้วย มนุษย์เรามี Automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อของระบบความคิดที่เรียกว่า Core beliefs เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกในตัวบุคคล ส่วน

Intermediate beliefs มีลักษณะกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไข ดังประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้ในอดีต เช่น คนที่เชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะเติบโตมาจากที่ที่มีความรุนแรง ดังนั้นการทำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอาจจำเป็นต้องแก้ไข Core beliefs เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืน

4. Interactional model



แผนภูมิที่ 2.4 Interactional model

(จาก “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ CBT,” โดย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2550, คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT, หน้า 3)

จากแผนภูมิที่ 2.4 รูปแบบ Model นี้ความคิด (cognitive) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (Physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่น เมื่อบุคคลเริ่มมีอารมณ์เศร้าก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ การบำบัดด้วย CBT นั้นก็คือ การไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ ทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตาม เช่น เมื่อได้ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นกับชนิดของโรคหรือปัญหาที่กำลังดูแล (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.2.3 บัญญัติ 10 ประการ ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญในการนำไปใช้ในการบำบัดหรือที่เรียกว่าบัญญัติ 10 ประการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

1) การบำบัดต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้รับการบำบัดมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ Cognitive model ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้รับการบำบัดว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา Cognitive model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน formulation ของผู้รับการบำบัดนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้รับการบำบัดในแต่ละครั้ง Cognitive model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2) การบำบัดต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดที่มีขอบเขต

3) การบำบัดเน้นที่การประสานงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้รับการบำบัดเป็นอย่างดี ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดมีบทบาทสำคัญในการบำบัด รวมถึงการทำการบ้านตามที่ตกลงในแต่ละครั้ง

4) การบำบัดมุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายชัดเจนและพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย

5) การบำบัด เน้นที่ปัจจุบัน

6) ผู้บำบัดมีบทบาทหน้าที่ให้ความรู้และสอนผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้บำบัดตนเองป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

7) การบำบัดจะมีการกำหนดเวลาที่พบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน

8) ในการพบแต่ละครั้ง จะมีโครงสร้างของการบำบัดที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน

9) ผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดของตนเองให้เหมาะสม

10) การบำบัดสามารถใช้เทคนิคได้หลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างและกระบวนการดังนั้นในการบำบัดจึงมีขั้นตอนการบำบัดดังต่อไปนี้

2.2.4 ขั้นตอนในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (The Structure of treatment sessions) (กรมสุขภาพจิต, 2552)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีขั้นตอนในการบำบัดที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Beck, 1995; Westbrook, 2007 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2552)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ขั้นแรกผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความหมายของความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบ กับความรู้สึก และพฤติกรรม โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองแล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้

ขั้นตอนที่ 2 การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ผู้บำบัดให้วิธีการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ สาระสำคัญของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ที่จะแยกแยะ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่ในตัวเองที่ทำให้เกิดความคิดที่ผิด

2.2.5 เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

2.2.5.1 เทคนิคด้านความคิด (Cognitive Techniques)

(1) การเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) การปรับโครงสร้างความคิดเป็นกิจกรรมหลักของการรักษาตามแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กระบวนการประกอบด้วยการแยกแยะ วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับสถานการณ์และปัญหาได้ โดยการประเมินและเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของตนเอง โดยใช้คำถามแบบโสเครติส (Socratic Question) เป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิด และใช้การบันทึกความคิด การปรับโครงสร้างความคิดเพื่อเพิ่มความตระหนัก เริ่มโดยการช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ชักถามเกี่ยวกับความคิดและความเชื่อของผู้ป่วย และแยกแยะความคิดและความเชื่ออะไรขัดขวางการทำหน้าที่ในชีวิต (สมบัติ ตาปัญญา, 2548)

(2) การพูดกับตนเอง (Self Talk) การพูดกับตัวเองช่วยให้ผู้ป่วยสร้างประโยคสั้นๆ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย เพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะจัดการได้เมื่อรู้สึกกังวลขึ้นมา การพูดกับตนเองสอนให้ผู้ป่วยแยกแยะสถานการณ์ได้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2548)

(3) การปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นทักษะอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว โกรธ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ตัว และความเข้าใจว่าความรู้สึกต่าง ๆ นั้นเกิดเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป การเรียนรู้ที่จะแยกแยะและให้เชื่อความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้พัฒนาความรู้ตัวได้ดีขึ้น การปรับอารมณ์โดยการฝึกความรู้ตัว ทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตโดยไม่ตัดสินอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอารมณ์ที่รุนแรง สังเกตความรู้สึกในสถานการณ์ขณะที่ยังกำลังเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แทนที่จะตัดสินและเก็บกดมันไว้ ผู้ป่วยจะสังเกตได้ว่าพอเวลาผ่านไป ความรู้สึกก็จะเลือนหายไป (สมบัติ ตาปัญญา, 2548)

(4) การฝึกป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) การฝึกป้องกันความเครียด โดยขอให้ผู้ป่วยบอกถึงสถานการณ์ในชีวิตที่ทำให้เครียด ที่อยู่ในบ้าน ครอบครัว สถานที่ทำงาน โรงเรียน ฯลฯ พุดคุยถึงสถานการณ์เหล่านี้และปฏิกิริยาของผู้ป่วยว่า เกิดอะไรขึ้น เขารู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะตอบโต้กับสถานการณ์เหล่านี้ให้ต่างไปจากเดิม และถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอยากจะจัดการกับสถานการณ์แต่ละอย่างในอนาคตอย่างไรโดยควรเป็นวิธีที่เป็นไปได้จริง พุดคุยถึงอุปสรรคและสิ่งท้าทาย และถามว่าใครที่พอจะช่วยได้ในสถานการณ์เหล่านี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2548)

2.2.5.2 เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Techniques)

การรักษาโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม อาจใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด เป็นส่วนประกอบของการรักษาได้หลายอย่างตามความเหมาะสมตั้งแต่การจัดกิจกรรม การให้ผู้ป่วยจดกิจกรรมทุกอย่างทุกชั่วโมงหรือผู้ป่วยให้คะแนนการสามารถเอาชนะและความพึงพอใจ โดยให้คะแนนจาก 0-10 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง วิธีการนี้มีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษาและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าใจผิดว่าตนเองรู้สึกไม่ดีตลอดเวลา การแยกแยะว่าความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและอาการ ทำให้ผู้รักษาสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ด้วยการจัดกิจกรรมที่ทำให้ความรู้สึกที่ดีขึ้น และเอาชนะได้มากขึ้น รวมถึงการแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยที่ผู้รักษาอาจต้องมอบหมายการบ้าน และแบบฝึกหัดให้ผู้ป่วยไปหัดแก้ไขตนเองระหว่างนัดด้วย โดยมีหลักการว่าผู้ป่วยต้องลงมือทำจริง ๆ การฝึกแต่ละครั้งต้องมีเวลานานพอ โดยทั่วไปให้ฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง และต้องทำซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกวัน หรืออย่างน้อยวันเว้นวันจนกว่าอาการจะหาย หรือการให้ผู้ป่วยค่อยๆ ทำกิจกรรมโดยแบ่งเป็นขั้น ๆ จากง่ายไปสู่ยาก รวมทั้งการชักซ้อมความคิด การฝึกฝนพฤติกรรมให้สามารถพึ่งตนเอง การซ้อมบทบาท เป็นต้น (สเปญ อุ๋นอองค์ และคณะ, 2544 อ้างใน จันทิมา อองค์โฆษิต, 2545) โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ก็ได้ แต่ต้องมีความสมจริงและสามารถทำได้จริง ผู้บำบัดมีบทบาทคือต้องอดทนและให้กำลังใจ ไม่บอกให้ผู้ป่วยทำในสิ่งนั้นสิ่งนี้

2.2.6 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผู้ศึกษาและพัฒนาขึ้นหลายท่าน อาทิ เช่น ศรีวิไล โมกขาว (2553) ได้สร้างโปรแกรมตามแนวความคิดการบำบัดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) และได้นำไปใช้ในโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี วินัสริน ก้อนศิลา (2550) ได้จัดทำโปรแกรมการบำบัดซึ่งได้จากการศึกษา ค้นคว้าและประสบการณ์การฝึกอบรมจากภาควิชาพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 2 สัปดาห์/ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) ซึ่งโปรแกรมนี้ได้มีการนำไปทดลองใช้ โดยผู้จัดทำคู่มือการบำบัดได้ให้การอบรมแก่ผู้เข้ารับการอบรมการบำบัด และให้ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 4 ท่านเข้าร่วมกระบวนการประเมินการให้บริการโดยทำการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder จำนวน 15 ราย ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแก้เศร้านาน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนน Montgomery Asberg Depression Rating Scale เท่ากับ 33.4 (5.9) และ 7.9 (5.4) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนน 9-item Patient Health Questionnaire เท่ากับ 28.9 (4.6) และ 14.5 (2.9) ตามลำดับ ผู้ป่วย 13 จาก 15 รายตอบสนองต่อการร่วมรักษาของยาแก้ซึมเศร้าและ CBT โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วย พอใจการรักษาในครั้งแรกและพอใจมากเมื่อจบการรักษา (มานิต ศรีสุรภานนท์, ฉัตร พิชัยรัตน์ เสถียร, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2552) สำหรับเวลาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการบำบัดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จากการศึกษาพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ จะมีจำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 6 ถึง 12 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหา ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้การบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งมีประเด็นในการบำบัดคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การพิสูจน์ การประเมินความคิด อัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการ จัดการกับอารมณ์ เพื่อช่วยในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้คือ การบำบัดครั้งที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ เน้นการสร้างสัมพันธภาพ สำรวจและค้นหาเรื่องที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ ผู้ป่วยประสบอยู่ ให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ (Interactive Model) ในการบำบัดครั้งที่ 1 ไม่เน้นการรักษา การบำบัดในครั้งนี้เน้นการเชื่อมโยง ความคิดอารมณ์และพฤติกรรม การบำบัดครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ทำความเข้าใจ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด การบำบัดครั้งที่ 3 พิสูจน์และประเมินความคิด อัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่

5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 6: ยุติการบำบัด เป็นการสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป จากความคิดที่เปลี่ยนไปนั้น เน้นย้ำเรื่องการเป็นผู้บำบัดตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กุลธิดา สุภาคุณ, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2553)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรีในการศึกษาครั้งนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่เลือกเข้าร่วมในการศึกษาเป็นผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จำนวน 3 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาดังแต่ 2 มีนาคม – 3 พฤษภาคม 2554 ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 21-34 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีคะแนนอยู่ในระดับรุนแรงจะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการรับรู้ รับฟังไม่ดี
- 3) เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี
- 4) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 5) มีกระบวนการนึกคิดที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 มีระดับคะแนนดังนี้ ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน
- 6) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ
- 7) มีความสมัครใจในการเข้ารับการบำบัด โดยเซ็นยินยอมเข้ารับการบำบัด

สถานที่ศึกษา

คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 108 คน แบ่งตามงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้แก่ งานบริหาร งานเภสัชกรรม งานชันสูตร งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานเวชปฏิบัติครอบครัว งานหน่วยจ่ายกลาง และงานคลินิกพิเศษ ซึ่งงานคลินิกพิเศษจะแบ่งเป็น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกฝากครรภ์ คลินิกซึมเศร้า บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการให้การดูแลประชากรในพื้นที่อำเภอมะขามในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลมีระบบการดูแลโดยมีหน่วยงานสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบ มีคลินิกซึมเศร้าสำหรับดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในทุกแผนกของโรงพยาบาลได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกฝากครรภ์ และผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป รวมทั้งแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เมื่อพบผู้ป่วยดังกล่าวจะส่งผู้ป่วยมาที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อคัดกรอง และประเมินสภาพจิตใจ ก่อนส่งพบแพทย์ และเมื่อแพทย์วินิจฉัยสั่งยาแล้วจะส่งกลับมาที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อให้คำปรึกษาและนัดติดตามอาการต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา 2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้าและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (ภาคผนวก ก) ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) การบำบัดมีทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เวลาที่ใช้ในการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งมีประเด็นในการบำบัดคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การพิสูจน์ การประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ไขปัญา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ เพื่อช่วยในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการบำบัด
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้และเข้าใจการเชื่อมโยงความคิดอารมณ์และ

พฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) รวบรวมข้อมูล สำรวจและค้นหาเรื่องที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ให้โอกาสได้ระบายอารมณ์และความคิด เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา ให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ (Interactive Model) ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ อธิบายความสำคัญของการบ้าน มอบหมายการบ้าน สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบ บทบาทหน้าที่ของผู้บำบัด บทบาทหน้าที่ของผู้รับการบำบัด
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความคิดอัตโนมัติ
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

การบำบัดครั้งที่ 2 ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย กำหนดประเด็นในการพูดคุย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อธิบายบทบาทหน้าที่ของผู้บำบัด และบทบาทหน้าที่ของผู้รับการบำบัด ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3

การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้

การบำบัดครั้งที่ 3 ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย กำหนดประเด็นการพูดคุย การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ว่าจริงหรือไม่ อย่างไร เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4

การบำบัดครั้งที่ 4 - 5: สัปดาห์ที่ 4 - 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ได้

การบำบัดครั้งที่ 4 - 5 ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค กำหนดประเด็นการพูดคุย การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6

การบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6 ยุติการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถสังเกตอาการเตือนได้อย่างเหมาะสม

การบำบัดครั้งที่ 6 ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค กำหนดประเด็นการพูดคุยในครั้งนี้คือ สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป จากความคิดที่เปลี่ยนไปนั้น เน้นย้ำเรื่องการเป็นผู้บำบัดตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสิ่งที่ผู้บำบัดจะพูดคุยกับผู้ป่วยได้แก่

- (1) ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้อะไรบ้างในการบำบัด
- (2) กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และมีปัญหาอย่างไรบ้าง
- (3) ถ้าในอนาคตจะมีสถานการณ์ใดบ้างที่จะทำให้เกิดปัญหาแบบนี้ได้อีก (แบบที่เขามาแก้ไขกับเรา)

(4) แนวทางที่เขาจะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เขาคาดเดาว่าจะเกิดขึ้น เขาจะตอบสนองอย่างไร

(5) วิธีจัดการกับปัญหาถ้าไม่สามารถที่จะจัดการได้ เขามีช่องทางสำหรับติดต่อกลับไปให้ผู้บำบัดอย่างไรบ้าง

สิ่งสำคัญก็คือในขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนจะต้องได้มาจากความคิดของผู้ป่วยไม่ได้มาจากความคิดของผู้บำบัดเอง แม้ว่าเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย เวลาที่เราให้ผู้ผู้ป่วยลำดับทั้ง 5 ขั้นตอน เขาอาจจะจัดลำดับในการพูดคุยอ้อมค้อม ไม่ตรงจุด ตามที่ได้ตั้งใจไว้ แต่ก็ควรจะให้สิ่งเหล่านี้มาจากตัวผู้ป่วยเองหรือเราไม่ควรไปเสนอตัวให้ความช่วยเหลือจนกว่าเขาจะมาขอความช่วยเหลือจากเรา

ผู้ศึกษาประเมินผลให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินผล กล่าวขอบคุณและทำการยุติการบำบัด

1.2 สมุดประจำตัว (ภาคผนวก ก) จัดทำขึ้นโดยผู้ศึกษา ซึ่งจัดทำเป็นสมุดบันทึกการนัดหมาย โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยลักษณะโปรแกรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ตารางนัดหมายการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.3 วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ปากกา กระดาษ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้า ข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลด้วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้า ได้แก่

2.1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 (ภาคผนวก ข) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรอง Cognitive Impairment ซึ่งประกอบด้วย ประกอบด้วย 1. การรับรู้ด้านเวลา (Orientation for time) มีคะแนนรวม 5 คะแนน 2. การรับรู้ด้านสถานที่ (Orientation for place) มีคะแนนรวม 5 คะแนน 3. Registration มีคะแนนรวม 3 คะแนน 4. Attention / Calculation มีคะแนนรวม 5 คะแนน 5. Recall มีคะแนนรวม 3 คะแนน 6. Naming มีคะแนนรวม 2 คะแนน 7. Repetition มีคะแนนรวม 1 คะแนน 8. Verbal command มีคะแนนรวม 3 คะแนน 9. Written command มีคะแนนรวม 1 คะแนน 10. Writing มีคะแนนรวม 1 คะแนน 11. Visuoconstruction มีคะแนนรวม 1 คะแนน การแปลผล ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน

2.1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) (ภาคผนวก ข) มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก 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 ได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 50 ราย ที่โรงพยาบาลรามารับิบัติ โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 และ Concurrent validity โดยใช้ Spearman-brown formula เท่ากับ .72 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี การแปลผล 0-20 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง 26-34 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 35-40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก 41-60 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ มีทั้งหมด 10 ข้อ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ข้อมูลการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและประวัติการรักษา ประวัติโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่

2.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบประเมินที่ 2.1.2)

2.3.2 แบบประเมินความเหมาะสมของการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมไปใช้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและข้อเสนอแนะ สำหรับผู้บำบัดใช้ประเมินหลังการบำบัดแต่ละครั้ง และผู้เข้ารับการบำบัดใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (ภาคผนวก ค)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาตระหนักถึงจริยธรรมในการศึกษาวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาได้นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะขาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา วิธีเข้าร่วมในการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากการศึกษาเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาก่อนที่โปรแกรมการศึกษาลงได้ โดยไม่ต้องใช้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา จึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ ผู้ศึกษาได้ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อให้การรักษาต่อไป สำหรับการเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้นำข้อมูลทั้งหมดของการบำบัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่คลินิกซึมเศร้า และเมื่อผู้ศึกษาทำการศึกษาประเมินผลการศึกษาเรียบร้อยแล้วทำลายข้อมูลทั้งหมด

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1.2 การเตรียมผู้บำบัด ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้ทำการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง ได้ผ่านการอบรม Advanced CBT ที่จัดโดยศูนย์สุขภาพจิตเขต 3 ทีมวิทยากร ได้แก่ นพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ผศ.ดร.คาราวรรณ

ตะปิ่นตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะ เมื่อวันที่ 20-22 มกราคม 2553 และผ่านการฝึกการใช้ทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในจำนวน 4 ราย

1.3 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล

1.4 ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้างานสุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ขั้นตอนในการทำการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถานที่ในการทำการบำบัดรายบุคคล

1.6 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการดำเนินการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

1.7 ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการบำบัด 2 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ได้คะแนนระหว่าง 21-34 คะแนน และมีการรับรู้ที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ และมีความสมัครใจในการเข้ารับการบำบัด โดยเซ็นยินยอมเข้ารับการบำบัด เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติจำนวน 3 คน หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนการ

2.1 เตรียมสถานที่ แก้วน้ำสบาย มีพนักพิงและที่วางแขนทั้ง 2 ข้าง จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้การบำบัดมีบรรยากาศถ่ายเท สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อส่งเสริมบรรยากาศในการบำบัด

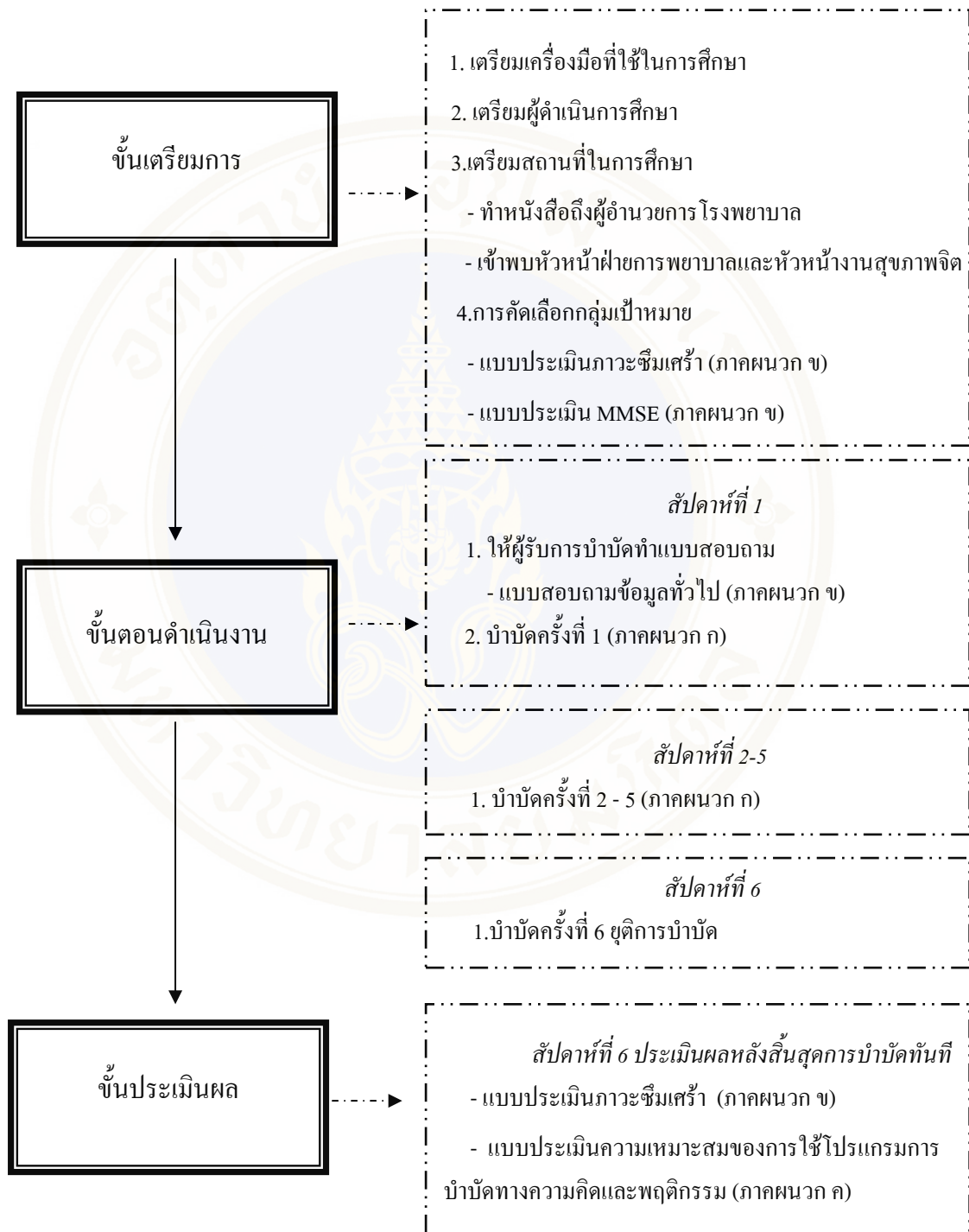
2.2 ผู้ศึกษาดำเนินการบำบัดโดยใช้ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2550) ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์

โปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ ซึ่งมีประเด็นในการบำบัดคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การพิสูจน์ การประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ เพื่อช่วยในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต , 2550)

3. ชั้นประเมินผล ในการศึกษาการประเมินผลจะเป็นการประเมินผลหลังการบำบัดทันที โดยใช้แบบประเมินดังนี้

- ประเมินระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542)
- ประเมินความเหมาะสมและผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงาน



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยการตีความและสรุปประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่

1.2 คะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการศึกษา และหลังการศึกษา
วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการบันทึกความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ เป็นการศึกษาคความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัจันทบุรี ระหวัจวันที่ 2 มีนาคม – 3 พฤษภาคม 2554 นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้ายกก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2.2 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

2.2.1 เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2.2 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ผู้ที่เข้ารับการบำบัดในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาคคลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัจันทบุรี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและรับยารักษาโรคซึมเศร้ายกอย่างน้อย 1 เดือน จังนวน 3 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดพบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 41.67 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ 2 ราย หม้าย 1 ราย จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา จังนวน 2 ราย มัธยมศึกษาคตอนต้น 1 ราย ประกอบอาชีพ รับจ้าง 1 ราย ค้าขาย 1 ราย เกษตรกร 1 ราย รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,333.33 บาท โดยรายได้ต่ำสุดคือ 5,000

บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดคือ 6,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่เพียงพอทั้ง 3 ราย มีโรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูง 2 ราย เบาหวาน 1 ราย ไทรอยด์ 1 ราย และหัวใจโต 1 ราย ทั้ง 3 รายไม่มีประวัติ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 จำนวน 2 ราย เดือนธันวาคม 2553 จำนวน 1 ราย ทั้ง 3 รายได้รับการรักษาด้วยยา Amitriptyline ร่วมกับการให้คำปรึกษา และผู้รับการบำบัดทุกรายไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรค ซึมเศร้า ดังรายละเอียดตารางที่ 4.1



ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัด (N = 3)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับการบำบัด		
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
เพศ	หญิง	หญิง	หญิง
อายุ	28	45	52
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย	คู่
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
อาชีพ	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตรกร
รายได้เฉลี่ย/เดือน	6,000 บาท	5,000 บาท	5,000 บาท
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
โรคประจำตัว	ปฏิเสธ	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจโต	ความดันโลหิตสูง
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า			
- เวลาที่เริ่มป่วย	มกราคม 2554	ธันวาคม 2553	มกราคม 2554
- ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย
การรักษา			
- ยาที่ได้รับ	Amitipytyline (25 2 tabs ○ hs	Amitipytyline (25 1 tab ○ hs	Amitipytyline (25) 2 tabs ○ hs
- การรักษาอื่นๆ	การให้คำปรึกษา	การให้คำปรึกษา	การให้คำปรึกษา
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จำนวน 3 ราย นำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ 1) ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด และ 2) ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสม ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในส่วนนี้นำเสนอผลเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ราย และระดับน้อยถึงปานกลาง 1 ราย หลังการบำบัดพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียดตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N=3)

ผู้รับการบำบัด	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
คนที่ 1	32	ปานกลาง	18	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คนที่ 2	34	ปานกลาง	3	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คนที่ 3	25	น้อยถึงปานกลาง	6	ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำเสนอผลเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เนื้อหา และกิจกรรมการบำบัด: ความเพียงพอ ความชัดเจน และความเหมาะสม

ผู้เข้ารับการบำบัด

ความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่า เนื้อหาและกิจกรรมเพียงพอสำหรับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ประเมินว่าความชัดเจนเนื้อหาและกิจกรรมมีความชัดเจนเข้าใจได้ง่าย ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าเนื้อหาและกิจกรรมมีความชัดเจน แต่ต้องอาศัยผู้บำบัดอธิบายซ้ำหลายรอบถึงจะเข้าใจ

ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่าเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างยิ่ง

ผู้บำบัด

ความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้บำบัดพบว่า ในการบำบัดแต่ละครั้งนั้นในด้านเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยในด้านเนื้อหาสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดมีเนื้อหาความรู้ที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ซึ่งในการให้ความรู้ที่ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดีถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางรายต้องใช้เวลาในการอธิบายนาน สำหรับผู้บำบัดโปรแกรมมีเนื้อหาและแนวคำถามที่ช่วยผู้บำบัดในการนำไปใช้ในการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติของผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งในการบำบัดที่ผ่านมาเนื้อหาความรู้ที่มีในโปรแกรมได้ช่วยผู้บำบัดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแนวคำถามที่ใช้ในการพิสูจน์และการปรับเปลี่ยนความคิด สำหรับในด้านของกิจกรรมในโปรแกรมผู้บำบัดพบว่ามีความเพียงพอสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดในการฝึกทักษะการคิด ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ

รูปแบบการคิดของตนเองมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกมีทั้งในชั่วโมงการบำบัดและนอกชั่วโมงการบำบัด

ความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 6 ครั้ง ผู้บำบัดพบว่าเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีรายละเอียดชัดเจนในการบำบัดแต่ละครั้งว่าต้องมีกิจกรรมใดบ้างทั้งกิจกรรมในชั่วโมงการบำบัดและนอกชั่วโมงการบำบัด ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมมีความชัดเจนโดยประเมินได้จากผู้เข้ารับการบำบัดสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัด 2 รายจะต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมมาก สำหรับในการค้นหาความคิดอัตโนมัติการพิสูจน์และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ นั้น มีรายละเอียดและแนวคำถามที่ช่วยให้ผู้บำบัดได้นำไปเป็นแนวทางในการบำบัดได้ซึ่งในการบำบัดที่ผ่านมาผู้บำบัดได้ใช้แนวคำถามในโปรแกรมเป็นแนวทางทำให้การบำบัดผ่านพ้นไปด้วยดี

ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้บำบัดพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ เนื่องจากในขั้นตอนการบำบัดมีกิจกรรมและการบ้านที่ต้องให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้ฝึกทักษะในการเข้าใจกระบวนการคิดของตนเองและสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้ ซึ่งในการบำบัดพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าใจกิจกรรมและทำการบ้านได้ดีกว่าผู้เข้ารับการบำบัดอีก 2 ราย ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

ระยะเวลาในการบำบัด

ผู้เข้ารับการบำบัด

ความเหมาะสมของระยะเวลา จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านระยะเวลาในการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 3 ราย ประเมินว่าระยะเวลาในการบำบัดจำนวนครั้ง 6 ครั้ง เหมาะสม แต่ระยะห่างของการบำบัดในแต่ละครั้งผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าต้องการให้ระยะห่าง 2 สัปดาห์/ครั้ง ผู้เข้ารับการบำบัดอีก 1 ราย ประเมินว่าเหมาะสมดี สำหรับระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อครั้ง ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 คน ประเมินว่าเหมาะสมดี

ผู้บำบัด

ความเหมาะสมของระยะเวลา จาการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าในการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายที่ใช้เวลานานกว่าที่กำหนด เนื่องจากในช่วงแรกผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อเข้าสู่การค้นหาข้อมูลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าผู้เข้ารับการบำบัดได้ระบายความทุกข์ใจ ขณะพูดคุยร้องไห้ตลอด ผู้บำบัดได้หยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงทำให้ต้องใช้เวลาเกินกว่าที่กำหนด 1 ชั่วโมง และในการบำบัดครั้งที่ 1 เช่นกันพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้เรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ และประเมินความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด ทำให้ใช้เวลาในการบำบัดในครั้งนี้นานกว่าที่กำหนดประมาณ 20 นาที การบำบัดครั้งที่ 2-4 ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่ได้ทำการบ้านเนื่องจากไม่เข้าใจการบ้าน ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามและให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในชั่วโมง จึงใช้เวลาเกินกว่าที่กำหนดประมาณ 10-15 นาทีในแต่ละครั้ง สำหรับในภาพรวมของโปรแกรมใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ใช้เวลานานกว่าที่กำหนดคือใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เนื่องจากในการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้เข้ารับการบำบัดมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จึงทำให้ต้องพักการบำบัด และเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดมีสุขภาพดีขึ้นและพร้อมในการบำบัดจึงให้การบำบัดต่อจนครบตามโปรแกรม จาการนำโปรแกรมไปใช้เนื่องจากพบว่า เวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง และระยะเวลาในภาพรวมของโปรแกรม ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนดในผู้เข้ารับการบำบัดบางรายดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้บำบัดประเมินว่า เวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้งควรมีการยืดหยุ่นเป็น 1 ชั่วโมง 30 นาที – 2 ชั่วโมง สำหรับระยะเวลาในภาพรวม 6 สัปดาห์ นั้นมีความเหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับ: ความรู้ และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้

ผู้เข้ารับการบำบัด

ความรู้และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ จากการประเมินโดยแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 3 ราย ประเมินว่าหลังเข้ารับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ และผู้รับการบำบัดจำนวน 1 ราย ประเมินว่าการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ทำให้พฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงชัดเจน ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่าได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่อง

โรคซึมเศร้า และผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าสามารถที่จะนำความรู้ไปปรับใช้ในปัญหาอื่นๆ ที่พบได้ ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ประเมินว่าถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นถ้าไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จะขอเข้ารับการบำบัดอีก

ผู้บำบัด

ความรู้และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ หลังจากการบำบัด ผู้บำบัดพบว่า การบำบัดตามโปรแกรมนี้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับความรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้ฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองที่เป็นความคิดในทางลบ จากกิจกรรมและการบ้านในและนอกชั่วโมงการบำบัด และสำหรับผู้บำบัดเองความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ ทำให้ผู้บำบัดได้ทราบข้อจำกัดของผู้เข้ารับการบำบัดในด้านของความเข้าใจเนื้อหาของความรู้ที่ผู้บำบัดได้ใช้ในโปรแกรม รวมทั้งกิจกรรมการบ้านที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีส่วนร่วมซึ่งทำให้ทราบว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่มีระดับการศึกษาน้อยจะเข้าใจได้ยากกว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการศึกษาสูง นอกจากนี้ยังได้ทราบข้อจำกัดของผู้เข้ารับการบำบัดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยในการบำบัดพบเหตุการณ์ที่ทำให้การบำบัดขาดความต่อเนื่องตามโปรแกรมเนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดมีปัญหาสุขภาพต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นในการบำบัดครั้งต่อไปผู้บำบัดจะได้นำข้อจำกัดต่างๆ และปัญหาอุปสรรคที่พบไปปรับให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคนได้ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้บำบัดในการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

ความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้เข้ารับการบำบัด

ความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทั้ง 6 ครั้ง ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่า มีความพึงพอใจในภาพรวมมาก เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมแล้วพวกเขารู้สึกว่ามีความสุขขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดทั้ง 3 ราย ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ความพึงพอใจต่อผู้บำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย มีความพึงพอใจต่อผู้บำบัดเป็นอย่างมาก ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย บอกว่าเขาโชคดีที่ได้มารับการบำบัดในครั้งนี้ ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย บอกว่าผู้บำบัดเข้าใจเขาและรับฟังปัญหาของเขาโดยไม่รู้สึกรำคาญ ถึงแม้ว่าเขาจะเล่าซ้ำแล้วซ้ำอีก และต้องการให้มีการนำการบำบัดแบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายอื่นด้วย

ผู้บำบัด

ความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการนำไปใช้ในการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย จำนวน 6 ครั้ง ผู้บำบัดมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือในการบำบัดเป็นอย่างดี ประเมินได้จากการมาตามนัดจนครบตามกำหนดของโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายต้องเดินทางไกล เพื่อมาเข้ารับการบำบัดแต่ก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ความพยายามในการทำกิจกรรมทั้งในและชั่วโมงการบำบัด ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางรายไม่เข้าใจในกิจกรรมการบ้าน แต่ก็มี ความพยายามที่จะฟังผู้บำบัดอธิบายจนเข้าใจ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิด ภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจในการบำบัด โดยสังเกตจากสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสของผู้เข้ารับการบำบัดหลังยุติการบำบัด และจากการประเมินผลด้านความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จันทบุรี พบปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับการบำบัดและผู้บำบัดดังนี้

การเดินทาง

การเดินทางพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย มีปัญหาเรื่องการเดินทาง เนื่องจากที่พักอยู่ไกลจากโรงพยาบาล มีความยากลำบากในการเดินทางทำให้ผู้เข้ารับการบำบัด ไม่ได้มาตามนัด ในครั้งที่ 3 เนื่องจากมีปัญหาเรื่องพาหนะที่ใช้เดินทาง ซึ่งผู้บำบัดได้เดินทางไปให้การบำบัดที่บ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง สำหรับในครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 ผู้เข้ารับการบำบัดยินดีที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลเอง สำหรับอีก 2 ราย ไม่พบปัญหาเรื่องการเดินทางเนื่องจากที่พักอยู่ใกล้โรงพยาบาล

กิจกรรมการบำบัด

กิจกรรมการบำบัดพบว่า ปัญหาอุปสรรคคือการบ้าน ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ที่ไม่ได้ทำการบ้านหรือไม่เสร็จ เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถทำด้วยตนเองได้เพราะไม่เข้าใจ ผู้บำบัดจึงให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทำในชั่วโมงการบำบัดพร้อมกับผู้บำบัด ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มในแต่ละครั้งที่บำบัด แต่ผู้เข้ารับการบำบัดอีก 1 ราย สามารถทำการบ้านครบทุกครั้งที่ได้รับมอบหมาย

ระยะเวลา

ระยะเวลาพบว่า ในการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายที่ใช้เวลานานกว่าที่กำหนด เนื่องจากในช่วงแรกผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อเข้าสู่การค้นหาข้อมูลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าผู้เข้ารับการบำบัดรายนี้มีเรื่องราวที่ต้องการระบายความทุกข์ใจมาก และขณะพูดคุยผู้เข้ารับการบำบัดร้องไห้ตลอด ผู้บำบัดได้หยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงทำให้ต้องใช้เวลานานกว่ากำหนด 1 ชั่วโมง และในการบำบัดครั้งที่ 1 เช่นกันพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้เรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ และประเมินความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด ทำให้ใช้เวลาในการบำบัดในครั้งนี้นานกว่าที่กำหนดประมาณ 20 นาที การบำบัดครั้งที่ 2-4 ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่ได้ทำการบ้าน ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามและให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในชั่วโมง จึงใช้เวลานานกว่าที่กำหนดประมาณ 10-15 นาทีในแต่ละครั้ง สำหรับในภาพรวมของโปรแกรมใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ใช้เวลานานกว่าที่กำหนดคือใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เนื่องจากในการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้เข้ารับการบำบัดมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จึงทำให้ต้องพักการบำบัด และเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดมีสุขภาพดีขึ้นและพร้อมในการบำบัดจึงให้การบำบัดต่อจนครบตามโปรแกรม

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสมของการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2550) มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี นำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 2.2 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม
 - 2.2.1 เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.2.2 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย ที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมพบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 41.67 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 52 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าพบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เพศหญิง จะมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศชาย 2-3 เท่า (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทย ในปี 2546 ซึ่งทำการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน โดยการสุ่มด้วยวิธี Stratified three-stage

cluster sampling จากทุกภาคของประเทศ พบว่า ความชุกของ major depressive disorder เป็นร้อยละ 3.2 ความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 และในผู้ชายร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนหญิง : ชาย เป็น 1.6 : 1) โรคซึมเศร้าจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย สำหรับผู้ชายพบมากที่สุดในช่วง 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด ร้อยละ 7.2 (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2549) ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย ซึ่งสาเหตุที่ผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพจิตและเกิดโรคซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในร่างกาย การที่สารแคทีโกลามีน (catecholamine) ในผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ก็มีผู้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีอาการซึมเศร้ามากกว่า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) สำหรับข้อมูลด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ได้รับการบำบัดมีสถานภาพสมรส คู่ 2 ราย และหม้าย 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาที่พบว่า ผู้ที่หย่าร้าง แยกทาง หรืออยู่คนเดียว หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 2 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 1987) ที่พบว่าระดับการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้านอาชีพจากข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบอาชีพ รับจ้าง 1 ราย ค้าขาย 1 ราย และเกษตรกร 1 ราย รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,333.33 บาท โดยรายได้ต่ำสุดคือ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดคือ 6,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่เพียงพอทั้ง 3 ราย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับซึมเศร้า และจากหลายการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาด้านการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2545) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 2 ราย เบาหวาน 1 ราย ไทรอยด์ 1 ราย และหัวใจโต 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เดิมเกษมสานต์ (2550) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.66 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 63.16

จากข้อมูลส่วนบุคคลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 3 ราย มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอื่นๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำเสนอการอภิปรายผลการศึกษา 2 ประเด็นคือ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด และผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ราย และระดับน้อยถึงปานกลาง 1 ราย หลังเข้ารับการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและการศึกษาของ ศรีวิไล โมกขาว (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งนับว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดที่สามารถนำไปใช้ควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยจะช่วยส่งเสริมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทอมสันและคณะ (Thompson et al., 2001) และการศึกษาของมาร์ชและคณะ (March et al., 2004) ที่พบว่า การให้การรักษาด้านเศร้าร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้ผลดีในการรักษาโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ จันทิมา องค์โหมยิต (2545) ยังได้กล่าวไว้ว่า การใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ จะต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย การรักษาทางจิตสังคมบำบัดร่วมกับการให้ยาก็จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้น สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดมีโครงสร้างและขั้นตอนที่ชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ ในการบำบัดครั้งที่ 1 นั้นจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะนำเข้าสู่การค้นหาปัญหาที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ในการบำบัดครั้งนี้สามารถค้นหาปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัดได้ เนื่องจากสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีต่อผู้บำบัด จะเห็นได้จากการที่ผู้เข้ารับการบำบัดได้เล่าและระบายเรื่องราวความทุกข์ของตนเองโดยไม่มีการปิดบัง ทำให้การบำบัดสามารถดำเนินไปตามขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับเพอร์กิน (Perkin, 2002) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจที่ดีในการบำบัด

หลังจากการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนต่อมาของการบำบัดคือการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ สำหรับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าผู้รับการบำบัดทั้ง 3 ราย สามารถเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี ส่วนความรู้เรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ พบว่ามีผู้รับการบำบัด 2 ราย ต้องใช้เวลาในการอธิบายเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระนานกว่าระยะเวลาที่กำหนด แต่ก็สามารถทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเนื้อหาได้โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ซักถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่ อธิบายพร้อมยกตัวอย่างประกอบ จนกระทั่งผู้รับการบำบัดเข้าใจ นอกจากนี้ผู้บำบัดได้จัดทำสื่อการสอนเป็นภาพพลิก เรื่องโรคซึมเศร้า และรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ เพื่อใช้ในการความรู้แก่ผู้รับการบำบัดทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจมากขึ้น

เมื่อผู้รับการบำบัดเข้าใจในเนื้อหาเรื่องโรคซึมเศร้าและรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ในการบำบัดครั้งนี้ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่พบมี 3 แบบคือ 1) การตีตราตนเอง (Labeling) เป็นการตีตราตนเองหรือคนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้ ความคิดรูปแบบนี้พบในผู้รับการบำบัดรายที่ 1 พบความคิดอัตโนมัติคือ “เป็นเพราะเราไม่ดี ทำให้ลูกจมน้ำตาย” อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือ เศร้า เสียใจ ส่งผลให้ไม่อยากทำอะไร บางครั้งเครียดทำให้ทะเลาะกับสามีบ่อย 2) การทำนายอนาคตในเชิงลบ (Fortune-telling) พบในผู้รับการบำบัดรายที่ 2 “อีกไม่นานฉันคงจะตาย โรคของฉันคงรักษาไม่ได้แล้ว” อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือ เศร้า ส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับรับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีแรงทำกิจวัตรประจำวัน 3) การมองเหตุการณ์บุคคลหรือมองโลกในแง่ร้าย เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมันแย่มากจนไม่สามารถจัดการได้ (Catastrophizing) พบในผู้รับการบำบัดรายที่ 3 พบความคิดอัตโนมัติคือ “เวรกรรมอะไรที่ต้องเจอสามีแบบนี้” ซึ่งทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกท้อแท้ เศร้า ส่งผลให้นอนไม่หลับ ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น สำหรับที่ได้มาซึ่งความคิดอัตโนมัติในการครั้งนี้ ผู้บำบัดเริ่มตั้งแต่การฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกเทคนิคการบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying Moods) โดยมีกิจกรรมในใบงานต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกฝนและเข้าใจสามารถแยกแยะความคิดกับอารมณ์ได้ นอกจากนี้ผู้บำบัดได้ใช้ทักษะในการตั้งคำถามตามแนวทางการตั้งคำถามของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในการบำบัดครั้งนี้ จนกระทั่งได้องค์ประกอบของรูปแบบความคิดที่ครบถ้วนทั้ง เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ได้มาซึ่งความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เมื่อได้ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว จึงเข้าสู่ขั้นตอนการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ในการบำบัดครั้งนี้สำหรับผู้รับการบำบัดรายที่ 1 ที่มี

ความคิดอัตโนมัติทางลบแบบตีตราตนเอง (Labeling) “เป็นเพราะเราไม่ดี ทำให้ลูกจมน้ำตาย” ผู้บำบัดได้ใช้เทคนิคการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ โดยการชั่งน้ำหนักระหว่างเหตุผลที่สนับสนุนและคัดค้าน ความคิดที่ผู้รับการบำบัดคิดว่าเป็นแม่ไม่ดี หลังจากผู้รับการบำบัดได้พิจารณาเหตุผลที่สนับสนุนและคัดค้านความคิด พบว่า เหตุผลสนับสนุนความคิดการเป็นแม่ไม่ดี คือ ปล่อยให้ลูกไปกับคนอื่น และเหตุผลคัดค้านความคิดการเป็นแม่ไม่ดี คือ พยายามหาสิ่งที่ดีให้ลูก ลูกอยากได้สิ่งใดจะพยายามหาให้เสมอ ส่งให้ลูกได้เรียนโรงเรียนดีๆ และอดทนทำงานเพื่อลูก ซึ่งเหตุผลที่สนับสนุนว่าเป็นแม่ที่ไม่ดีนั้นมีน้อยกว่าเหตุผลที่คัดค้านความคิด จากนั้นผู้บำบัดได้ใช้คำถามเพื่อการพิสูจน์ความคิดต่อมา คือ “ถ้าเหตุการณ์วันนั้นเปลี่ยนเป็นสามีของคุณเป็นผู้อนุญาตให้ลูกไปเที่ยวบ้านอา คุณจะคิดว่าสามีของคุณเป็นคนไม่ดีหรือไม่” ซึ่งผู้รับการบำบัดก็บอกว่า “ไม่คิดเช่นนั้น” ผู้บำบัดจึงได้ใช้คำถามต่ออีกว่า “แล้วหลังจากเหตุการณ์ มีใครคิดว่าเป็นเพราะคุณทำให้ลูกจมน้ำหรือไม่” ซึ่งก็ได้รับคำตอบจากผู้รับการบำบัดว่า “ไม่มีใครคิดเช่นนั้น” และผู้บำบัดได้ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาประโยชน์ของความคิดเดิม และความคิดใหม่ พบว่า ความคิดเดิมนั้นไม่มีประโยชน์ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวแย่ลง ความคิดใหม่นั้นมีประโยชน์ทำให้ความรู้สึกเศร้าเสียใจลดลง และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น ซึ่งความคิดใหม่ที่ได้คือ “เราดูแลลูกดีแล้วเมื่อเขามีชีวิตอยู่ ลูกคงมีบุญแค่นี้” หลังจากผู้รับการบำบัดรายนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว อารมณ์เศร้า เสียใจ ลดลง ซึ่งประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้า จาก 100 คะแนน ลดลงเหลือ 30 คะแนน

ผู้รับการบำบัดรายที่ 2 ที่มีความคิดแบบทำนายอนาคตในเชิงลบ (Fortune-telling) “อีกไม่นานฉันคงจะตาย โรคของฉันคงรักษาไม่ได้แล้ว” ผู้บำบัดได้ใช้เทคนิคการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ โดยให้ผู้รับการบำบัดหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้านความคิดที่ผู้รับการบำบัดคิดว่า “อีกไม่นานจะตาย” หลักฐานที่ผู้รับการบำบัดรายนี้นำมาสนับสนุนความคิดดังกล่าวคือ มีโรคประจำตัวหลายโรค และสามีแข็งแรงกว่าตนเองยังเสียชีวิต สำหรับหลักฐานคัดค้านความคิดนั้นไม่มี ผู้บำบัดได้ใช้คำถามเพื่อการพิสูจน์ต่อมาก็คือ “แล้วมีสักครั้งหรือไม่ที่เมื่อมีอาการป่วยหนักแล้วได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น” ซึ่งจากการใช้คำถามนี้ทำให้ผู้รับการบำบัดได้นึกถึงเหตุการณ์ที่ตนเองเคยป่วยหนักไม่รู้สึกลัวจากภาวะน้ำตาลต่ำ และเหตุการณ์ที่มีภาวะน้ำเกิน เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ดีขึ้น และสำหรับผู้รับการบำบัดรายนี้ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้รับการบำบัดได้พิสูจน์ความคิดจากประสบการณ์จริง ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าสิ่งที่คิดนั้นไม่จริง ทำให้ผู้รับการบำบัดได้ความคิดใหม่ คือ “ที่ผ่านมามีหมอเคยช่วยได้เวลาป่วยหนัก ถ้าเป็นอะไรไปหมอก็ต้องช่วยเราได้” ซึ่งหลังจากผู้รับการบำบัดรายนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว อารมณ์เศร้าลดลง ซึ่งประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้า จาก 90 คะแนน ลดลง

เหลือ 0 คะแนน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดนอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าสดชื่นขึ้น และพยายามดูแลตนเองมากขึ้น

และสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดรายที่ 3 ที่มีความคิดแบบ Catastrophizing “เวอร์กรรมอะไรที่ต้องเจอสามีแบบนี้” ผู้บำบัดได้ใช้เทคนิคการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดพิจารณาข้อดีหรือประโยชน์และข้อเสียหรือไม่มีประโยชน์ของการคงและเชื่อความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ผู้เข้ารับการบำบัดได้พิจารณาข้อดีข้อเสียของสามี พบว่าข้อดีของสามี ถือเป็นคนขยันทำงาน ไม่เคยคิดนอกใจ รักครอบครัว ข้อเสียคือ ดื่มสุราทุกวัน เมื่อผู้บำบัดได้ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายนี้ได้พิจารณาข้อดีและข้อเสียของสามี ผู้เข้ารับการบำบัดพบว่าสามีมีข้อดีมากกว่าข้อเสีย ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนความคิดเดิม และมีความคิดใหม่คือ “ที่เป็นแบบนี้ไม่ใช่เพราะเวอร์กรรม เป็นเพราะฤทธิ์เหล้า เวลาสามีพูดมากอะอะโวยวายจะเดินหนีเพื่อจะได้ไม่ทะเลาะกัน” และผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่ ผลที่ได้คือผู้เข้ารับการบำบัดบอกว่า “เมื่อสามีดื่มเหล้า ถึงแม้สามีจะอะอะโวยวาย ตนเองก็ไม่สนใจ ไม่ได้ตอบ สามีก็จะเจียบไปเอง ทำให้ความรู้สึกหงุดหงิดน้อยลง มีการพูดคุยกับสามีมากขึ้น” จากการปรับเปลี่ยนความคิดส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัดเริ่มดีขึ้น ความรู้สึกท้อแท้เริ่มลดลง ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น นอนหลับได้ ไม่รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เศร้าลดลง ซึ่งประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้า จาก 80 คะแนน ลดลงเหลือ 20 คะแนน

จากการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ผู้บำบัดได้ชี้แนะให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ร่วมกับการให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 รายมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์กแมนและคณะ (Seok-Man et al., 2003) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยหาความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงในความคิดอัตโนมัติ ทักษะคิดที่ผิดปกติและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดรูปแบบความคิดอัตโนมัติทางลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทักษะคิดที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสม ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำเสนอการอภิปรายผลเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เนื้อหาและ

กิจกรรมการบำบัด ส่วนที่ 2 ระยะเวลาในการบำบัด ส่วนที่ 3 ประโยชน์ที่ได้รับ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจ และส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เนื้อหา และกิจกรรมการบำบัด: ความเพียงพอ ความชัดเจน และความเหมาะสม

จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 รายมีภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถอธิบายได้ว่า เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดนี้มีความเพียงพอที่จะใช้ในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ด้านความชัดเจน โปรแกรมมีการอธิบายรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมการบำบัด มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน ภาษาที่อ่านแล้วสามารถเข้าใจง่าย ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะไม่มีความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรม และการบ้านที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องมีส่วนร่วม ดังนั้นเมื่อนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 3 รายพบว่าโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว และในการบำบัดครั้งนี้ยังมีข้อสังเกตพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ เนื่องจากในขั้นตอนการบำบัดมีกิจกรรมและการบ้านที่ต้องให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกทักษะในการเข้าใจกระบวนการคิดของตนเองและสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้ ซึ่งในการบำบัดมีผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าใจกิจกรรมและทำการบ้านได้ดีกว่าผู้เข้ารับการบำบัดอีก 2 ราย ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาในการบำบัด

โปรแกรมมีระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าภาพรวมของการบำบัดทั้ง 6 ครั้งนั้นมีความเหมาะสม โดยประเมินได้จากการบำบัดนั้นสามารถดำเนินไปเป็นลำดับขั้นตามขั้นตอนการบำบัดของโปรแกรม ถึงแม้ว่าจะมีผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ที่ใช้เวลานานกว่าที่กำหนดคือใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เนื่องจากในการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้เข้ารับการบำบัดมีปัญหาด้านสุขภาพต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จึงทำให้ต้องพักการบำบัดจนกระทั่งผู้เข้ารับการบำบัดมีสุขภาพดีขึ้นและพร้อมในการบำบัดจึงให้การบำบัดต่อ สำหรับในการบำบัดแต่ละครั้งนั้นพบว่า ครั้งที่ 1 มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายที่ใช้เวลานาน

กว่าที่กำหนด เนื่องจากในช่วงแรกผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อเข้าสู่การค้นหาข้อมูลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าผู้เข้ารับการบำบัดได้ระบายความทุกข์ใจ ขณะพูดคุยร้องไห้ตลอด ผู้บำบัดได้หยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงทำให้ต้องใช้เวลานานกว่ากำหนด 1 ชั่วโมง และในการบำบัดครั้งที่ 1 เช่นกันพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้เรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ และประเมินความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด ทำให้ใช้เวลาในการบำบัดในครั้งนี้นานกว่าที่กำหนดประมาณ 20 นาที การบำบัดครั้งที่ 2-4 ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่ได้ทำการบ้านเนื่องจากไม่เข้าใจ และการบำบัดครั้งที่ 5 มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ทำการบ้านไม่ครบเนื่องจากลืมทำบันทึกกิจกรรมประจำวัน 2 วัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามและให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในชั่วโมง จึงใช้เวลานานกว่าที่กำหนดประมาณ 10-15 นาทีในแต่ละครั้ง ซึ่งสาเหตุอาจจะมาจากผู้บำบัดไม่ได้มีการประเมินความเข้าใจผู้เข้ารับการบำบัดหลังจากให้การบ้านว่าสามารถนำกลับไปทำได้หรือไม่ ซึ่งเมื่อมีการอธิบายและประเมินความเข้าใจ รวมถึงการให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทดลองทำก่อนนำกลับไปทำที่บ้าน ก็สามารถทำได้ดีขึ้นตามลำดับ เมื่อพิจารณาระยะเวลาโปรแกรมกำหนดไว้แล้ว หากผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านครบก็จะไม่ต้องใช้เวลาเกินที่โปรแกรมกำหนดในแต่ละครั้ง ดังนั้นในการบำบัดครั้งต่อไปผู้บำบัดควรมีการประเมินความเข้าใจและพิจารณาความเหมาะสมของการบ้านในผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย จึงสามารถอธิบายได้ว่าระยะเวลาการบำบัดตามโปรแกรมสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ส่วนที่ 3 ประโยชน์ที่ได้รับ: ความรู้ และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและรูปแบบของกระบวนการคิด นอกจากนี้ยังสามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดตนเองได้ ซึ่งในระหว่างการบำบัดผู้บำบัดได้ทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการกระตุ้นและฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีการพิสูจน์ความคิดที่เบี่ยงเบนอย่างเป็นระบบตามรูปแบบของโปรแกรม ประกอบกับการให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง ซึ่งจากการบำบัดครั้งนี้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจจริงที่จะเข้าร่วมโปรแกรมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมระหว่างการบำบัดเป็นอย่างดี และเมื่อประเมินผู้เข้ารับการบำบัดหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้เข้า

รับการบำบัดทั้ง 3 ราย จะนำความรู้และทักษะที่ได้รับตามโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไป

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจมากต่อโปรแกรมการบำบัดนี้ เพราะทำให้ได้รู้จักและเข้าใจความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองและสามารถนำไปใช้กับตนเองได้หากเกิดปัญหาในอนาคต สำหรับผู้บำบัดมีความพึงพอใจมากสำหรับโปรแกรมการบำบัดนี้ เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีแนวทางไว้ชัดเจนสำหรับการบำบัดแต่ละขั้นตอนทำให้การบำบัดในครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ถึงแม้ว่าจะพบปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดบ้างแต่ก็สามารถผ่านพ้นมาได้ด้วยดี โดยอาศัยการประสานงาน และการมีส่วนร่วมระหว่างผู้บำบัดและผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแกรนท์และคณะ (Grant et al., 2005) ที่กล่าวว่าผู้บำบัดและผู้เข้ารับการบำบัดต้องแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการบำบัด ตั้งแต่กำหนดเป้าหมาย การวางแผนการบ้านในการท้าทายความคิดในทางลบ และผู้บำบัดกับผู้เข้ารับการบำบัดต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งปัจจัยด้านความสัมพันธ์นี้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจและช่วยให้เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในการบำบัดได้ ทำให้การบำบัดครบตามโปรแกรม เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงการบำบัด เกิดบรรยากาศที่ดีของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการบำบัด

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้บำบัดและผู้เข้ารับการบำบัดพบปัญหาและอุปสรรคจากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดและอภิปรายผลดังนี้

การเดินทางซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ที่พักอาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล ต้องเดินทางหลายต่อทำให้ผู้เข้ารับการบำบัด ไม่ได้มาตามนัด 1 ครั้ง เนื่องจากยานพาหนะเสีย และผู้บำบัดได้เดินทางไปให้การบำบัดที่บ้าน 1 ครั้งในวันต่อหลังหลังขาดนัด โดยผู้เข้ารับการบำบัดให้ความยินยอม สำหรับครั้งอื่นๆ ผู้เข้ารับการบำบัดยินดีที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลเอง ซึ่งในการบำบัดครั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ และผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม

การบ้านพบว่าในการบำบัดครั้งที่ 2-4 มีผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ที่ไม่ได้ทำการบ้านและทำการบ้านไม่ครบ สาเหตุเกิดจากผู้เข้ารับการบำบัดไม่เข้าใจการบ้าน ผู้บำบัดได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในช่วงเวลาของการบำบัด และอธิบายการบ้านพร้อมกับประเมินความเข้าใจการบ้านของผู้เข้ารับการบำบัด ก่อนที่จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งผลที่ได้รับจากผู้เข้ารับการบำบัดสามารถทำการบ้านได้ ถึงแม้ว่าในครั้งที่ 5 จะพบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ทำการบ้านไม่ครบเนื่องจากลืมทำบางส่วนของตารางบันทึกกิจกรรมประจำวันซึ่งไม่ใช่การบ้านที่ผู้เข้ารับการบำบัดไม่เข้าใจ ดังนั้นในการบำบัดครั้งต่อไปผู้บำบัดควรอธิบายการบ้านให้ชัดเจนและตรวจสอบความเข้าใจซ้ำก่อนที่ผู้เข้ารับการบำบัดจะนำกลับไปทำที่บ้าน เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้โทรศัพท์ถามได้ตลอดเวลาเมื่อไม่เข้าใจการบ้าน นอกจากนี้จะต้องมีการประเมินรูปแบบของการบ้านให้เหมาะสมกับผู้บำบัดแต่ละราย เช่นผู้บำบัดที่มีปัญหาเรื่องการเขียนอาจจะให้มีการบันทึกเทป หรือนำกลับมาเล่าในช่วงเวลาของการบำบัด เป็นต้น

ระยะเวลา ดังที่ได้กล่าวในรายละเอียดในหัวข้อของระยะเวลาแล้วนั้น ปัญหาอุปสรรคเรื่องระยะเวลาจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่พบในการบำบัดครั้งนี้ ซึ่งปัญหาในด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัดอาจจะเป็นปัญหาที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้บำบัดจำเป็นต้องพิจารณายืดหยุ่นตามความเหมาะสม สำหรับปัญหาระยะเวลาที่พบในแต่ละครั้งของการบำบัดนั้น ในการบำบัดครั้งที่ 1 ซึ่งใช้เวลานานกว่ากำหนด เนื่องจากผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ผ่อนคลาย ในการบำบัดครั้งที่ 2-4 ที่พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านไม่ครบ เนื่องจากไม่เข้าใจการบ้าน ผู้บำบัดควรมีการประเมินความเข้าใจผู้เข้ารับการบำบัดก่อนให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไปทำที่บ้าน นอกจากนี้ยังควรพิจารณาความเหมาะสมของการบ้านให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย

โดยสรุปการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับการบำบัดครั้งนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 รายได้ ถึงแม้ว่าจะพบปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดบางประการในระหว่างการบริหารบำบัด แต่จากผลการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดนี้ในส่วนของการลดภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจ ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรม ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์และความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรม มีความเหมาะสมที่จะนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้มาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลมะขามต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เวลาที่ใช้ในการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งมีขั้นตอนในการบำบัดดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 5: สัปดาห์ที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และการบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6 ยุติการบำบัด ซึ่งผลของการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ราย และระดับน้อยถึงปานกลาง 1 ราย หลังการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

ผลการประเมินความเหมาะสม ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด มีความเพียงพอสำหรับการนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาความรู้ที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้นำไป

ปฏิบัติทั้งใน และนอกชั่วโมงการบำบัด ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกกระบวนการคิด และเข้าใจรูปแบบความคิดของตนเองมากขึ้น ด้านความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมนั้นมีความชัดเจนสามารถอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย สำหรับด้านความเหมาะสมของเนื้อหา และกิจกรรมการบำบัดนั้นพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และระดับปานกลางเป็นผู้เข้ารับการบำบัดที่เหมาะสมเนื่องจากผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้ามากหรือรุนแรง จะขาดความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการรับรู้ รับฟังไม่ดี ซึ่งจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการบำบัดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการนำไปใช้โปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้เนื่องจากในขั้นตอนการบำบัดมีกิจกรรม และการบ้านที่ต้องให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้ฝึกทักษะในการเข้าใจกระบวนการคิดของตนเอง และสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้ และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสามารถเข้าใจกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการบ้านในการบำบัดได้ดีกว่าผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ถึงอย่างไรก็ตามโปรแกรมการบำบัดนี้สามารถให้การบำบัดได้กับผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายที่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ โดยกิจกรรมต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย

ปัญหาและอุปสรรคของใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสรุปได้ดังนี้

การเดินทางพบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย มีปัญหาเรื่องการเดินทาง เนื่องจากที่พักอยู่ไกลจากโรงพยาบาล มีความยากลำบากในการเดินทางทำให้ผู้เข้ารับการบำบัด ไม่ได้มาตามนัด 1 ครั้ง ซึ่งหากเป็นไปได้ในการให้การบำบัดนั้นอาจยืดหยุ่นระยะห่างในแต่ละครั้งออกไปตามความสะดวกของผู้เข้ารับการบำบัด

กิจกรรมการบำบัดพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่สามารถทำการบ้านได้เนื่องจากไม่เข้าใจในกิจกรรมการบ้าน แต่ผู้บำบัดได้แก้ไขปัญหานั้นโดยการให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทำการบ้านร่วมกับผู้บำบัดในชั่วโมงการบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะครบตามโปรแกรม

ระยะเวลาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคเรื่องระยะเวลาที่พบคือ ผู้เข้ารับการบำบัดไม่เข้าใจในเนื้อหา และการบ้าน ทำให้ต้องนำการบ้านมาทำในชั่วโมงการบำบัด และปัญหา

สุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัด โดยผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ทำให้ต้องเลื่อนระยะเวลาการบำบัดออกไป 1 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

จากการศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปข้อเสนอแนะที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. การให้กิจกรรมการบ้านแก่ผู้เข้ารับการบำบัดควรพิจารณาหารูปแบบการบ้านที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัด และการมอบหมายการบ้านนั้นผู้บำบัดควรอธิบายการบ้านให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจและควรมีการทวนซ้ำเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องการบ้านหรือให้ผู้เข้ารับการบำบัดทดลองทำในช่วงเวลาบำบัดก่อนนำกลับไปทำจริงที่บ้าน และอาจให้ผู้เข้ารับการบำบัดหาบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดในการทำบ้านโดยเป็นผู้ช่วยในการบันทึกหรือเตือนหากผู้เข้ารับการบำบัดลืมทำการบ้าน
2. เนื้อหาความรู้ควรจัดทำสื่อการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และการอธิบายเนื้อหาควรอธิบายให้ชัดเจน ใช้คำพูดที่เป็นภาษาเข้าใจง่าย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจปรับสื่อให้เป็นรูปภาพเพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้เข้ารับการบำบัด
3. ในการบำบัดถึงแม้ว่าโปรแกรมจะมีการกำหนดระยะเวลา แต่หากในการบำบัดพบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้การบำบัดได้ตามระยะเวลา ผู้บำบัดควรให้ความยืดหยุ่นและให้การบำบัดจนครบตามโปรแกรม สำหรับการในครั้งนี้มีใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจ ซึ่งขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการบำบัดขั้นตอนหนึ่ง ดังนั้นควรมีการยืดหยุ่นเวลาในการบำบัดครั้งที่ 1
4. ในการศึกษาครั้งนี้พบปัญหาอุปสรรคเรื่องการเดินทาง ดังนั้นในการนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้ในที่ผู้เข้ารับการบำบัดเดินทางมาลำบาก อาจแนะนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ในชุมชน โดยการบำบัดที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

การนำผลการศึกษาไปใช้ในการศึกษาวิจัย

1. จากข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับการบำบัด ที่ต้องการให้ระยะห่างของการบำบัดจาก 1 สัปดาห์/ครั้ง เป็น 2 สัปดาห์/ครั้ง ควรมีการนำมาทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลของระยะเวลาการบำบัด ระหว่าง 1 สัปดาห์/ครั้ง กับ 2 สัปดาห์/ครั้ง

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่และผู้เข้ารับการบำบัดรายเก่าที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อศึกษาผลการนำไปใช้ของโปรแกรมการบำบัด

3. สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที อาจทำให้ไม่ทราบผลของโปรแกรมในระยะต่อมา รวมทั้งการนำแนวคิดการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 6 เดือน



การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

IMPLEMENTATION OF THE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

นัชชา เกียรติเกษม 5236423 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (NURSING), พัทรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญด้านสุขภาพจิตปัญหาหนึ่ง ทำให้เกิดความสูญเสียต่อบุคคล สังคมและประเทศชาติ ซึ่งสถิติองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่นๆ (WHO, 2008) จากการสำรวจการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 10 อันดับแรกในประเทศไทยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ (Top Ten YLDs) พบว่าโรคซึมเศร้าในเพศหญิงอยู่ในอันดับ 1 และโรคซึมเศร้าในเพศชายอยู่ในอันดับ 4 (กรมสุขภาพจิต, 2548) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทย จากทุกภาคของประเทศ พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้า เป็นร้อยละ 3.2 และความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชายร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนหญิง : ชาย เป็น 1.6 : 1) โรคซึมเศร้าจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย สำหรับผู้ชายพบมากที่สุดในช่วง 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด ร้อยละ 7.2 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2549) จากรายงานและสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี 2551 - 2553 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย คิดเป็นอัตรา 233.16 260.78 และ 242.13 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับจังหวัดจันทบุรี ในปี 2551 - 2553 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คิดเป็น

อัตรา 140.68 270.79 และ 177.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งจากสถิติทำให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี

ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีผลต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ (มานิช หล่อตระกูล, 2547) ผลกระทบต่อบุคคลได้แก่ การสนใจสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง การรับรู้ ความคิดที่เชิงซ้ำ ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ และอาจทำให้เกิดการขาดงานเป็นประจำ การรับรู้ความรู้สึกด้านจิตใจ ความว้าเหว่ (Loneliness) เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ เกิดความสับสน รู้สึกหมดหวัง ซึ่งหากบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานหรือรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต อาจนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 4.8 เท่า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) ผลกระทบต่อครอบครัว โรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ญาติและคนที่ใกล้ชิดของผู้เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกคับข้องใจและความเศร้าโศก รวมถึงเกิดปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัวซึ่งเป็นผลมาจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความรับผิดชอบทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น (Biglan, et al., 1987; Brithchell, et al., 1988; Keitner, 1987 อ้างใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2002) ผลกระทบในระดับชุมชน สังคมและประเทศชาติ จากการศึกษาเปรียบเทียบการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากการไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานได้ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งได้ศึกษาในบุคคลที่มีอายุระหว่าง 24-57 ปี ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสูงสุด (Murray & Lopez, 1996) จากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าในเพศชายปัญหาโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 15 และในเพศหญิงโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 และยังศึกษาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,100 – 5,000 คน/ปี ทำให้สร้างความสูญเสียโดยรวม 5,500 บาท/คน (กรมสุขภาพจิต, 2548)

ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านจิตใจ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วยทฤษฎีที่อธิบาย 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) และทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic) ซึ่งทฤษฎีชีวเคมีได้อธิบายไว้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองและความผิดปกติของสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ ซีโรโตนิน

(serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ หรือจากการใช้สารเสพติด การหลั่งของซีโรโตนิน (serotonin) ที่ลดลง ทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง (Varcacolis, 2000) สำหรับทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic) พบว่าญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่าคนปกติ 2.8 เท่า (จินตนา ลี้จิงเพิ่มพูน, 2549) 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียดและมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Eaton, 2002) 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต การสูญเสีย ความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environment stress) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (ธณินทร์ กองสุข, 2551) 4) ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีแนวคิดทฤษฎีหลากหลายที่กล่าวถึงได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Frisch & Frisch, 2002) และทฤษฎีทางปัญญา (cognitive theory) เป็นต้น

การบำบัดโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การบำบัดทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางชีวภาพ ประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา และการบำบัดด้วยไฟฟ้าซึ่งใช้ในรายที่มีอาการรุนแรง ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม มีวิธีการหลายวิธี ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบสั้น (Brief psychotherapy) การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (Psychodynamic psychotherapy) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck, 1967) สำหรับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม มีแนวคิดของการบำบัดว่า เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบให้ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา และจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งขั้นตอนการบำบัดจะต้องมีการประเมินพฤติกรรมความคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ เมื่อได้ความคิดอัตโนมัติในทางลบแล้ว จะต้องได้รับการพิสูจน์ ถ้าพิสูจน์แล้วว่าไม่จริงความคิดอัตโนมัติจะลดลงไปตามธรรมชาติ แต่หากว่าพิสูจน์แล้วเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะต้องตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าความคิดอัตโนมัติ

ที่เป็นจริงบางส่วนนั้นจะมีทางแก้ปัญหอย่างไร หรือให้ผู้รับการบำบัดหาหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติของตนเอง ถ้ามถึงประโยชน์ของความคิดอัตโนมัติดังกล่าวว่ามีประโยชน์อะไรต่อตนเองอย่างไรบ้าง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วินัสริน ก้อนศิลา, 2550; กุลธิดา สุภาคุณ, 2550; Miki et al., 2010) และยังพบว่า การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของบุคคลดีขึ้น โดยประเมินประเมินผลจากคะแนน GAF (Global Assessment of Functioning) และ แบบประเมินภาวะสุขภาพ SF 36 (Health Survey, Short Form 36: SF 36) พบว่าคะแนนสูงขึ้นหลังการบำบัด 12 สัปดาห์ (Miki et al., 2010)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) โปรแกรมนี้ได้มีการนำไปทดลองใช้ โดยผู้จัดทำคู่มือการบำบัดได้ให้การอบรมแก่ผู้เข้ารับการอบรมการบำบัด และให้ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 4 ท่านเข้าร่วมกระบวนการประเมินการให้บริการโดยทำการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder จำนวน 15 ราย ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแก้เศร้านาน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 13 จาก 15 ราย ตอบสนองต่อการร่วมรักษาของยาแก้ซึมเศร้าและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (มานิต ศรีสุรภานนท์, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, พันธฐณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งมีประเด็นในการบำบัดคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การพิสูจน์ การประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ เพื่อช่วยในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2550)

จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรีในปี 2551 และ 2552 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 59 และ 107 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลมะขามได้รับการดูแลรักษา 2 ทาง ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการให้คำปรึกษาทั่วไป ผลการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 70 คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง แต่ยังพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 24 จากการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมะขาม พบว่า บุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามักมีความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมในทางลบเป็นความคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความจริง คิดบวก หรือมีความคิดแบบยืดหยุ่น ซึ่งส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ซึ่งการบำบัดนี้น่าจะเหมาะสมในการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลมะขามยังไม่มี การนำการบำบัดรูปแบบนี้มาให้การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาในฐานะนักศึกษาพยาบาลจิตเวช ระดับปริญญาโท มีความรู้และได้รับการอบรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต จึงเห็นความจำเป็น และมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาล มะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมและความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าผลของการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม ในผู้ป่วยซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งได้แก่ ผลของการบำบัดการปรับเปลี่ยน ความคิด และพฤติกรรม ความเหมาะสมที่พบในการศึกษา ไปปรับใช้และพัฒนาแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) คะแนนอยู่ระหว่าง 21-34 คะแนน หมายถึงมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยถึงระดับปานกลาง

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่มุ่งเน้นในการ ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมในทางลบที่มีต่อตนเอง ต่อการมองโลก และต่อการมองอนาคต เป็นความคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความจริง คิดบวก หรือมีความคิดแบบยืดหยุ่น ซึ่งส่งผลให้อารมณ์ ซึมเศร้าลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งพัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต มีการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้งดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์

และสรีระ การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 พิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 4 และ 5: สัปดาห์ที่ 4 และ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6 ยุติการบำบัด เป็นการสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป การบำบัดนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่เลือกเข้าร่วมในการศึกษาเป็นผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จำนวน 3 คน ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ 2 มีนาคม 2554 – 3 พฤษภาคม 2554 ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคซึมเศร้า และได้รับยามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 21-34 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีคะแนนอยู่ในระดับรุนแรงจะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการรับรู้ รับฟังไม่ดี
- 3) เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี
- 4) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 5) มีกระบวนการนึกคิดที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 มีระดับคะแนนดังนี้ ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน

- 6) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ
- 7) มีความสนใจในการเข้ารับการบำบัด โดยยินยอมเข้ารับการบำบัด

สถานที่ศึกษา

คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 108 คน แบ่งตามงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้แก่ งานบริหาร งานเภสัชกรรม งานชันสูตร งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานเวชปฏิบัติครอบครัว งานหน่วยจ่ายกลาง และงานคลินิกพิเศษ ซึ่งงานคลินิกพิเศษจะแบ่งเป็น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกฝากครรภ์ คลินิกซึมเศร้า บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการให้การดูแลประชากรในพื้นที่อำเภอมะขามในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลมีระบบการดูแลโดยมีหน่วยงานสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบ มีคลินิกซึมเศร้าสำหรับดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในทุกแผนกของโรงพยาบาลได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกฝากครรภ์ และ ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป รวมทั้งแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เมื่อพบผู้ป่วยดังกล่าวจะส่งผู้ป่วยมาที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อคัดกรอง และประเมินสภาพจิตใจ ก่อนส่งพบแพทย์และเมื่อแพทย์วินิจฉัยสั่งยาแล้วจะส่งกลับมาที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อให้คำปรึกษาและนัดติดตามอาการต่อไป

ระยะเวลาในการศึกษา

ระหว่าง เดือนมีนาคม 2554 ถึง เดือนพฤษภาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา 2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้าและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (ภาคผนวก ก) ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) การบำบัดมีทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เวลาที่ใช้ในการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ

ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) รวบรวมข้อมูล สำรวจและค้นหาเรื่องที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ให้โอกาสได้ระบายอารมณ์และความคิด เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา ให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ (Interactive Model) ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ อธิบายความสำคัญของการบ้าน มอบหมายการบ้าน สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 2

การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย กำหนดประเด็นในการพูดคุย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อธิบายบทบาทหน้าที่ของผู้บำบัด และบทบาทหน้าที่ของผู้รับการบำบัด ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 3

การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย กำหนดประเด็นการพูดคุย การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ว่าจริงหรือไม่อย่างไร เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 4

การบำบัดครั้งที่ 4 - 5: สัปดาห์ที่ 4 - 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค กำหนดประเด็นการพูดคุย การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการแก้ปัญหา สรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย มอบหมายการบ้าน นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6

การบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6 ยุติการบำบัด

ประกอบด้วย ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค กำหนดประเด็นการพูดคุยในครั้งนี้อยู่คือ สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อนทุกข์ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป จากการคิดที่เปลี่ยนไปนั้น เน้นย้ำเรื่องการเป็นผู้บำบัดตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ศึกษาประเมินผลให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินผล กล่าวขอบคุณและทำการยุติการบำบัด

1.2 สมุดประจำตัว (ภาคผนวก ก) จัดทำขึ้นโดยผู้ศึกษา ซึ่งจัดทำเป็นสมุดบันทึกการนัดหมาย โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยลักษณะ โปรแกรมการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ตารางนัดหมายการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.3 วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ปากกา กระดาษ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้า ข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้า ได้แก่

2.1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 (ภาคผนวก ข) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรอง Cognitive Impairment ซึ่งประกอบด้วย ประกอบด้วย 1. การรับรู้ด้านเวลา (Orientation for time) มีคะแนนรวม 5 คะแนน 2. การรับรู้ด้านสถานที่ (Orientation for place) มีคะแนนรวม 5 คะแนน 3. Registration มีคะแนนรวม 3 คะแนน 4. Attention / Calculation มีคะแนนรวม 5 คะแนน 5. Recall มีคะแนนรวม 3 คะแนน 6. Naming มีคะแนนรวม 2 คะแนน 7. Repetition มีคะแนนรวม 1 คะแนน 8. Verbal command มีคะแนนรวม 3 คะแนน 9. Written command มีคะแนนรวม 1 คะแนน 10. Writing มีคะแนนรวม 1 คะแนน 11. Visuoconstruction มีคะแนนรวม 1 คะแนน การแปลผล ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน

2.1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคณิษฐ์ (2542) (ภาคผนวก ข) มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย โดยแบบประเมินนี้ใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ใน

เกณฑ์ดี เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผล 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง 26-34 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 35-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ มีทั้งหมด 10 ข้อ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ข้อมูลการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและประวัติการรักษา ประวัติโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่

2.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบประเมินที่ 2.1.2)

2.3.2 แบบประเมินความเหมาะสมของการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมไปใช้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและข้อเสนอแนะ สำหรับผู้บำบัดใช้ประเมินหลังการบำบัดแต่ละครั้ง และผู้เข้ารับการบำบัดใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (ภาคผนวก ค)

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาตระหนักถึงจริยธรรมในการศึกษาวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้ศึกษาได้นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะขาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา วิธีเข้าร่วมในการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม จะไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากการเข้าร่วม

โปรแกรมการศึกษา ก่อนที่โปรแกรมการศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องใช้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา จึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ ผู้ศึกษาได้ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่คลินิกซึมเศร้าเพื่อให้การรักษาต่อไป สำหรับการเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้นำข้อมูลทั้งหมดของการบำบัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่คลินิกซึมเศร้า และเมื่อผู้ศึกษาทำการศึกษาประเมินผลการศึกษาเรียบร้อยแล้วทำลายข้อมูลทั้งหมด

ขั้นตอนการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1.2 การเตรียมผู้บำบัด ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้ทำการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง ได้ผ่านการอบรม Advanced CBT ที่จัดโดยศูนย์สุขภาพจิตเขต 3 เมื่อวันที่ 20 - 22 มกราคม 2553 และผ่านการฝึกการใช้ทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในจำนวน 4 ราย

1.3 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล

1.4 ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้างานสุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ขั้นตอนในการทำการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถานที่ในการทำการบำบัดรายบุคคล

1.6 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการดำเนินการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

1.7 ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม

ตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการบำบัด 2 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ได้คะแนนระหว่าง 21-34 คะแนน และมีการรับรู้ที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ และมีความสมัครใจในการเข้ารับการบำบัด โดยเซ็นยินยอมเข้ารับการบำบัด เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติจำนวน 3 คน หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนการ

2.1 เตรียมสถานที่ แก้อึ้นงสบาย มีพนักพิงและที่วางแขนทั้ง 2 ข้าง จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้การบำบัดมีบรรยากาศถ่ายเท สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อส่งเสริมบรรยากาศในการบำบัด

2.2 ผู้ศึกษาดำเนินการบำบัดโดยใช้ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2550) ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ โปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต , 2550)

3. **ขั้นประเมินผล** ในการศึกษาการประเมินผลจะเป็นการประเมินผลหลังการบำบัดทันที โดยใช้แบบประเมินดังนี้

- ประเมินระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542)
- ประเมินความเหมาะสมและผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยการตีความและสรุปประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่

1.2 คะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการศึกษา และหลังการศึกษา
วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการบันทึกความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า ณ คลินิกซึมเศร้า โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 3 ราย พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 41.67 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ 2 ราย หม้าย 1 ราย จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 2 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 1 ราย ประกอบอาชีพ รับจ้าง 1 ราย ค้าขาย 1 ราย เกษตรกร 1 ราย รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,333.33 บาท โดยรายได้ต่ำสุดคือ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดคือ 6,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่เพียงพอทั้ง 3 ราย มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 2 ราย เบาหวาน 1 ราย ไทรอยด์ 1 ราย และหัวใจโต 1 ราย ทั้ง 3 รายไม่มีประวัติการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 จำนวน 2 ราย เดือนธันวาคม 2553 จำนวน 1 ราย ทั้ง 3 รายได้รับการรักษาด้วยยา Amitriptyline ร่วมกับการให้คำปรึกษา และผู้รับการบำบัดทุกรายไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

2. ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย นำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ 1)ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด และ2)ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด

ผลของระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ราย และระดับน้อยถึงปานกลาง 1 ราย หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

ความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในส่วนนี้นำเสนอผลเป็น 5 ส่วนคือ 1) เนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด 2) ระยะเวลาในการบำบัด 3) ประโยชน์ที่ได้รับ 4) ความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ 5) ปัญหาและอุปสรรคของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 เนื้อหา และกิจกรรมการบำบัด: ความเพียงพอ ความชัดเจน และความเหมาะสม

ผู้เข้ารับการบำบัด

ความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่า เนื้อหาและกิจกรรมเพียงพอสำหรับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ประเมินว่าความชัดเจนเนื้อหาและกิจกรรมมีความชัดเจนเข้าใจได้ง่าย ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าเนื้อหาและกิจกรรมมีความชัดเจน แต่ต้องอาศัยผู้บำบัดอธิบายซ้ำหลายรอบถึงจะเข้าใจ

ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมในผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่าเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างดี

ผู้บำบัด

ความเพียงพอของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้บำบัดพบว่า ในการ

บำบัดแต่ละครั้งนั้นในด้านเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยในด้านเนื้อหาสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดมีเนื้อหาความรู้ที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ซึ่งในการให้ความรู้ที่ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางรายต้องใช้เวลาในการอธิบายนาน สำหรับผู้บำบัดโปรแกรมมีเนื้อหาและแนวคำถามที่ช่วยผู้บำบัดในการนำไปใช้ในการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติของผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งในการบำบัดที่ผ่านมาเนื้อหาความรู้ที่มีในโปรแกรมได้ช่วยผู้บำบัดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแนวคำถามที่ใช้ในการพิสูจน์และการปรับเปลี่ยนความคิด สำหรับในด้านของกิจกรรมในโปรแกรมผู้บำบัดพบว่ามีความเพียงพอสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดในการฝึกทักษะการคิด ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจรูปแบบการคิดของตนเองมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกมีทั้งในชั่วโมงการบำบัดและนอกชั่วโมงการบำบัด

ความชัดเจนของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 6 ครั้ง ผู้บำบัดพบว่าเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัดมีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีรายละเอียดชัดเจนในการบำบัดแต่ละครั้งว่าต้องมีกิจกรรมใดบ้าง ทั้งกิจกรรมในชั่วโมงการบำบัดและนอกชั่วโมงการบำบัด ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมมีความชัดเจนโดยประเมินได้จากผู้เข้ารับการบำบัดสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัด 2 รายจะต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมมาก สำหรับในการค้นหาความคิดอัตโนมัติการพิสูจน์ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ นั้น มีรายละเอียดและแนวคำถามที่ช่วยให้ผู้บำบัดได้นำไปเป็นแนวทางในการบำบัดได้ซึ่งในการบำบัดที่ผ่านมาผู้บำบัดได้ใช้แนวคำถามในโปรแกรมเป็นแนวทางทำให้การบำบัดผ่านพ้นไปด้วยดี

ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมการบำบัด จากการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้บำบัดพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมมีความเหมาะสม สำหรับผู้เข้ารับการบำบัด ที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาที่มีผลต่อการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ เนื่องจากในขั้นตอนการบำบัดมีกิจกรรมและการบ้านที่ต้องให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้ฝึกทักษะในการเข้าใจกระบวนการคิดของตนเองและสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้ ซึ่งในการบำบัดพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าใจกิจกรรมและทำการบ้านได้ดีกว่าผู้เข้ารับการบำบัดอีก 2 ราย ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

2.2.2 ระยะเวลาในการบำบัด

ผู้รับการบำบัด

ความเหมาะสมของระยะเวลา จากแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ซึ่งประเมินในด้านระยะเวลาในการบำบัด ผู้รับการบำบัดจำนวน 3 ราย ประเมินว่าระยะเวลาในการบำบัดจำนวนครั้ง 6 ครั้งเหมาะสม แต่ระยะห่างของการบำบัดในแต่ละครั้งผู้รับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าต้องการให้ระยะห่าง 2 สัปดาห์/ครั้ง ผู้รับการบำบัดอีก 1 ราย ประเมินว่าเหมาะสมดี สำหรับระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อครั้ง ผู้รับการบำบัดทั้ง 3 คน ประเมินว่าเหมาะสมดี

ผู้บำบัด

ความเหมาะสมของระยะเวลา จากน้าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที พบว่าในการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้รับการบำบัด 1 รายที่ใช้เวลานานกว่าที่กำหนด เนื่องจากในช่วงแรกผู้รับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อเข้าสู่การค้นหาข้อมูลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าผู้รับการบำบัดได้ระบายความทุกข์ใจ ขณะพูดคุยร้องไห้ตลอด ผู้บำบัดได้หยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงทำให้ต้องใช้เวลานานกว่าที่กำหนด 1 ชั่วโมง และในการบำบัดครั้งที่ 1 เช่นกันพบว่า ผู้รับการบำบัด 2 ราย ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้เรื่องรูปแบบของความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ และประเมินความเข้าใจของผู้รับการบำบัดโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้รับการบำบัด ทำให้ใช้เวลาในการบำบัดในครั้งนี้นานกว่าที่กำหนดประมาณ 20 นาที การบำบัดครั้งที่ 2-5 ผู้รับการบำบัด 2 ราย ไม่ได้ทำการบ้านหรือทำไม่เสร็จ ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามและให้ผู้รับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในชั่วโมง จึงใช้เวลานานกว่าที่กำหนดประมาณ 10-15 นาทีในแต่ละครั้ง สำหรับในภาพรวมของโปรแกรมใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ พบว่าผู้รับการบำบัด 1 ราย ใช้เวลานานกว่าที่กำหนดคือใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เนื่องจากในการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้รับการบำบัดมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จึงทำให้ต้องพักการบำบัด และเมื่อผู้รับการบำบัดมีสุขภาพดีขึ้นและพร้อมในการบำบัดจึงให้การบำบัดต่อจนครบตามโปรแกรม จากการนำโปรแกรมไปใช้พบว่าระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง และระยะเวลาในภาพรวมของโปรแกรม ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนดในผู้รับการบำบัดบางรายดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้บำบัดประเมินว่า ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง 30 นาที ควรมีการยืดหยุ่นเป็น 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง สำหรับระยะเวลาในภาพรวม 6 สัปดาห์ นั้นมีความเหมาะสม

2.2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ: ความรู้ และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้

ผู้รับการบำบัด

ความรู้และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ จากการประเมินโดยแบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดจำนวน 3 ราย ประเมินว่าหลังได้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ และผู้รับการบำบัดจำนวน 1 ราย ประเมินว่าการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ทำให้พฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงชัดเจน ผู้รับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่าได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องโรคซึมเศร้า และผู้รับการบำบัด 2 ราย ประเมินว่าสามารถที่จะนำความรู้ไปปรับใช้ในปัญหาอื่นๆ ที่พบได้ ผู้รับการบำบัด 1 ราย ประเมินว่าถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นถ้าไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จะขอรับการบำบัดอีก

ผู้บำบัด

ความรู้และการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ หลังจากการบำบัดผู้บำบัดพบว่า การบำบัดตามโปรแกรมนี้ผู้รับการบำบัดได้รับความรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้าและความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้ฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองที่เป็นความคิดในทางลบ จากกิจกรรมและการบ้านในและนอกชั่วโมงการบำบัด และสำหรับผู้บำบัดเองความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ ทำให้ผู้บำบัดได้ทราบข้อจำกัดของผู้รับการบำบัดในด้านของความเข้าใจเนื้อหาของความรู้ที่ผู้บำบัดได้ให้ในโปรแกรม รวมทั้งกิจกรรมการบ้านที่ให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมซึ่งทำให้ทราบว่าผู้รับการบำบัดที่มีระดับการศึกษาน้อยจะเข้าใจได้ยากกว่าผู้รับการบำบัดที่มีการศึกษาสูง นอกจากนี้ยังได้ทราบข้อจำกัดของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยในการบำบัดพบเหตุการณ์ที่ทำให้การบำบัดขาดความต่อเนื่องตามโปรแกรมเนื่องจากผู้รับการบำบัดมีปัญหาสุขภาพต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นในการบำบัดครั้งต่อไปผู้บำบัดจะได้นำข้อจำกัดต่างๆ และปัญหาอุปสรรคที่พบไปปรับให้เหมาะสมกับผู้รับการบำบัดแต่ละคนได้ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้บำบัดในการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2.2.4 ความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้รับการบำบัด

ความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทั้ง 6 ครั้ง ผู้รับการบำบัดทั้ง 3 ราย ประเมินว่า มีความพึงพอใจใน

ภาพรวมมาก เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมแล้วพวกเขารู้สึกว่ามีความสุขขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดทั้ง 3 ราย ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ความพึงพอใจต่อผู้บำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย มีความพึงพอใจต่อผู้บำบัดเป็นอย่างมาก ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย บอกว่าเขาโชคดีที่ได้มารับการบำบัดในครั้งนี้ ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย บอกว่าผู้บำบัดเข้าใจเขาและรับฟังปัญหาของเขาโดยไม่รู้ลี้ก รำคาญ ถึงแม้ว่าเขาจะเล่าซ้ำแล้วซ้ำอีก และต้องการให้มีการนำการบำบัดแบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายอื่นด้วย

ผู้บำบัด

ความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการนำไปใช้ในการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดโรคซึมเศร้าทั้ง 3 ราย จำนวน 6 ครั้ง ผู้บำบัดมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากในการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือในการบำบัดเป็นอย่างดี ประเมินได้จากการมาตามนัดจนครบตามกำหนดของโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายต้องเดินทางไกล เพื่อมาเข้ารับการบำบัดแต่ก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ความพยายามในการทำกิจกรรมทั้งในและช่วงโงการบำบัด ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางรายไม่เข้าใจในกิจกรรมการบ้าน แต่ก็มี ความพยายามที่จะฟังผู้บำบัดอธิบายจนเข้าใจ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 3 ราย ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิด ภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจในการบำบัด โดยสังเกตจากสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสของผู้เข้ารับการบำบัดหลังยุติการบำบัด และจากการประเมินผลด้านความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด

2.2.5 ปัญหาและอุปสรรคของใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การเดินทาง

การเดินทางพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1 ราย มีปัญหาเรื่องการเดินทาง เนื่องจากที่พักอยู่ไกลจากโรงพยาบาล มีความยากลำบากในการเดินทางทำให้ผู้เข้ารับการบำบัด ไม่ได้มาตามนัด ในครั้งที่ 3 เนื่องจากมีปัญหาเรื่องพาหนะที่ใช้เดินทาง ซึ่งผู้บำบัดได้เดินทางไปให้การบำบัดที่บ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง สำหรับในครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 ผู้เข้ารับการบำบัดยินดีที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลเอง สำหรับอีก 2 ราย ไม่พบปัญหาเรื่องการเดินทางเนื่องจากที่พักอยู่ใกล้โรงพยาบาล

กิจกรรมการบำบัด

กิจกรรมการบำบัดพบว่า ปัญหาอุปสรรคคือการบ้าน ผู้เข้ารับ การบำบัด 2 ราย ที่ไม่ได้ทำการบ้านหรือทำไม่เสร็จ เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถทำด้วย ตนเองได้เพราะไม่เข้าใจ ผู้บำบัดจึงให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทำในชั่วโมงการบำบัดพร้อมกับผู้บำบัด ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มในแต่ละครั้งที่บำบัด แต่ผู้เข้ารับการบำบัดอีก 1 ราย สามารถทำการบ้านครบ ทุกครั้งที่ได้รับมอบหมาย

ระยะเวลา

ระยะเวลาพบว่า ในการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้เข้ารับการบำบัด 1 รายที่ใช้เวลานานกว่าที่กำหนด เนื่องจากในช่วงแรกผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อเข้าสู่การค้นหาข้อมูลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าผู้ เข้ารับการบำบัดรายนี้มีเรื่องราวที่ต้องการระบายความทุกข์ใจมาก และขณะพูดคุยผู้เข้ารับการบำบัด ร้องไห้ตลอด ผู้บำบัดได้หยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ จึงทำให้ต้องใช้เวลาเกินกว่าที่กำหนด 1 ชั่วโมง และในการบำบัดครั้งที่ 1 เช่นกัน พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้เรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้เข้ารับการ บำบัดเข้าใจ และประเมินความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้เข้ารับ การบำบัด ทำให้ใช้เวลาในการบำบัดในครั้งนี้นานกว่าที่กำหนดประมาณ 20 นาที การบำบัดครั้งที่ 2-5 ผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย ไม่ได้ทำการบ้านหรือทำไม่เสร็จ ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามและ ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบ้านพร้อมกับผู้บำบัดในชั่วโมง จึงใช้เวลานานกว่าที่กำหนดประมาณ 10-15 นาทีในแต่ละครั้ง สำหรับในภาพรวมของโปรแกรมใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ เข้ารับการบำบัด 1 ราย ใช้เวลานานกว่าที่กำหนดคือใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เนื่องจากในการ บำบัดครั้งที่ 5 ผู้เข้ารับการบำบัดมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จึงทำให้ต้องพักการบำบัด และเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดมีสุขภาพดีขึ้นและพร้อมในการบำบัดจึงให้การ บำบัดต่อจนครบตามโปรแกรม

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

จากการศึกษาผลและความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และ พฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปข้อเสนอแนะที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถ นำไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. การให้กิจกรรมการบ้านแก่ผู้เข้ารับการบำบัดควรพิจารณาหารูปแบบการบ้านที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัด และการมอบหมายการบ้านนั้นผู้บำบัดควรอธิบายการบ้านให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจและควรมีการทวนซ้ำเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องการบ้านหรือให้ผู้เข้ารับการบำบัดทดลองทำในช่วงเวลาของการบำบัดก่อนนำกลับไปทำจริงที่บ้าน และอาจให้ผู้เข้ารับการบำบัดหาบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดในการทำการบ้านโดยเป็นผู้ช่วยในการบันทึกหรือเตือนหากผู้เข้ารับการบำบัดลืมทำการบ้าน

2. เนื้อหาความรู้ควรจัดทำสื่อการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และการอธิบายเนื้อหาควรอธิบายให้ชัดเจน ใช้คำพูดที่เป็นภาษาเข้าใจง่าย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจปรับสื่อให้เป็นรูปภาพเพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้เข้ารับการบำบัด

3. ในการบำบัดถึงแม้ว่าโปรแกรมจะมีการกำหนดระยะเวลา แต่หากในการบำบัดพบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้การบำบัดได้ตามระยะเวลา ผู้บำบัดควรให้ความยืดหยุ่นและให้การบำบัดจนครบตามโปรแกรม สำหรับการในครั้งนี้มีการใช้เวลานานในการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดความไว้วางใจ ซึ่งขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการบำบัดขั้นตอนหนึ่ง ดังนั้นควรมีการยืดหยุ่นเวลาในการบำบัดครั้งที่ 1

4. ในการศึกษาครั้งนี้พบปัญหาอุปสรรคเรื่องการเดินทาง ดังนั้นในการนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้ในอนาคตผู้เข้ารับการบำบัดเดินทางมาลำบาก อาจแนะนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ในชุมชน โดยการบำบัดที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

การนำผลการศึกษาไปใช้ในการศึกษาวิจัย

1. จากข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับการบำบัด ที่ต้องการให้ระยะห่างของการบำบัดจาก 1 สัปดาห์/ครั้ง เป็น 2 สัปดาห์/ครั้ง ควรมีการนำมาทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลของระยะเวลาการบำบัด ระหว่าง 1 สัปดาห์/ครั้ง กับ 2 สัปดาห์/ครั้ง

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่และผู้เข้ารับการบำบัดรายเก่าที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อศึกษาผลการนำไปใช้ของโปรแกรมการบำบัด

3. สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที อาจทำให้ไม่ทราบผลของโปรแกรมในระยะต่อมา รวมทั้งการนำแนวคิดการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 6 เดือน

IMPLEMENTATION OF THE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

NUTJAYA KEADTIKASEM 5236423 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Major depressive disorders are considered an important public mental health problem which causes losses to individuals, society, and the nation. The World Health Organization has estimated that in the year 2030 major depressive disorders will become the first leading public health problem in the world, and its effects on quality of life of the population will be far greater than those of other diseases (WHO, 2008). A survey of psychiatric disorders has shown that among the top ten YLDs in Thailand, major depressive disorders ranked first among females and fourth among males (Department of Mental Health, B.E. 2548). Moreover, in an epidemiological survey of mental health problems in all regions of Thailand, it was found that the prevalence rate of major depressive disorders was equal to 3.2%, or 3.98% in the female population and 2.47% in the male population (with the ratio of female to male equal to 1.6 to 1). In general, major depressive disorders are commonly found in individuals aged 35 years old and older, both male and female. As for males, major depressive disorders are most frequently found in those between 55 and 59 years of age, while in females, they are most frequently found in those 45 to 54 years of age. The highest prevalence rate is reported in females living in the northeastern region at 7.2% (Thorarin Kongsuk, B.E. 2549). According to a report of the Department of

Mental Health, major depressive disorders in Thailand are found in 233.16, 260.78, and 242.13 in 100,000 people during 2008 – 2010, respectively. With regard to Chantaburi province, between 2008 and 2010, the numbers of individuals suffering from major depressive disorders were 140.68, 270.79, and 177.22 in 100,000 people, respectively (Department of Mental Health, B.E. 2554). Thus, it can be seen that the number of people who are stricken with major depressive disorders has continued to increase.

Major depressive disorders can have effects on individuals, family, community, and society including problems with feelings, daily living activities, and economic status (Manote Lortrakul, B.E. 2547). Effects on individuals include less interest in the environment, slow perception and cognition which can lead to lack of work efficiency and frequent absenteeism, loneliness caused by loss of meaningful or significant relationships with others, self-pity, and lack of self-esteem (Sopin Sang-on et al., B.E. 2550). These feelings can result in emotional pain, confusion, and desperation. If individuals suffer from major depressive disorders for a prolonged period of time, or if their condition is severe, they may develop suicidal thoughts (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2548). Generally, persons with major depressive disorders are 4.8 times more likely to commit repeated suicides when compared to those who do not have the disorders (Apichai Mongkol et al., B.E. 2548). As regards effects on the family, caregivers, relatives, and close persons, the family may develop embarrassment or shame, uneasiness, and sadness. There can also be communication problems due to increased burdens of care and higher financial responsibilities (Biglan et al., 1987; Brithchell et al., 1988; Keitner, 1987 cited in Acharaporn Seehiranyawong, B.E. 2545). Finally, regarding effects on community, society, and the country, there was one study which compared economic loss due to inability to work among persons with major depressive disorders and those with other physical conditions aged between 24 and 57 years old in the United States. The study reported that major depressive disorders brought about the most economic problems (Murray & Lopez, 1996). In Thailand, a study on disease conditions and injuries conducted in 1999 showed that major depressive disorders ranked 15th in males and fourth in females when it came to loss of health years. There is also a report that in Thailand

about 4,100 to 5,000 people committed suicide every year, which caused a total loss of 5,500 baht per person (Department of Mental Health, B.E. 2548).

There are four factors which can explain the onset of major depressive disorders: biological factors, chronic illness factors, social factors, and psychological factors. First, regarding biological factors, there are two theories which offer explanations—the biochemical theory of depression and the genetic theory. The biochemical theory of depression explains that major depressive disorders result from changes in biochemical components in the brain and abnormality of two neurotransmitters—serotonin and norepinephrine. Furthermore, it can be caused by environmental factors such as defective immune system, death of brain cells, reduction in thyroid functioning, or substance abuse which results in less secretion of serotonin, hence reduction in control of body functioning (Varcarolis, 2000). On the other hand, the genetic theory points out that the direct relatives of persons with major depressive disorders are 2.8 times more at risks of developing major depressive disorders when compared to normal people (Jintana Leejongpermpoon, B.E. 2549). Secondly, chronic illnesses can lead to major depressive disorders. A study has found that chronic patients have to adjust their self-care behaviors including dietary control, keeping the doctor's appointments, exercise, reduced sexual stamina, and continuous medication intake for a long period of time or for the rest of their life can make patients develop the feelings of uneasiness and anxiety, which can lead to stress and eventually depression (Eaton, 2002). Thirdly, social factors such as life events, losses, and environment stress can cause depression (Thorarin Kongsuk, B.E. 2551). Finally, there are a number of psychological theories that offer explanation of the cause of major depressive disorders including the psychoanalysis theory (Suchart Phaholpark, B.E. 2542), learning theory (Frisch & Frisch, 2002), and cognitive theory, to name only a more prominent few.

The therapies for major depressive disorders include biological therapy and psychosocial therapy. Biological therapy consists of pharmacological therapy and electrotherapy for severe cases, while psychosocial therapy is composed of brief therapy, psychodynamic therapy, interpersonal therapy, and cognitive behavioral therapy (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2549). Persons with major depressive disorders are likely to have signs and symptoms which reflect four distortions—cognitive

distortions, emotional distortions, motivational distortions, and physical and behavioral distortions (Beck, 1967). As for cognitive behavioral therapy, it is believed that when individuals are able to search for and adjust negative automatic thoughts and make them realistic, they will be able to adjust their behaviors using new skills to solve problems, which can reduce their depression. The steps involved in the therapy involve assessment of thinking behaviors and search for negative automatic thoughts. Once they are able to find negative automatic thoughts, they have to verify them. If it is verified that such negative automatic thoughts are not realistic, they should be naturally reduced. However, if it turns out that parts of the negative automatic thoughts are realistic, the therapists have to form questions that make patients think of ways to solve problems with such negative automatic thought or the patients have to search for counterevidence for their negative automatic thoughts. They may be encouraged to think of how such thoughts benefit them. Then, the process of cognitive and behavioral adjustments can follow (Department of Mental Health, B.E. 2552). A review of literature has revealed that the use of the cognitive behavioral therapy program can reduce depression in persons with major depressive disorders with statistical significance (Venusrin Konsila, B.E. 2550; Kulthida Supakhun, B.E. 2550; Miki et al., 2010). It has also been reported that cognitive behavioral therapy can increase individuals' psychosocial functioning as assessed with the GAF (Global Assessment of Functioning) scores and the SF36 (Health Survey, Short Form 36) scores, which increased at 12 weeks after the therapy (Miki et al., 2010).

The cognitive behavioral therapy program used in the present study was developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (B.E. 2550). The program has been tried out with four therapists who received a handout on how to conduct the therapy. These four therapists were asked to treat 15 patients with major depressive disorders who had not responded to antidepressants for four weeks. The results showed that 13 out of 15 patients responded to the use of antidepressants together with the cognitive behavioral therapy program (Manit Srisurapanont, Natthorn Pittayratsathien, Pannapa Kitirattanapaiboon, & Achara Jarussing, B.E. 2552). In this study, the researcher implemented six sessions of the cognitive behavioral therapy program in six consecutive weeks, with each session lasting one hour and 30 minutes. The issues in the therapy included searching for automatic

thoughts that caused sufferings, verifying and assessing automatic thoughts, and adjusting or changing automatic thoughts and solving problems using relaxation techniques and emotion management techniques (Department of Mental Health, B.E. 2550).

According to the surveillance report on major depressive disorders at Makham Hospital, Chantaburi province, in 2008 and 2009 the numbers of patients with major depressive disorders were 59 and 107, respectively. At this hospital, patients with major depressive disorders received two kinds of treatments; that is, pharmacological treatment and general consultancy. As for the treatment outcomes, 70% of the patients had lower scores of depression, but 24% of them experienced relapses. In terms of provision of general consultancy at Makham Hospital, it was documented that patients with major depressive disorders tended to have negative thoughts about themselves, their environment, and their future. According to a review of literature on cognitive behavioral therapy, this type of therapy aims at changing inappropriate negative ideas into new and realistic thinking, positive thinking, or flexible thinking, which can reduce depression. Therefore, this type of therapy should be appropriate to treat patients with major depressive symptoms at the depression clinic of Makham Hospital. However, this type of therapy had not been implemented at this hospital. As a result, the researcher who is a graduate psychiatric nursing student who had undergone training on implementation of the cognitive behavioral therapy program organized by the Department of Mental Health was interested in implementing the program to treat patients with major depressive disorders at the depression clinic, Makham Hospital, Chantaburi province. It was anticipated that the study findings could be used as a guideline to provide more appropriate treatment to patients with major depressive disorders who seek psychiatric assistance at the hospital in the future.

Study Objective

The present study aimed at investigating the outcomes and to determine the appropriateness of the implementation of the cognitive behavioral program in patients with major depressive disorders.

Expected Outcomes and Benefits

The study findings involving the outcomes of the implementation of the cognitive behavioral therapy program and its appropriateness will be used to develop a guideline on how to provide treatment and care to patients with major depressive disorders.

Definition of Terms

Patients with major depressive disorders refer to patients who have been diagnosed by psychiatrists with depression and whose depression was assessed using the Thai Depression Inventory (TDI) with the scores ranging between 21 and 34 points, indicating a mild to moderate level of depression.

A cognitive behavioral therapy program refers to a set of activities which emphasize adjustment of inappropriate negative thinking about self, the world, and the future to new thinking which is more realistic, positive, or flexible, which can reduce depression. In the present study, the cognitive behavioral therapy program adapted by the Department of Mental Health (B.E. 2550) from the cognitive behavioral therapy program designed by Beck was used. The program consists of six sessions as follows: session one: week 1: provision of knowledge on patterns of thinking that affect behaviors, emotions, and the body, session 2: week 2: provision of knowledge on major depressive symptoms, session 3: week 3: verifying and assessing automatic thinking that caused suffering, sessions 4 and 5: weeks 4 and 5: adjustment of automatic thinking at caused suffering, session 6: week 6: end of the program by summarizing the outcomes resulting from changing negative automatic thinking that caused sufferings. The therapy is generally provided on an individual basis, and the sessions are conducted once a week, with each session lasting one and a half hours, for six consecutive weeks.

Research Methodology

The present study aimed at investigating the appropriateness of the cognitive behavioral therapy program in persons with major depressive disorders at Makham Hospital, Makham District, Chantaburi province. The steps involved in the research methodology are as follows:

The target group consisted of three persons with major depressive disorders who sought treatment at the depression clinic of Makham Hospital between March 2, 2011 and May 3, 2011. The inclusion criteria were as follows:

1. They were diagnosed with depression by a psychiatrist and had been receiving pharmacological treatment for at least one month.
2. Their depression ranged from a mild to moderate level as assessed with the Thai Depression Inventory (TDI) developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanich (B.E. 2542), with the depression scores ranging from 21 to 34 points. This was because persons with severe depression were constantly depressed, lacked interest in self and the environment, had no motivation to do activities, and had poor perception.
3. They were adults who were between 20 and 59 years of age.
4. They were able to communicate in the Thai language.
5. They had a normal thinking process as determined with the MMSE-Thai 2002 with the following scores: If they were illiterate, their scores were higher than 14 points; if they completed primary education, their scores were higher than 17 points; and if they had higher than primary education, their scores were higher than 22 points.
6. They had no history of other psychiatric illnesses.
7. They were willing to participate in the therapy program and indicated their willingness by signing the informed consent form.

Setting

The study was conducted at the depression clinic, Makham Hospital, Makham District, Chantaburi province.

Makham Hospital, Makham District, Chantaburi province, is a community hospital with 30 beds. There are 108 staff members who are responsible for different works of the hospital including administration, pharmacy, autopsy, outpatient, emergency, inpatient, delivery, operation, family medicine, central distribution, and special clinics. The special clinics of the hospital can be further divided into diabetes clinic, hypertension clinic, emphysema clinic, prenatal clinic, and depression clinic. The hospital staff members are in charge of providing care to the residents of Makham District in terms of health promotion, disease prevention, treatment, and rehabilitation. As for psychiatric care services of the hospital, there is the mental health unit which is in charge and there is the depression clinic for patients suffering from depression. There are steps to screen patients with depression or other mental health problems at all departments of the hospital including the outpatient department at the diabetes clinic, hypertension clinic, emphysema clinic, prenatal clinic, and general outpatient department, as well as the inpatient department. When patients with depression or other mental health problems are detected, they will be referred to the depression clinic for screening and assessment of their mental condition before subsequently referring them to the doctor. After the diagnosis has been made and medication has been prescribed, the patients will be sent back to the depression clinic for general consultancy and follow-up appointments.

Duration of the Study

The study was carried out between March and May 2011.

Instrumentation

The instruments used in this study could be divided into 1) research instruments and 2) data collection instruments, which can be explained in detail as follows:

1. Research instruments

1.1 The cognitive behavioral therapy program (Appendix A) was developed by the Department of Mental Health (B.E. 2550). There were six

therapy sessions in the program, which were conducted once a week for six consecutive weeks. Each session lasted approximately one and a half hour (Department of Mental Health, B.E. 2550). The details of the program were as follows:

Session 1: Week 1: Provision of knowledge of thinking patterns that affected behaviors, emotions, and physiology

The program aimed at creating therapeutic relationships, collecting data, searching for events that led to depression the patients were facing, giving patients opportunity to release their emotions and thoughts, promoting necessary skills such as emotion management techniques and problem-solving techniques, and dissemination of knowledge on thinking patterns that affected individuals' behaviors, emotions, and physiology using the interactive model.

After that, the patients' ideas and emotions were explored. The therapist explained the significance of homework, assigned homework, summarized the contents of the session, and made an appointment for the second session.

Session 2: Week 2: Dissemination of knowledge about major depressive disorders

The contents of this session consisted of examining ideas and emotions, reviewing homework assignments, determining the issues for discussion, disseminating knowledge about depression, explained the roles of the therapist and participants, disseminating knowledge about automatic thinking that caused sufferings, searching for automatic thinking that caused sufferings, promoting necessary skills including emotion management skills and problem-solving skills, summarizing the contents of the session, assigning homework, and making an appointment for the third session.

Session 3: Week 3: Verifying and assessing automatic thinking that caused sufferings

The session aimed at examining ideas and emotions, reviewing homework assignments, determining the issues for discussion, verifying and assessing automatic thinking that caused sufferings, promoting necessary skills including emotion management skills and problem-solving skills, summarizing the contents of the session, assigning homework, and making an appointment for the fourth session.

Sessions 4-5: Weeks 4-5: Adjusting automatic thinking that caused sufferings

The sessions aimed at examining ideas and emotions, reviewing homework assignments, checking homework assignments and solving problems and obstacles, determining the issues for discussion, adjusting automatic thinking that caused sufferings, promoting necessary skills including emotion management skills and problem-solving skills, summarizing the contents of the session, assigning homework, and making an appointment for the sixth session in the sixth week.

Session 6: Week 6: Ending the program

The contents of the session included examining ideas and emotions, reviewing homework assignments, checking homework assignments and solving problems and obstacles, and determining the issues for discussion which were summarization of the changes that resulted from the patients' adjustment of automatic thinking that caused sufferings and emotions that had changed, with the emphasis on observation of warning signs to prevent relapses. The therapist assessed the outcomes of the program by asking the patients to express their ideas and opinions and complete the data collection instruments. Finally, the therapist thanked the patients and terminated the program.

1.2 A record book (Appendix A) was produced by the researcher for the patients to record the appointments. The details in the record book included the characteristics of the cognitive behavioral therapy program, duration of the program, and the table indicating each of the appointments for the therapy sessions.

1.3 Other tools such as pens and paper.

2. Data collection instruments

Data collection instruments were composed of screening instruments, personal data questionnaire, and outcome evaluation instruments, which could be explained below.

2.1 Screening instruments

2.1.1 The MMSE-Thai 2002 (Appendix B) was an instrument which was employed to screen cognitive impairment including 1. orientation for time, totaling 5 points, 2. orientation for place, totaling 5 points,

3. registration, totaling 3 points, 4. attention/calculation, totaling 5 points, 5. recall, totaling 3 points, 6. naming, totaling 2 points, 7. repetition, totaling 1 point, 8. verbal command, totaling 3 points, 9. written command, totaling 1 point, 10. Writing, totaling 1 point, and 11. visuoconstruction, totaling 1 point. As for interpretation of scoring, if the patients were illiterate, their scores had to be higher than 14 points; if they completed primary education, their scores had to be higher than 17 points; and if they had higher than primary education, their scores had to be higher than 22 points.

2.1.2 The Thai Depression Inventory (Appendix B) developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanich (B.E. 2552) was adopted to assess depression in this study. The inventory aimed at determining the severity of depression in Thai patients. When compared to the Hamilton Rating Scale for Depression, Thai version, it was found that the internal consistency, reliability, and validity scores were at a good level. The inventory was self-administered by the patients, and it consisted of 20 items, with the possible scores ranging from 0 to 60 points. As for interpretation of scoring, 0-20 points meant no depression, 21-25 points meant a mild to moderate level of depression, 26-34 points meant a moderate level of depression, 35-40 points meant a severe level of depression, and 41-60 points meant a very severe level of depression.

2.2 Personal data questionnaires

2.2.1 The demographic characteristics questionnaire was developed by the researcher to elicit data regarding gender, age, marital status, educational background, occupation, monthly income, sufficiency of income, chronic illness, history of alcohol consumption, and history of substance abuse, in ten closed-ended items. There were also open-ended items regarding history of sickness with depression and treatment and family history of depression.

2.3 Outcome evaluation instruments

2.3.1 Depression inventory (Assessment scale 2.1.2)

2.3.2 The questionnaire to assess the appropriateness of the implementation of the cognitive behavioral therapy program in persons with major depressive disorders at the depression clinic, Makham Hospital, Chantaburi province consisted of open-ended items. The therapist used the questionnaire to assess

each of the six sessions, and the patients were asked to assess the program and give comments and suggestions after the end of the program (Appendix C).

Protection of the Rights of Human Subjects

In this study, the researcher took the research ethics and possible effects on the study participants into careful consideration. Before the implementation of the cognitive behavioral therapy program, the researcher asked for permission to conduct the study and collect data from the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After permission was granted, the letter asking for collaboration in the research and permission to collect data issued by the Graduate School of Mahidol University was submitted to the Director of Makham Hospital. After that, the researcher met the head nurse of Makham Hospital to explain the study objective and ask for cooperation in data collection. Before data collection took place, the researcher met the prospective study participants to explain the study objective, data collection procedures and duration, and benefits of the study on quality of services of the hospital. The would-be participants were informed that they had the right to agree to participate in the study or to decline, and that their decision would not affect the treatment they would receive from the hospital in any way. They were also told that the data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data. In addition, they were assured that they were able to withdraw from the study at any time if they wished without having to give reasons or explanations and that they could ask any question from the researcher at any time. After they agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form. For the patients whose depression scores were at a severe level and could not participate in the study, they were referred to the depression clinic for subsequent treatment. The data collected in this study were stored in the cabinet at the depression clinic. After the data analysis was completed, all the data were destroyed.

Steps Involved in the Study

Preparation stage

1.1 Review of literature: The researcher reviewed the concepts and theories related to depression from different sources including textbooks, documents, manuals, and research reports to generate the body of knowledge to be used in this study.

1.2 Preparation of the therapist: The researcher was the therapist who implemented the cognitive behavioral therapy program. The researcher underwent the Advanced CBT training organized by the Mental Health Center District 3 during January 20-22, 2010. The researcher also had experience implementing the cognitive behavioral therapy program with four patients with depression and suicidal thoughts at the inpatient department of Makham Hospital.

1.3 After the study was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects, the researcher requested for a letter from the Graduate School of Mahidol University to be submitted to the director of Makham Hospital to ask for cooperation in data collection with patients with major depressive disorders at Makham Hospital.

1.4 The researcher met the head nurse of Makham Hospital to explain the study objective and ask for cooperation in data collection.

1.5 The researcher met the head of the mental healthcare unit and related staff members to introduce herself, explain the steps involved in the study, and ask for cooperation in data collection and implementation of the individual therapy.

1.6 The researcher prepared the instruments needed for the implementation of the program consisting of research instruments and data collection instruments.

1.7 The researcher met the prospective participants to introduce herself and explain the study objective. The researcher also asked for cooperation in data collection and protected the rights of human subjects. After that, the participants were selected two weeks before the implementation started. The target group consisted of persons with major depressive disorders who had received the diagnosis from a psychiatrist and had been taking the medication for at least one month. They were adults aged between 20 and 59 years old, were able to communicate in the Thai language, and had the depression scores as assessed with the Thai Depression

Inventory (TDI) between 21 and 34 points, or a mild to moderate level of depression. They also had normal perception as determined using the MMSE-Thai 2002, had no history of other mental illnesses or severe psychiatric conditions, and were willing to participate in the study as indicated in the informed consent form. After three participants who met the inclusion criteria were recruited, the implementation of the cognitive behavioral therapy program commenced.

2. Implementation stage

2.1 The researcher prepared the venue by arranging for a comfortable armchair and making the environment in the room clean and cozy with good ventilation to enhance the atmosphere during the therapy sessions.

2.2 The researcher implemented the cognitive behavioral therapy program developed by the Department of Mental Health (B.E. 2550). The program lasted six consecutive weeks, with the therapy sessions being conducted once a week. Each session lasted approximately one and a half hour (Department of Mental Health, B.E. 2550).

3. Evaluation stage

The evaluation was conducted immediately after the therapy using the following instruments:

- The depression levels were assessed using the Thai Depression Inventory (TDI) developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanich (B.E. 2542).
- The appropriateness and outcomes of the cognitive behavioral therapy program was also assessed using the researcher-developed questionnaire.

Data Analysis

The data collected in this study could be divided into two types: quantitative data and qualitative data. The data were analyzed based on the study objective as follows:

1. Quantitative data

1.1 Data regarding demographic characteristics of the study participants were analyzed using frequency.

1.2 Scores of depression before and after the implementation of the program were also analyzed in terms of frequency.

2. Qualitative data

Qualitative data regarding the appropriateness of the cognitive behavioral therapy program were analyzed by means of content analysis.

Findings

The present study aimed at investigating the outcomes and appropriateness of the cognitive behavioral program in persons with major depressive disorders at the depression clinic, Makham Hospital, Chantaburi province. The study findings are presented in two parts as follows:

1. Personal data of patients with major depressive disorders who participated in the cognitive behavioral therapy program

There were three persons with major depressive disorders who participated in the study. All of them were female. The youngest one was 28 years old, while the oldest was 52 years old, with the mean age of 41.67 years old. Two of them were married, whereas the other one was widowed. In terms of educational background, two of them of completed elementary education, and one completed early secondary education. As for occupation, one was a wage earner, one was a trader, and the other was a farmer. The highest income was 6,000 baht per month, while the lowest was 5,000 baht per month, with the mean income of 5,333.33 baht, and all three of them had insufficient income. Moreover, with regard to chronic conditions, it was found that two of the participants had hypertension, one had diabetes mellitus, one had thyroid problems, and one had an enlarged heart. All three of them had no history of alcohol consumption or substance abuse. When considering their major depressive disorders, the findings showed that two the participants had been diagnosed with major depressive disorders since January 2011, and one since December 2010. All

three of them were treated with Amitriptyline together with general consultancy. Finally, all three of the participants did not have family history of depression.

2. Outcomes of the cognitive behavioral therapy program in patients with major depressive disorders

The study findings regarding the outcomes of the implementation of the cognitive behavioral therapy program are presented in two parts: 1) depression before and after the program implementation and 2) appropriateness of the program for persons with major depressive disorders, which could be explained as follows:

2.1 Depression before and after the program implementation

When considering the levels of depression, it was found that before the program implementation, two of the participants had a moderate level of depression, while one had a mild to moderate level of depression. After the implementation of the program, it could be seen that all three participants did not have depression.

2.2 Appropriateness of the program for persons with major depressive disorders

The findings regarding appropriateness of the cognitive behavioral therapy program in patients with major depressive disorders are divided into five parts: 1) contents and activities in the program, 2) duration of the program, 3) benefits of the program, 4) satisfaction with the program, and 5) problems and obstacles in implementing the program, which can be explained in details below:

2.2.1 Contents and activities in the program: sufficiency, clarity, and suitability

Participants

According to the questionnaire on appropriateness of the cognitive behavioral therapy program, all three participants believed that the contents and activities in the program were sufficient to adjust their thinking and behaviors.

As regards the clarity of the contents and activities, one participant thought that the contents and activities in the program were clear and easy to understand. However, two participants pointed out that the contents and

activities in the program were clear, but they needed the therapist to repeatedly give them explanations before they could understand them.

In terms of suitability, all three participants agreed that the contents and activities in the program were greatly suitable for use with persons with major depressive disorders.

Therapist

With regard to sufficiency of the contents and activities in the program, the therapist who implemented the program found that the contents and activities in each of the six sessions were sufficient to help the participants adjust their thinking and behaviors. In terms of contents, the knowledge provided in the program enabled the participants to understand depression and patterns of thinking that affect their behaviors, emotions, and physical being. When the knowledge was disseminated, the participants were able to understand the program contents very well, even though some of them may have needed more time before they could understand them. Furthermore, the program contents and questioning guidelines enabled the therapist to verify and adjust negative automatic thinking of the participants. In other words, the contents of the program greatly assisted the therapist, especially the questioning guidelines to verify and adjust automatic thinking. On the other hand, as regards the activities included in the program, the therapist found that the activities were sufficient to help the participants practice thinking skills, thus enabling them to better understand their own thinking patterns. The activities for the participants were those practiced during the therapy sessions and outside the therapy sessions.

Regarding clarity of the contents and activities of the therapy program, after the implementation of all six therapy sessions, the therapist found that the contents and activities of the program were clear and easy to understand, with clear details of what were the activities to be carried out in each therapy session, both within and outside the sessions. In other words, the contents of the activities were clear as evidenced by the fact that the participants were able to carry out different activities by themselves even though two participants may have needed more time for the activities than the other participant. Besides, as regards searching for, verifying, and adjusting automatic thinking, there were details and

questioning guidelines that could be utilized by the therapist to accomplish the goals of the therapy sessions.

When considering the suitability of the contents and activities in the therapy sessions, after implementing the program, the therapist found that the contents and activities were suitable for participants whose depression scores were at a mild or moderate level. Furthermore, it was found that the participants' educational background had an effect on the program implementation. This was because in the therapy session, there were activities and homework assignments that required the participants to complete so as to practice skills in comprehending their own thinking process and differentiating automatic thinking that caused them suffering. In this study, it was discovered that one participant who completed early secondary education was better able to comprehend the activities and do homework assignments than the other two participants who had only elementary education.

2.2.2 Duration of the therapy

Participants

According to the questionnaire on appropriateness of the cognitive behavioral therapy program, all three participants found that the total number of sessions, which was six, was appropriate. However, when considering the intervals between sessions, two participants stated that they wanted the sessions to be conducted once every two weeks, while the other participant thought once a week was already appropriate. As for the duration of one and a half hour per session, all three participants thought it was appropriate.

Therapist

According to the therapist who implemented the cognitive behavioral therapy program, in the first session, there was one participant who needed more than one hour and 30 minutes to complete the activities. This was because in the beginning the participant still lacked trust in the therapist, so it required more time to establish rapport with her. Then, during the discussion to search for information leading to depression, the participants had a chance to release their sufferings and they cried all through the discussion. As a result, the therapist had to stop intermittently to make the participants relaxed using muscle relaxation

techniques, so it took longer than one hour as originally planned. Also during the first therapy session, two participants did not understand the contents related to thinking patterns that affected behaviors, emotions, and physiology. The therapist, therefore, had to take time giving them explanations and examples to ensure their understanding. The therapist also had to assess the participants' understanding by asking them to give examples. Consequently, this activity took longer than 20 minutes as originally planned. In addition, during the second to fifth therapy sessions, two participants did not do or complete the homework assignments, so the therapist had to spend time following up on their work, and it took an extra ten to 15 minutes in each session. On the overall, all through the six weeks of therapy sessions, one participant completed the therapy program in eight weeks, not six weeks as planned. Her health problem made her hospitalized for eight days during the fifth week, and she returned to complete the program after her health condition had improved. Thus, it can be concluded that the duration of each therapy session and the overall duration of the program did not go as planned, and the therapist felt that the duration of the sessions should be made more flexible, lasting from one and a half to two hours. However, the therapist thought that the total duration of the program, which was six weeks, was appropriate.

2.2.3 Benefits of the program: knowledge and utilization of the cognitive behavioral therapy program

Participants

All three participants agreed that the cognitive behavioral therapy program enabled them to adjust their thinking. One participant indicated that adjustment of her thinking resulted in obvious changes in her own behaviors. In addition, all three participants assessed that they had more knowledge about depression, and two participants believed that they could apply the knowledge they had gained from the therapy sessions to solve other problems that they may have. Finally, one participant stated that if she encountered more problems and was unable to solve them, she would ask the therapist to participate in more therapy sessions to help her deal with them.

Therapist

After the implementation of the program, the therapist found that the participants received knowledge about depression and thinking and behavioral adjustment. They also got a chance to adjust their negative thinking from the activities and homework assignments in each session. The therapist herself also gained knowledge and benefited from implementation of the therapy program as she better understood the limitations of the participants in terms of comprehension of the program contents. The therapist also realized that the educational background of the participants affected their ability to understand the program contents and complete homework assignments and health constraints may prevent some participants to continuously take part in the program as planned. Therefore, in the future the therapist could make use of the limitations, problems, and obstacles experienced in this study to make the therapy program better suit individual participants to ensure benefits of their participation in the program.

2.2.4 Satisfaction with the cognitive behavioral therapy program

Participants

All three participants indicated that they were greatly satisfied with the overall picture of the program because they had a chance to adjust their thinking and behaviors, which made them happier, as evidenced by a considerable decrease in the depression scores of all three of them.

As regards satisfaction with the therapist, all three of the participants agreed that they were greatly satisfied with the therapist. Two participants stated that they felt so lucky having a chance to participate in the therapy program, and one participant liked the fact that the therapist understood her and was willing to listen to her problems even though she kept repeating them again and again without showing any sign boredom or annoyance. They agreed that this therapy program should be applied with other persons with major depressive disorders.

Therapist

The therapist was greatly satisfied with the overall pictures of all six therapy sessions. This is because the participants cooperated and took part in the program as evidenced from their efforts to keep all the appointments

for the sessions. One participant in particular had to travel a long distance to take part in the program, but she was willing to cooperate. Moreover, all participants tried hard to complete both in-session and out-of-session activities and assignments even though some of them may not have fully understood the instructions. In addition, it could be seen that the program enabled all three participants to adjust their thinking and decrease their depression levels. It was also clearly noticeable that the participants were satisfied with the program as they all looked happy with a big smile on their face after the end of the program and as indicated in their assessment of the program sessions.

2.2.5 Problems and obstacles in the implementation of the program

Traveling

It was found that one participant had problem with traveling as her residence was far away from the hospital. The difficulty getting to the therapy sessions made the participant missed the third therapy session as she could not find transportation, so the therapist had to go to her house and conduct the therapy session there. As for the fourth, fifth, and sixth sessions, she was willing to find transportation and get to the hospital by herself. There was no problem with traveling for the other two participants as they lived close to the hospital.

Therapy activities

It was discovered that a major obstacle was homework assignments. Two participants did not do or fully complete the homework assignments because of lack of understanding. Therefore, the therapist had to allow them to work on their homework assignments in class with her, which meant that extra time was needed for each session. However, one participant was able to complete all the homework assignments by herself every time.

Duration

During the first therapy session, one participant needed more time than specified in the program because she initially lacked trust in the therapist, so the therapist had to spend time establishing rapport with her. Also, when discussing the causes of depression, this participant had a lot of stories that caused her sufferings and she continuously cried during the discussion. Thus, the therapist had to stop the discussion temporarily and applied muscle relaxation

techniques to help her calm down. As a result, more time was needed than one hour as originally planned. Also during the first therapy session, two participants did not understand the contents regarding the thinking patterns that affected behaviors, emotions, and physiology. The therapist, as a result, had to spend time giving explanations with examples as well as to assess their understanding by citing their situations, so it took at least 20 minutes more than planned. In addition, during the second to fifth therapy sessions, two participants did not do or fully complete their homework assignments, and the therapist had to allow them to work on their homework with her during the sessions. Consequently, it took approximately ten to 15 minutes in each session to do this. As for the overall picture of the six-week therapy program, there was one participant who spent eight weeks, instead of six, to complete the program because of her health problems required her to be admitted into the hospital and miss the fifth therapy session. The sessions resumed only after her health conditions had improved.

Recommendations

For nursing practices

Based on the findings regarding the outcomes and appropriateness of the cognitive behavioral therapy program in persons with major depressive disorders, the following recommendations can be made for psychiatric and mental healthcare nurses:

1. When assigning homework to participants, nurses should pay particular attention to the types of homework assignments that are appropriate for the participants and make sure that the participants understand the instructions. In other words, nurses should explain the homework and may let the participants try to do part of the homework during the sessions before completing them at home. If it is possible, nurses should ask the participants to find someone in the family who could support them by helping them record the information or reminding them if they forget to do the homework.

2. When teaching the contents of the program, nurses should prepare teaching materials that are easy to understand, as appropriate for each of the program participants. The language used when teaching should also be easy to understand, and

if the participants are illiterate, pictures should be used to ensure the participants' comprehension.

3. Even though the time frame for the program is clearly specified, but if there are problems and obstacles that prevent the therapist to complete the activities as planned, nurses should be flexible and continue to complete all therapy sessions with some adjustments. Nurses should be flexible with the duration of the first session which involved establishing a relationship between the therapist and the participants. This is because in the present study, there was a participant who lacked trust in the therapist and it required the therapist more time than planned to establish rapport with her.

4. In this study, one participant had problems with traveling to the hospital to attend the therapy sessions. Therefore, nurses may consider implementing the cognitive behavioral therapy program in the community, if the participants have trouble going to the hospital, so as to ensure provision of comprehensive care to community members.

For nursing research

1. As one of the participants in the present study suggested that the therapy sessions should be conducted once every two weeks instead of once a week, research should be conducted to determine if there are any differences in the effects of the cognitive behavioral therapy program sessions that are conducted once every week and once every two weeks.

2. Only new participants were recruited in this study. In the future, both new participants and old participants with relapses should be included in the therapy program to further determine its effectiveness.

3. In this study, the assessment of the program was conducted immediately after the program ended. Further studies should be carried out to determine the delayed effects of the cognitive behavioral therapy program with one-month and a six-month follow-ups to shed more lights on the effectiveness of the program in persons with major depressive disorders.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2548). *ข้อมูลระบาดวิทยา ปีงบประมาณ 2548*. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2554). *สถิติและรายงาน*. เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2554 จาก <http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/view.asp?id=131>
- เกษร ทมชิตชงศ์. (2551). *จิตบำบัด องค์ความรู้ ทฤษฎี เทคนิคที่เกี่ยวข้อง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์วิภาดา.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 21(2), 78.
- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เชาวนี ล่องชูผล. (2543). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. (2549). *การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า*. เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2553, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=3355>
- จันทิมา องค์ไวยธิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน กรีนชั่น.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนชย์ หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2549). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2553, จาก <http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf>
- ธรณินทร์ กองสุข. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วย ที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่ม 1*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์ จำกัด.
- ประภาพร ประศรี. (2551). การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบางซาย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2553, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4895>
- พิรพันธ์ ลือบุญวัชชัย นันทิกา ทิวาชาดิ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 69-80.
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์ และนางพะงา ลิ้มสุวรรณ. (2547). *เอกสารประกอบการฝึกอบรม Satir System Brief Therapy*. ม.ป.ท.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 78-84.
- นันทิกา ทิวาชาดิ อรพรรณ เมฆสุกะ และธงชัย ทิวาชาดิ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต-สังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203.
- มานิต ศรีสุรณานนท์, ณัฏฐร พิชัยรัตน์เสถียร, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2552). การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder ด้วย cognitive-behavioral therapy: การพัฒนาบุคลากรและประเมินการให้บริการในผู้ป่วยชาวไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 367-374.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.

- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*, 20(1), 17-19.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: สวิชาญ.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- รัชชัย คงสกันธ์ สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก อวยชัย โรจนนิรันดกิจ และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 211-219.
- รัตนา เต็มเกษมสานต์. (2550). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบ ของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคนมิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- ศรีวิไล โมกขาว. (2553). *ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. โครงการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลอ่าวอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(3), 143-150.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

- สมบัติ ตาปัญญา. (2549). การประยุกต์ใช้จิตบำบัดเชิงพุทธรูปัญญาและพฤติกรรม. *เอกสารประกอบ การประชุมวิชาการการให้คำปรึกษาที่ใช้การนิกคิดและการปรับพฤติกรรม*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิณานนท์. (2547). โรคซึมเศร้า. ในพิเชษ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2547). *Cognitive Therapy*. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.
- สุมิตรพร จอมจันทร์. (2550). ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง*, 23(2), 1.
- สุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล และคณะ. (2549). *โปรแกรมการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รามาริบดี พยาบาลสาร*, 13(1), 54-69.
- วิไล คุปต์นริศชัยกุล. (2540). การศึกษาแบบสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- วินัสริน ก้อนศิลา. (2550). ผลของการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการ ฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- อัจฉราพร สิริหัญวงศ์. (2002). *แนวทางและเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาระโรคเรื้อรังทางจิตเวช Depressive Disorder*. เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2553 จาก <http://www.dmhweb.dmh.go.th/social/ebook/view.asp?id=4>

- อัญญาพร สีหิรัญวงศ์ และธณชัย คงสกนธ์. (2544). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4), 311-321.
- อัญชลี นัฏฐแก้ว. (2546). ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย มงคล. (2548). รายงานผลการศึกษาเรื่องระดับความวิตกกังวลของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ.2547. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42,(1), 3-4.
- อุจน์ พงษ์ธรรม นิตยาภรณ์ มงคล สกาวรัตน์ พวงลัดดา จารุวรรณ จินดามงคล เนาวนิตย์ มุขสมบัติ และรุ่งทิพา เกิดแสง. (2548). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed. Text revision.) Washington DC: Author.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *Beck Depression Inventory II*. Retrieved September 18, 2010, from www.harcourtassessment.com/haiweb/cultures/en-us/productdetail.htm?pid=015-8018-370
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (6th ed.). Canada: John Wiley & Sons.
- Eaton. (2002). Epidemiologic evidence on the co-morbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53,903-906.
- Fava, G.A., Rafanelli C., & Grandi S. (1998). *CBT for major depress may continue to reduce relapse in long term*. Retrieved June 20, 2010, from <http://www.ehmf.ehmf.bjjournal.com>.

- Frisch, N.C., & Frisch, L.E.(2002). *Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition* (2nd Ed). Columbia: Delmar.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavioral therapy in mental health care*. London: Sage Publications.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-269.
- Lustman, P. J., & Clouse, R. E., (2002). Treatment of depression in diabetes impact on mood and medical outcome. *Journal of Psychosomatic research*, 53,917-924.
- March, J., Silva, S., Petrycki,S., Cueey, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNutty, S., Vitiello, B., Severe, J., (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 297(7), 807-820.
- McKinley, J.B., McKinley, S.M. & Brambila, D. (1987). The relative contributions of endocrine changes and social circumstance to depression in middle aged women. *Journal of Health and Social behavior*, 28,345-363.
- Miki Matsunaga., Yasumasa Okamoto., Shin-ichi Suzuki., Akiko Kinoshita., Shinpei Yoshimura., Atsuo Yoshino., Yoshihiko Kunisato. & Shigeto Yamawaki. (2010). Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry*. 10, 22. Retrieved April 30, 2010, from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/22>
- Montgomery S, Asberg M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134,382-389.
- Murray, J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. United States of America: Harvard University Press.
- Perkins, D.O. (2002). Cognitive behavior therapy for depression choose horses for courses, *American Journal of Psychiatry*, 160, 825-834.
- Sarafino, E. P (1997). *Health psychology: Biophysiological Interactions* (3rd ed.). Danvers, The United State of America: John Wiley and Sons.

- Seok-Man, K. & Tian. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Thompson L.W., Coon D.W., Thompson D.G., Sommer B. R., & Koin D. (2001). Comparison of Desipramine and Cognitive/Behavior Therapy of Elderly Outpatients With Mild-to-Moderate Depression (Electronic version). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 225-240.
- Varcarolis, E. M. (2000). *Psychiatric nursing clinical guide: Assessment tool & diagnosis. Pennsylvania: W.B. Saunder.*
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric population: A validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 106(12), 203-214.
- Williams, J.B.W. (1988). A structured interview guide for the Hamilton depression rating Scale. *Archives of General Psychiatry, American Medical Association*, 45(8), 742-747.
- Wilson, P. H., Spence, S. K., & Kavanagh, D. J. (1989). *Cognitive behavioral interviewing for adult disorder*. New York: Routledge.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, Tenth Revision*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Retrieved December 31, 2011, from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- Yesavage Ja., Brink Tl., Rose Tl., Lum O., Huang V., Adev M., Leirer VO. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating scale for depression. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1

การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการบำบัด
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้และเข้าใจการเชื่อมโยงความคิดอารมณ์และพฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

- ก. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) (10 นาที)
- ข. รวบรวมข้อมูล สืบถามและค้นหาเรื่องที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยประสบอยู่
ให้โอกาสได้ระบายอารมณ์และความคิด (15 นาที) (เครื่องมือที่ 1)
.....
.....
.....
- ฅ. นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

ระยะเวลาในการบำบัด: 1 ชั่วโมง 30 นาที

การบ้าน: การเชื่อมโยงความคิดและอารมณ์ ประมาณ 2-3 เรื่อง (เครื่องมือที่ 3)

กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในแต่ละวัน (เครื่องมือที่ 4)

มอบหมายการฝึกผ่อนคลายอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลในสถานการณ์จริง (เครื่องมือที่ 7)

หมายเหตุ: ในการบำบัดครั้งที่ 1 ไม่เน้นการรักษา การบำบัดในครั้งนี้เน้นการเชื่อมโยงความคิด
อารมณ์และพฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2

การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบ บทบาทหน้าที่ของผู้บำบัด บทบาทหน้าที่ของผู้รับการบำบัด
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความคิดอัตโนมัติ
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

การบำบัดครั้งที่ 2 ประกอบด้วย

ก. ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (10 นาที) (เครื่องมือที่ 12)

ข. ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย (10 นาที)

.....
.....
.....

ค. การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (20 นาที)

ง. นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3

ระยะเวลาในการบำบัด: 1 ชั่วโมง 30 นาที

การบ้าน: สังเกตอารมณ์ ความคิดที่เป็นปัญหา เช่น “ความคิดที่เข้ามาครอบงำบ่อยๆ”

การประเมินระดับคะแนนอารมณ์ 0-100 การเชื่อมโยงความคิดกับอารมณ์ เช่นเมื่อเห็น
สามีลงมาจากรถและได้กลิ่นเสื้อผ้าความคิดแวบแรกคืออะไร อารมณ์ที่เกิดขึ้นคืออะไร ให้ประเมิน
ระดับคะแนนอารมณ์ (เครื่องมือที่ 9)

การบำบัดครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3

พิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเองได้

การบำบัดครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

ก. ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (10 นาที) (เครื่องมือที่ 12)

ข. ทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย (10 นาที)

.....

.....
.....

ข. มอบหมายการบ้าน (10 นาที)

ข. นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4

ระยะเวลาในการบำบัด: 1 ชั่วโมง 30 นาที

การบ้าน: นึกถึงอาการและอาการแสดงที่เชื่อมโยงกับความคิด (เครื่องมือที่ 10)

การบำบัดครั้งที่ 4 - 5: สัปดาห์ที่ 4 - 5

การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ได้

การบำบัดครั้งที่ 4 ประกอบด้วย

ก. ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (10 นาที) (เครื่องมือที่ 12)

ข. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค (10 นาที)

.....
.....
.....

ข. มอบหมายการบ้าน (10 นาที)

ข. นัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อพบกันครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6

ระยะเวลาในการบำบัด: 1 ชั่วโมง 30 นาที

การบ้าน: ให้บันทึกความคิดและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป หลังจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (เครื่องมือที่ 15)

การบำบัดครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6

ยุติการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถสังเกตอาการเตือนได้อย่างเหมาะสม

การบำบัดครั้งที่ 6 ประกอบด้วย

ก. ตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (10 นาที) (เครื่องมือที่ 12)

ข. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค (10 นาที)

.....
.....
.....

ง. ผู้ศึกษาประเมินผลให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินผล กล่าวขอบคุณและทำการยุติการบำบัด
ระยะเวลาในการบำบัด: 1 ชั่วโมง 30 นาที

เทคนิคการจัดการกับอารมณ์

การจัดการกับอารมณ์

อารมณ์เป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ในการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรมจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องตระหนักรู้ และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม

1. การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง

การที่คนเราจะสามารถบอกอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้บางครั้งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะบางคนมีความสับสนระหว่างอารมณ์และความคิด ดังนั้น จึงต้องใช้ทักษะในการฝึกฝนเพื่อให้ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง โดยมีวิธีการดังนี้

- การสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เป็นต้น

-
-
-

เทคนิคการจัดการกับอารมณ์

ประกอบด้วย 3 เทคนิค ดังต่อไปนี้

1. เทคนิคการหายใจ (breathing exercises)
2. เทคนิคการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (body to mind relaxation)
3. เทคนิคการจินตนาการ (visualization)

1. การหายใจ (breathing exercises)

การหายใจที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเราคือ ช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ช่วยให้อวัยวะเนื้อเยื่อทั่วทั้งร่างกายและกล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น เมื่อเกิดความเครียด หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ กลัว ตกใจ ตื่นเต้น ฯลฯ ระบบการหายใจก็จะแย่ง ซึ่งรับรู้ได้จากการหายใจตื้นขึ้นหรือหายใจถี่ขึ้น และหัวใจเต้นเร็วขึ้น หรือหยุดหายใจชั่วขณะ หากยังหายใจถี่มากเท่าไรก็จะยิ่งเกิดอาการชา มึนงง เป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น และเจ็บบริเวณหน้าอก เนื่องจากขาดคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ดังนั้น เราสามารถควบคุมระบบหายใจอย่างรู้ตัวได้ โดยค่อยๆ หายใจเข้าและออกช้าๆ เป็นจังหวะและสม่ำเสมอต่อเนื่องไปเรื่อยๆ นอกจากจะทำให้หัวใจค่อยๆ เต้นช้าลงเข้าสู่ภาวะปกติได้แล้ว ยังทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดให้มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เราสามารถควบคุมการกระทำหรือการแสดงออกของตนเองต่อสถานการณ์นั้นๆ ได้อย่างรู้ตัวทุกขณะมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. รับรู้การหายใจเข้าและออกอย่างรู้ตัว
2. ควบคุมระบบการหายใจเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ
3. เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม

หลักการฝึก

การฝึกหายใจอย่างช้าๆ มีหลักดังนี้

- ให้ผู้รับการฝึก หายใจได้ตามปกติ
- มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการฝึก หายใจเข้าและออกให้ช้าลง โดยนับเลขเป็นจังหวะ

หายใจเข้านับ 1...2...3 และหายใจออกนับ 1...2...3 (หรือหายใจอย่างรู้ตัวทั้งหายใจเข้าและหายใจออก สั้นหรือยาวโดยไม่ต้องนับเลข) และพยายามให้หายใจเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่องช้าๆ พร้อมทั้งผ่อนคลายตัวเองไปด้วย

-
-
-

- กรณีที่ผู้รับการฝึกเคยมีประสบการณ์ที่เลวร้ายเกี่ยวกับการจมน้ำ การฝึกหายใจแบบนี้ อาจกระตุ้นให้ผู้รับการฝึกคิดถึงประสบการณ์นั้นขึ้นมาอีก และเกิดอาการหวาดกลัวหรือกระวนกระวายขึ้นได้ ผู้ฝึกจะต้องบอกให้ผู้รับการฝึกทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติและจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้รับการฝึก ในทางตรงข้ามเมื่อผู้รับการฝึกสามารถฝึกได้แล้วจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ในเวลาที่รวดเร็วขึ้น

2. การผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (body to mind relaxation)

การผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (body to mind relaxation) เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ลดอาการเกร็งหรือตึงที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจ กลัว ฯลฯ การฝึกเทคนิคนี้จึงเป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มุ่งเน้นให้ผู้ฝึกเรียนรู้วิธีเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายอย่างรู้ตัว และสามารถเรียนรู้ได้ว่าในภาวะที่เราารู้สึกสบายผ่อนคลายอย่างแท้จริงนั้น กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะไม่เกิดการเกร็งหรือตึงแต่อย่างใด

วัตถุประสงค์

1. ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้ความรู้สึกตึงเครียดหรือไม่สบายใจสัมพันธ์กับการเกร็งของกล้ามเนื้อและความรู้สึกผ่อนคลายสัมพันธ์กับการคลายของกล้ามเนื้อ
2. ผู้รับการบำบัดมีความไวต่อการรับรู้ความตึงเครียดของร่างกายแต่ละส่วนได้เร็วขึ้น
3. ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความตึงเครียดหรือไม่สบายใจให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ด้วยตนเอง

ข้อควรปฏิบัติ

1. สถานที่ที่ใช้ฝึกควรมีความเงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก และมีแสงสว่างที่พอเหมาะ
2. ควรสวมเสื้อผ้าหรือชุดที่ใส่สบายๆ และควรถอดรองเท้า แวนตาออก หากใส่เข็มขัดก็ควรปลดหรือเลื่อนเข็มขัดให้รู้สึกสบายบริเวณหน้าท้องได้อย่างเต็มที่

.....

7. ระยะเวลาเกร็งน้อยกว่าคลายประมาณ 2 เท่า เช่น ถ้าใช้ระยะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อ 3-5 วินาที ช่วงผ่อนคลายต้องให้ระยะเวลาประมาณ 6-10 วินาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้เพื่อจดจำความรู้สึกผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากขึ้น

8. ควรฝึกเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งประมาณ 10-15 นาที

ประโยชน์

เทคนิคการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ หรือเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้ได้ผลดีกับผู้ที่มีการเกร็ง ตึง หรือปวดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยมีสาเหตุจากความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจ กลัว ฯลฯ

ข้อจำกัด

ไม่ควรใช้วิธีนี้ในกรณีที่มีปัญหา

1. โรคกระดูก
2. โรคหัวใจ
3. ปวดหลัง
4. กล้ามเนื้ออักเสบ
5. ภาวะตั้งครรภ์ สามารถฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ ได้ ยกเว้นบริเวณ หน้าอก

ท้องและแผ่นหลัง

ขั้นตอนการฝึก

การฝึกผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

1. ให้เรียนรู้วิธีเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างรู้ตัว โดยเริ่มตั้งแต่มือแขนไปจนถึงปลายเท้า

2. ขณะเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนให้เกร็งจนรู้สึกทั่วถึง คงไว้สักครู่หนึ่ง และค่อยๆ ผ่อนคลายอย่างช้าๆ

3. ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้ได้ว่าในขณะฝึกรู้สึกสบายและผ่อนคลายได้ อย่างแท้จริง กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะไม่เกร็งหรือตึงแต่อย่างใด

4. ขณะฝึกให้นั่งหรือนอนในท่าที่สบายที่สุด หลับตาและพร้อมรับการฝึก

5. เริ่มต้นฝึกผ่อนคลายที่มือ → แขน → ใบหน้า → คอ
→ ไหล่หน้าอก → แผ่นหลัง → ปลายเท้า

วิธีฝึก

ให้ผู้บำบัดอธิบายคำว่า “ผ่อนคลาย” อย่างสั้นๆ แก่ผู้รับการฝึกก่อนว่า การผ่อนคลายจากกายสู่ใจเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยกล้ามเนื้อทุกส่วนจะไม่เกร็งหรือตึง เช่น กล้ามเนื้อใบหน้า บริเวณคิ้วไม่ขมวด หน้าผากไม่ย่นริมฝีปากไม่เม้ม ฟันไม่กัดแน่นจนเกร็งขากรรไกร เป็นต้น

คราวนี้จะนำเข้าสู่การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วน โดยฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนตั้งแต่แขนจนถึงปลายเท้า

.....
.....
.....

หลังจบการฝึก ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดถึงประสบการณ์ที่ได้รับ

3. เทคนิคการจินตนาการ (visualization)

การจินตนาการเป็นวิธีการผ่อนคลายโดยใช้จินตนาการ หรือการสร้างภาพขึ้นในใจ (มโนภาพ) ซึ่งควรเป็นภาพจากความทรงจำที่ผู้รับการบำบัดมีประสบการณ์ หรืออยู่ในเหตุการณ์ในภาพนั้นและมีความรู้สึกที่ดี เช่น ประทับใจ ภาคภูมิใจ ชื่นชม เป็นสุข ฯลฯ เมื่อนึกถึงภาพดังกล่าว 1 ภาพ และเพิ่มการใช้ประสาทสัมผัสหรือการรับรู้การสัมผัสด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถจินตนาการ รับรู้และรู้สึกถึงภาพดังกล่าวได้อย่างผ่อนคลาย และสบายใจได้อย่างเต็มกำลังมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. สามารถใช้ภาพที่ประทับใจในจินตนาการมาเชื่อมโยงให้เกิดความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย
2. สามารถปรับระบบต่างๆ ของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติได้ด้วยตนเอง
3. สามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ความผิดปกติและพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัด ไม่ควรใช้วิธีนี้ในกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่ไม่สามารถสร้างมโนภาพหรือจินตนาการได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์หรือความทรงจำที่ดีในจิตใจ
3. ต้องการใช้วิธีนี้เพื่อหลบเลี่ยงสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งในชีวิตประจำวันตลอดเวลา หรือถี่มากเกินไป

วิธีการฝึก

1. ให้ผู้รับการบำบัดบอกรายละเอียดของภาพความทรงจำที่ประทับใจ 1 ภาพ ให้ผู้บำบัดได้รับทราบ (โดยการเขียนหรือบอกเล่าตามความเหมาะสม)

.....

4. ระยะเวลาในการฝึกจินตนาการประมาณ 3-5 นาที
5. หลังจบการฝึก ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดถึงประสบการณ์ที่ได้รับ

เทคนิคการแก้ปัญหา

ปัญหา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบด้วยตนเอง

ขั้นตอนการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ระบุปัญหา เริ่มคิดและทบทวนว่าปัญหาคืออะไร ให้สร้างรายการของปัญหา (Problem List) ว่ามีอะไรบ้าง โดยบอกตนเองว่า ทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้

2. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง โดยใช้วิธีตั้งคำถามว่า ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากอะไร ย่อยประเด็นปัญหาให้ละเอียดเพื่อให้ง่ายต่อการค้นหาสาเหตุและการแก้ไข ผู้บำบัดจะต้องสนับสนุน ให้กำลังใจผู้รับการบำบัดเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา

.....

ใบงาน

ฝึกการแก้ปัญหา

1. ปัญหาที่นำมาแก้ไข.....
2. สาเหตุของปัญหาที่แท้จริง.....
3. พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ ทางเลือกก่อน แล้วค่อยพิจารณาข้อดีข้อเสีย

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
1.....		
2.....		

4. วางแผนและลงมือปฏิบัติ (ทำอะไร กับใคร ที่ไหน อย่างไร เมื่อใด)
5. ประเมินผลการลงมือปฏิบัติ

เครื่องมือที่ 1

แบบสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า

ผู้รับการบำบัดคนที่.....

1. ปัญหาที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าคืออะไร.....
.....
.....
.....
5. ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร.....
.....

การประเมินพฤติกรรมจากปัญหา

- สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน คือ
.....
- พฤติกรรม คือ
.....
- ผลที่ตามมา คือ
.....

ตัวอย่างการประเมินพฤติกรรม ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ปัญหา เช่น ผู้รับการบำบัด คือความวิตกกังวล ไม่กล้าออกจากบ้านเนื่องจากรู้สึกกลัว กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือกลัวว่าตนเองจะตาย จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า

- สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน คือ หวาดกลัวการออกจากบ้าน
- พฤติกรรม คือ การหลีกเลี่ยงไม่ไปร้านค้า ร้านอาหาร หรือสถานที่ที่มีคนหนาแน่นแออัด
- ผลที่ตามมา คือ ความจำกัดในกิจกรรมประจำวันต่างๆ

เครื่องมือที่ 2

ใบความรู้ 1

ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ (Interactive Model)

การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ การบำบัดนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่งคือการเปลี่ยนตัวแปรทางความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั่นเอง โดยมีความเชื่อดังนี้

- (1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- (2) การนึกคิดสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
- (3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางความคิด

รูปแบบของการคิด 4 รูปแบบที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม

1. The native model หรือ The Common Sense Model

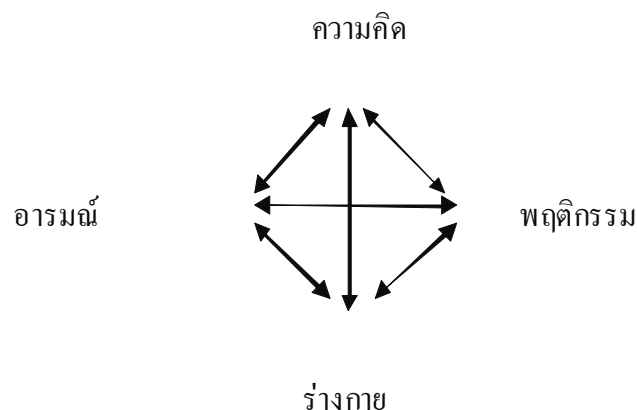
เหตุการณ์ $\longrightarrow$ อารมณ์

.....

.....

.....

4. Interactional model



เครื่องมือที่ 3

ใบงาน 1

การเชื่อมโยงความคิดและอารมณ์

การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์นั้นจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนขึ้น เนื่องจากบุคคลโดยทั่วไปมักไม่สามารถแยกแยะระหว่างความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดออกจากกันได้ จึงควรฝึกฝนโดยนึกถึงตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เรามีอาการที่เด่นชัด

ตัวอย่างการแยกอารมณ์และเหตุการณ์

เหตุการณ์ “อยู่ในห้องสัมมนาพร้อมกับเพื่อนๆในกลุ่ม กำลังอภิปรายกันเกี่ยวกับการแยกอารมณ์กับเหตุการณ์ เมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา”

อารมณ์ “รู้สึกตื่นเต้นที่ต้องนำเสนอหน้าห้อง”

เหตุการณ์ “เดินซื้อของอยู่ในห้างกับเพื่อนเมื่อต้นเดือนแล้ว ไปเจอเสื้อแบบที่ถูกใจ”

อารมณ์ “รู้สึกดีใจที่จะได้เสื้อแบบตามที่ต้องการเพราะอยากได้แบบนี้มานานแล้ว”

ให้ท่านเชื่อมโยงเหตุการณ์และอารมณ์ ประมาณ 2-3 เรื่อง ต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ 1

.....

อารมณ์.....

.....

เหตุการณ์ที่ 2

.....

อารมณ์.....

.....

เหตุการณ์ที่ 3

.....

อารมณ์.....

.....

เครื่องมือที่ 4

ใบงาน 2

ตารางกิจกรรมประจำวัน

วัน เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							
24-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							

เครื่องมือที่ 5

แบบบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด
(สำหรับผู้บำบัด)

ผู้รับการบำบัดคนที่.....

1. อาการสำคัญ

1.1 อารมณ์.....

1.2 พฤติกรรม.....

1.3 สรีระ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. การมอบหมายการบ้าน.....

12. ปัญหาอุปสรรคระหว่างการบำบัด.....

13. ปัจจัยเอื้อในการบำบัด.....

เครื่องมือที่ 6

ใบความรู้ 2

การบ้าน (Home work)

ความหมายของการบ้าน

การบ้านหมายถึง งานที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดในเรื่องดังต่อไปนี้

1. สังเกตตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีผลกระทบต่อตัวเขา เขาคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีความรุนแรงของความรู้สึกมากหรือน้อยเพียงใด และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร
2. สังเกตการเชื่อมโยงของสถานการณ์ความคิด อารมณ์ สรีระ และพฤติกรรม
.....
.....
5. ทดลองและทำพฤติกรรมใหม่ เพื่อดูผลจากการกระทำพฤติกรรมใหม่นั้น

รูปแบบของการบ้าน

วิธีการทำการบ้าน อาจจะมีหลายรูปแบบแล้วแต่ความถนัดและความสามารถของแต่ละคน เช่น

1. เขียนบันทึกลงในตารางที่กำหนดไว้หรือในแบบประเมิน
.....
.....
.....

5. มาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในแต่ละครั้งของการบำบัด
6. วาดรูป

เครื่องมือที่ 7

ใบงาน 3

แบบบันทึกความรู้สึkf่อนคลาย

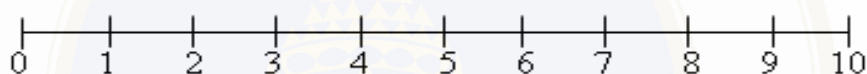
คุณรู้สึkf อย่างไร ก่อนและหลังฝึkfผ่อนคลายโดยการฝึkfลมหายใจเข้า-ออก

วันที่บันทึก.....

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย X ให้ตรงกับตัวเลขที่คิดว่าตรงกับสภาวะอารมณ์ของท่านในขณะนี้

ส่วนที่ 1 ก่อนฝึkfผ่อนคลาย

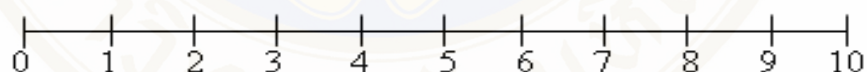
ขณะนี้ท่านรู้สึkfว่าท่านผ่อนคลายอยู่ในระดับใด



ผ่อนคลายมากที่สุด

รู้สึkfตึงเครียด (ไม่รู้สึkfผ่อนคลาย)

ส่วนที่ 2 หลังฝึkfผ่อนคลาย



ผ่อนคลายมากที่สุด

รู้สึkfตึงเครียด (ไม่รู้สึkfผ่อนคลาย)

เครื่องมือที่ 8

ใบความรู้ 3

ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ความหมาย

โรคซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับ ความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่ความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างชัดเจนจนเกิดเป็นโรคทางจิตเวช

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วิทยุหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การรักษา

1. การรักษาด้วยยา
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า
3. การรักษาทางจิตสังคมบำบัด

เครื่องมือที่ 9

ใบงาน 4

แบบการประเมินระดับคะแนนอารมณ์ การเชื่อมโยงความคิดกับอารมณ์

สถานการณ์	ความคิดอัตโนมัติ	อารมณ์	ระดับความรุนแรงของอารมณ์ (0-100 คะแนน)

เครื่องมือที่ 10

ใบงาน 5

อาการและอาการแสดงที่เชื่อมโยงกับความคิด

การประเมินระดับคะแนนอารมณ์ 0-100 การเชื่อมโยงความคิดกับอารมณ์ เช่นเมื่อเห็นสามี
ลงมาจากรถและได้กลิ่นเสื้อผ้าความคิดแวบแรกคืออะไร อารมณ์ที่เกิดขึ้นคืออะไร ให้ประเมินระดับ
คะแนนอารมณ์

ให้ท่านเชื่อมโยงความคิดและอาการและอาการแสดง ที่เกิดขึ้น

เหตุการณ์ที่ 1

.....

ความคิด.....

.....

อาการและอาการแสดง.....

.....

เหตุการณ์ที่ 2

.....

ความคิด.....

.....

อาการและอาการแสดง.....

.....

เครื่องมือที่ 11

ใบความรู้ 4
ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ในเหตุการณ์ใด ๆ ก่อนที่จะเกิดเป็นอารมณ์ และพฤติกรรมนั้น อาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลรวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น ความคิดอัตโนมัติ จะอยู่ในกระแสความคิดอื่นๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะ ๆ โดยถ้าเปรียบความคิดเป็นกระแสน้ำ ความคิดอัตโนมัติก็คงคล้ายปลาที่โผล่ขึ้นมาแล้วก็ดำลงไปใต้น้ำตามเดิม ความคิดอัตโนมัติที่ผุดขึ้นมาขึ้นมานั้นมักไม่เป็นที่สังเกตได้ชัดเจน โดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ทั้ง ๆ ที่ ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์หรืออาการทางกาย และการที่จะรู้ ความคิดอัตโนมัติได้นั้นต้องมีการฝึกฝน ความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติกับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้า ขึ้นอยู่กับความคิดและการให้ความหมายกับสิ่งนั้น

.....
.....
.....

ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่าง ๆ นานาทำให้เกิดอาการต่างๆ ของโรคซึมเศร้า เช่น การไม่มีพลังกำลัง เฉื่อยชา วิดกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิดโรคซึมเศร้า แล้ว ความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อย ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนความคิดที่มีผลก็จะถูกบดบังและเลื่อนหายไปที่สุดในที่สุด และหากมี โรคซึมเศร้ามากเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้มีความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้ยิ่งเชื่อไปตามความคิดนั้นและเกิดอารมณ์เศร้ามากตามไปด้วย

เครื่องมือที่ 12

ใบงาน 6

การตรวจสอบความคิดและอารมณ์

ผู้รับการบำบัดคนที่

เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ได้โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ที่ชัดเจน แล้วให้คะแนน เพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้นจนถึงปรอท แล้วให้น้ำหนักอารมณ์ว่ามีความแรงมากน้อยเท่าใด ดังสเกล ข้างล่าง

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
ไม่เลย	เล็กน้อย		ปานกลาง			มาก		มากที่สุดเท่าที่เคยมี		

ความคิดเรื่อง.....

ระดับอารมณ์

100						
90						
80						
70						
60						
50						
40						
30						
20						
10						
0						
	1	2	3	4	5	6

พบกับผู้บำบัดครั้งที่

เครื่องมือที่ 13

ใบงาน 7

การหาหลักฐานสนับสนุน / คัดค้าน

ผู้รับการบำบัดคนที่.....

เทคนิคที่ใช้บ่อยที่สุด 2 วิธี ในการประเมินและพิสูจน์ความคิดคือ การหาหลักฐานสนับสนุน/คัดค้าน ความคิด และการหาความคิดทางเลือก

ความคิดที่ต้องการประเมินคือ.....
.....

หลักฐานสนับสนุน	หลักฐานคัดค้าน

ความคิดทางเลือก (ถ้าไม่คิดแบบนี้ แล้วจะคิดอย่างอื่นได้ไหม)

-
-
-
-

สรุปความคิดใหม่ที่ได้จากการประเมินครั้งนี้.....

เครื่องมือที่ 14

ใบงาน 8

การปรับเปลี่ยนสู่ความคิดใหม่

ผู้รับการบำบัดคนที่

ความคิดอัตโนมัติที่ผ่านการพิสูจน์และประเมินแล้ว สามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดใหม่ได้ โดยดูจาก 2 แนวมุม คือ

- **ความถูกต้อง** ของความคิดนั้น ถ้าความคิดดั้งเดิมมีความบิดเบือนอยู่ ก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง
- **ประโยชน์** ของความคิดนั้น ความคิดเดิมอาจมีบางส่วนที่ถูกต้อง หรือแม้แต่ถูกต้องทั้งหมด แต่ก็ยึดถือความคิดนี้เอาไว้ต่อไปอาจไม่เกิดประโยชน์กับชีวิต ถือเป็นการสร้างทุกข์ต่อไป จึงควรเปลี่ยนไปมองเรื่องนี้ในมุมมองอื่นเสีย

	ความถูกต้อง (%)	ประโยชน์ (%)
ความคิด / มุมมองเดิม		
.....		
.....		
ความคิด / มุมมองใหม่		
.....		
.....		

เครื่องมือที่ 15

ใบงาน 9

แบบบันทึกความคิดและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป
หลังจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ผู้รับการบำบัดคนที่

สถานการณ์	ความคิดที่เปลี่ยนไป	อารมณ์	ระดับความรุนแรงของ อารมณ์ (0-100 คะแนน)

สมุดประจำตัว

“ปรับเปลี่ยนความคิด พิชิตซึมเศร้า”



ชื่อ อายุ..... HN.

ด้วยความปรารถนาดีและห่วงใยในสุขภาพของท่าน
โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และ
สรีระ

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 พิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ครั้งที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ครั้งที่ 6 ยุติการบำบัด

ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัด

1 สัปดาห์/ครั้ง ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์



ครั้งที่/วัน เดือน ปี	เนื้อหา	นัดครั้งต่อไป
ครั้งที่ 1 วันที่..... เวลา.....	การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของ การคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ	วันที่..... เวลา.....
ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา.....	การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า	วันที่..... เวลา.....
ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	พิสูจน์และประเมินความคิด อัตโนมัติที่ก่อทุกข์	วันที่..... เวลา.....
ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ที่ก่อทุกข์	วันที่..... เวลา.....
ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....	การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ที่ก่อทุกข์	วันที่..... เวลา.....
ครั้งที่ 6 วันที่..... เวลา.....	สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจาก การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ที่ก่อทุกข์ และอารมณ์ที่ เปลี่ยนไป จากความคิดที่เปลี่ยนไป นั้น เน้นย้ำเรื่องการเป็นผู้บำบัด ตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	ยุติการบำบัด

โรคซึมเศร้ารักษาหายได้



เพียงท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

มาตรวจตามนัด และได้รับการปรึกษาทางสุขภาพจิต



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE - Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้
ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

.....

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)

..... ☐



การประเมินผล

ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ

๒. ได้คะแนนมากกว่า 14

เรียนระดับประถมศึกษา

ได้คะแนนมากกว่า 17

เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา

ได้คะแนนมากกว่า 22

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย นาง นางสาว).....นามสกุล..... อายุ..... ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI)

พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542)

ผู้รับการบำบัดคนที่.....

กรุณาวางกลมรอบข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต
ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง
ง. ไม่หมดหวัง
2. ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
ข. คิดอยากตาย
ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย
3. ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย
ข. รู้สึกผิด คิดแต่เรื่องความผิดของตนเองในอดีต
ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อยๆ
ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี

.....
.....
.....

20. ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
ค. สนใจคนอื่นๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

ระดับภาวะซึมเศร้า

- ☐ 0-20 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 21-25 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง
- ☐ 26-34 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
- ☐ 35-40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก
- ☐ 41-60 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หย่า / ม่าย / ร้าง / แยก

4. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา / ป.ว.ช.

☐ ปริญญาตรี

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา / ป.ว.ศ.

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

.....

.....

.....

11. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

- เริ่มป่วยเมื่อใด.....
- เคยเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาก่อนหรือไม่.....

12. การรักษา

- ยาที่ได้รับ.....
- การรักษาอื่นๆ.....

13. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า.....

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

แบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

สำหรับผู้บำบัด

หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

1. ด้านเนื้อหาและกิจกรรม

ความเพียงพอ.....

ความชัดเจน.....

ความเหมาะสม.....

2. ขั้นตอนการบำบัดในแต่ละครั้งมีความเพียงพอ/ความชัดเจน และความเหมาะสมอย่างไร

การบำบัดครั้งที่ 1: การให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบของการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ

.....

การบำบัดครั้งที่ 2: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

.....

การบำบัดครั้งที่ 3: พิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

.....

การบำบัดครั้งที่ 4-5: การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

.....

การบำบัดครั้งที่ 6: ยุติการบำบัด

.....

3. ระยะเวลา

.....

4. ความพึงพอใจ

.....

5. ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

.....

แบบประเมินความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม
สำหรับผู้รับการบำบัด

ให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้

หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม

1) ท่านคิดว่ากิจกรรม/เนื้อหาที่มีอยู่ในโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม
เพียงพอ เหมาะสม และชัดเจนหรือไม่ อย่างไร

2) ท่านคิดว่าเนื้อหา/ กิจกรรมในส่วนใดที่เป็นประโยชน์มากที่สุด หรือช่วยลดภาวะ
ซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

3) ท่านคิดว่าสามารถนำความรู้ที่ได้จากโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม
ไปปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร

4) ท่านคิดว่าระยะเวลาของการทำกิจกรรมเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

5) โปรแกรมในภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจ มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๔/๑๑

ชื่อโครงการ	การใช้โปรแกรมบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๑-๕๔-๑๐ ว
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวนัจยา เกียรติเกษม
สถานศึกษา	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว
ปฏิบัติของ เสดชิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๕ มกราคม ๒๕๕๔



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No. MURA2011/11

Title of Project	Implementation of the Cognitive Behavior Therapy Program in Persons with Major Depressive Disorders
Protocol Number	ID 01 – 54 – 10
Principal Investigator	Miss Nutjaya Keadtikasem
Education Address	Department of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

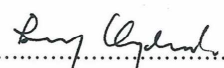
Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects


Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects


Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

January 19, 2011

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวนั้จยา เกียรดิเกษม

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2511

สถานที่เกิด

จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ นครสวรรค์ พ.ศ. 2535

ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาลและ
ผดุงครรภ์ชั้นสอง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2537-2540

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตสารสนเทศจันทบุรี

พ.ศ. 2541-2542

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2550-2552

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

55/26 หมู่ 2 ตำบลจันทนิมิต อำเภอเมือง

จังหวัดจันทบุรี 22000

โทรศัพท์ 084-9064109

E-mail: roseapple00@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลมะขาม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

โทรศัพท์ 039-361528-9 ต่อ 106,139