

ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF THE INTEGRATED PROGRAM EMPHASIZING COGNITIVE BEHAVIOR
THERAPY ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Miss Wanida Phunsurin



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัด
ทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

โดย

นางสาววนิดา พันธุ์สุนทร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ลินเดชารักษ์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วนิดา พันธุ์สุรินทร์ : ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF THE INTEGRATED PROGRAM EMPHASIZING COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 182 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลังแบบมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม 2) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ 3) แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษา 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 5 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93, .89 และ .90 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95, .89 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 11.42$).

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.94$).

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำข้อคิดเห็นและเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการคลินิกจิตเวช และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ และช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมทั้งพี่ ๆ และเพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน ให้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการคิด กระบวนการทางสังคมที่เพิ่มพูนความรู้ ซึ่งช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของมารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	18
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	25
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม	32
4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Self Determination Theory).....	35
5. โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม	39
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	50
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	51
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม	57

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
สรุปผลการวิจัย	100
อภิปรายผลการวิจัย	100
ข้อเสนอแนะ	110
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	110
รายการอ้างอิง	111
ภาคผนวก.....	149
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	150
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	152
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย	154
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	158
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบนินยอมของประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	174
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	180
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	182

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม.....	39
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรักษาและคะแนนเฉลี่ยการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้น แนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (n=20).....	64
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	69
ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทาง ความคิดพฤติกรรม	70
ตารางที่ 5 คะแนนภาวะซึมเศร้า และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการ ทดลอง (Post-test).....	84
ตารางที่ 6 คะแนนภาวะซึมเศร้าและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และ หลังการ ทดลอง (Post-test).....	85
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส และระดับ การศึกษา.....	92
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคร่วมอื่นๆ.....	93
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	94
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40)	94

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder)เป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น ซึ่งมีอาการสำคัญ 4 ประการ ประกอบด้วยอาการด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย (Beck et al., 1979) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการมีชีวิตอยู่กับภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs: Disability - Adjusted Life Years) ของประชากรโลก 1 ใน 10อันดับแรก ซึ่งจากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก คณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด และธนาคารโลกเพื่อคาดการณ์ภาระโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก ปรากฏว่าโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปีค.ศ. 2020(Lopez & Murray, 1998) อีกทั้งมีการประมาณการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาระโรคอันดับที่ 1ของโลก ในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2009) นั่นหมายถึงว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว เนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นนานหรือเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้ สำหรับประเทศไทยปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับ 4 รองจากโรคเอดส์ เส้นเลือดในสมองตีบและเบาหวาน ทั้งนี้ตลอดช่วงชีวิต 1 ใน 4 ของเพศหญิง และ 1 ใน 10 ของเพศชาย เคยมีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคนี้จะอยู่ในชุมชนกว่าร้อยละ 60-90 พบว่าคนไทยร้อยละ 5 หรือประมาณ 3.15 ล้านคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่มีเพียงร้อยละ 11 ของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา ดังนั้น กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยังเดินปะปนกับคนในสังคมโดยไม่รู้ตัวผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า(กรมสุขภาพจิต, 2553)

โดยอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาความชุกภายใน 1ปีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 2.9 – 12.6 (เฉลี่ยร้อยละ 6.6) และเวลาของการมีชีวิตอยู่ร้อยละ 17 – 19 (เฉลี่ย 2.9 – 12.6) (Kessler et al, 2003) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 52 ในขณะที่ประเทศฝรั่งเศสมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 16.4 สำหรับประเทศในแถบทวีปเอเชีย เช่น ประเทศเกาหลี พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.9 และประเทศนิวซีแลนด์ พบผู้ป่วยโรคนี้ ร้อยละ 2.6 (กรมสุขภาพจิต, 2550) สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้า พบร้อยละ 2.4ของโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือประมาณ 1,311,797 คน โดยจำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนระหว่างปีพ.ศ. 2550 - 2552 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งสิ้น 123,876, 148,240 และ 165,785 ราย คิดเป็นอัตรา 196.51, 233.16 และ 260.78 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเป็นลำดับและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีกในอนาคต (กรมสุขภาพจิต, 2552) และเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย (Years of Life Lost with Disability, YLL) พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า พบในผู้หญิง

มากกว่าผู้ชายโดยมีอัตราส่วน 1.6: 1 และอายุที่เริ่มเป็นอยู่ในช่วง 20-50ปี โดยร้อยละ15 เป็นผู้ป่วยในช่วงวัยผู้ใหญ่(ชรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางอารมณ์เศร้ารุนแรงต่อเนื่อง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ การขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่าในตนเองและสิ้นหวัง จนถึงขั้นมีความคิดทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายได้ รวมทั้งมีอาการอื่นๆได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียมาก ไม่มีสมาธิ(Beck et al. 1979) รวมถึงไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว มีความผิดปกติของการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและสังคม ทำให้อาการของโรคซึมเศร้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด และการเรียนรู้ทางพฤติกรรม มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากอารมณ์เศร้าทั่วไปอย่างชัดเจน (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547) อาการที่เกิดร่วมกันเหล่านี้จะเกิดติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ เหมือนหายสนิทแล้วก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งจะมีการกลับเป็นซ้ำและการกลับเป็นซ้ำใหม่อีก (Post, 1992) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการดำเนินของโรคซึมเศร้าพบว่า เป็นโรคที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้โดยร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี(Hollon et al., 2005) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่การไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดทำร้ายตนเองหรือกระทำการฆ่าตัวตายตามมาได้

ผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคือผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งพบร้อยละ 20-35ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994; ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ , 2541) มีโอกาสเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ15 (Beck, et al, 1979) ซึ่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ20.35 ของประชากรทั่วไป (Harris, 1997)โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 60 ปีเป็นช่วงที่มีระยะเวลายาวนานที่สุดของชีวิตลักษณะสำคัญของวัยผู้ใหญ่ตามพัฒนาการคือเป็นช่วงที่มีความเจริญเติบโตทางร่างกายพัฒนาการเต็มที่และสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง อดทนต่อภาวะคับข้องใจ ความสงสัยและข้อขัดแย้ง ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้นมีความสามารถในการเรียนรู้และมีความคิดใหม่ๆในการแก้ปัญหา(กัลยา นาคเพชร, 2547) ในวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุ๊กเบิกในอาชีพการงาน มีพลังในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) แต่หากบุคคลในวัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วนั้นย่อมทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัว และสังคมได้ตามปกติ ผลกระทบในด้านเศรษฐกิจของประเทศชาติ จากการที่มีการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก (Laraia and Sundeen,2005) มีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายหลังเริ่มต้นรับการรักษาไปจนถึง12 เดือน ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากับผู้ป่วยโรคทั่วไปกลุ่มละ 6,257 คน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคทั่วไป 2 เท่าโดยประเภทของการบริการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าไปใช้บริการ ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง การรักษาเฉพาะโรค การเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การรักษาด้วยยาต้านเศร่า และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Simon, VonKorff, and Bartlow., 1995) ดังนั้นโรคซึมเศร่าจึงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม

และประเทศชาติ โดยกรมสุขภาพจิต มีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชเพื่อนำมาประกอบการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ การวางแผนพัฒนางาน และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทางจิตเวชต่อไปในอนาคต (พิเชฐ อุตมรัตน์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีปัญหาภาวะซึมเศร้าในระดับสูงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาแล้วก็ตาม สาเหตุสำคัญของโรคซึมเศร้าเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวประสาทได้แก่ความผิดปกติทางพันธุกรรมและการทำงานของสารสื่อประสาทส่งผลต่อความผิดปกติของการรู้คิดของผู้ป่วย 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา เป็นกระบวนการคิดที่บิดเบือนไป การคิดต่อตนเอง โลก และอนาคตอย่างไม่สมเหตุสมผลก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบและการขาดแรงจูงใจ (Beck et al., 1979) การมีความคิดด้านลบต่อตนเองโดยคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไร้สมรรถภาพ ความคิดต่อโลกคือมองโลกในแง่ร้าย ความคิดต่ออนาคตคือมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัว มีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง อาจนำมาสู่ซึ่งการพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (สมภาพ เรืองตระกูล, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545; Beeber, 2010) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะมีความคิดการเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิตบุคคลจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุและจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่าง ๆ แต่ก็ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลงมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้(Beck et al., 1979; Westra & Burke, 2008; Flynn, 2011 ; Britton et al., 2011) 3) ปัจจัยทางสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามักพร่องเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นกล่าวคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ลังเลใจ แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดฆ่าตัวตายอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน(มานิช หล่อตระกูล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pual (2008) ที่ได้ทำการศึกษาลักษณะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 2) การขาดทักษะในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่การผ่อนคลายความเครียด การยับยั้งความคิดเชิงลบ การคิดเชิงบวก การพัฒนาคุณค่าในตนเองและทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ขาดทักษะทางสังคมและการขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขภาวะที่ดี

ปัจจุบันมีการรักษาโรคซึมเศร่าด้วยวิธีการต่างๆ หลายวิธี แยกเป็นกลุ่มใหญ่ได้คือ การรักษาทางร่างกายและการบำบัดทางจิตสังคมได้แก่ซึ่งการรักษาทางร่างกาย เป็นวิธีการสำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่มีอาการมาก เช่น ภาวะนอนกรน อดอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ(มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โดยการใช้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร่า(มานิช หล่อตระกูล, 2549) และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการบำบัดด้าน จิตสังคม เป็นการใช่วิธีการทางจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมาก

ขึ้น รวมทั้งสัมพันธภาพบำบัด(Interpersonal Psychotherapy:IPT)เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยอื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2542)

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขด้วยการรักษาทางร่างกายโดยการให้ยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิตสังคม (Dowrick, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเน้นที่การรักษาทางร่างกายด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวซึ่งหวังผลในการระงับอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคมอาจเกิดการต่อต้านยาหรือไม่มีประสิทธิผล ทำให้ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าและเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจนกระทั่งกลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังมากถึงร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Goodyer et al., 1997) เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพื่อระงับอาการของโรคแต่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ยังคงมีอาการของภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้เพียงร้อยละ 15-20 แต่หากได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมจะสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 65-80 (Stoudemire, 1986; Frank, 1993) จึงมีการนำการบำบัดด้วยจิตสังคมมารักษาาร่วมด้วย ได้แก่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้าวลงได้ แต่อย่างไรก็ตามในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าวร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ยังพบว่าผู้ป่วยมีการกลับไปรักษาซ้ำเนื่องจากการขาดแรงจูงใจในการรักษาภายหลังจากการรักษาภายใน 2 ปี (Arkowitz and Burke, 2008) โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการกลับเป็นใหม่หลังจากมีอาการครั้งแรก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 70 และร้อยละ 90 ในการป่วยครั้งที่สองและครั้งที่สามตามลำดับ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2549) ดังนั้นในต่างประเทศจึงให้ความสำคัญกับการอบรมพยาบาลจิตเวชให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองอันจะส่งผลถึงการช่วยลดความคิดทางลบและทำให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Ryan et al., 2008; Dwyer et al., 2011)

จากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Beck et al., 1979)อธิบายภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่1)ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ(Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และมองอนาคตในทางลบ 2)มีโครงสร้างความคิด(Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง(Cognitive error) ร่วมกับการขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งในภาวะปกติบุคคลแสดงพฤติกรรมเนื่องจากแรงจูงใจภายในมากกว่าแรงจูงใจภายนอก ถ้าต้องการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่คงทนถาวรต้องผ่านหลายระดับสิ่งแรกที่ควรทำคือ การเสริมแรง(Schedules of Reinforcement) (Ferster & Skinner, 1957) แต่ในบางภาวะบุคคลอาจจะแสดงพฤติกรรมเนื่องจากมีแรงจูงใจจากภายนอกแต่บุคคลนั้นได้เลือกกระทำบนพื้นฐานความต้องการ

(Need) กับเป้าหมาย (Goal) ของตนแล้ว เช่น ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยของตน เป้าหมายของผู้ป่วยคือต้องการหายป่วยหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยของตน เป็นต้น ซึ่งสภาวะของจิตใจที่รับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย จนมีการเข้ารับการรักษาเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยนั้น เรียกว่าแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Ryan, Plant & O'Malley (1995) การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นอกจากจะมีแรงจูงใจภายในและภายนอกแล้วยังมีความมั่นใจในการรักษา และการแสวงหาความช่วยเหลืออีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง แรงจูงใจจะเป็นตัวพลัง เป็นแรงเสริม และจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ด้วยตนเอง

ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจเรื่องการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Self Determination Theory) (Deci & Ryan,1987;1991;2000; 2006) อธิบายถึงความสำคัญของแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation)ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตใจที่กระตุ้นและชี้แนะให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย ซึ่งการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายในเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง(Autonomy)ความต้องการที่มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ (competence) และความต้องการการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น(Relatedness) ซึ่งอิสระแห่งตนสามารถสรุปได้ด้วย 3 มิติและองค์ประกอบหลัก คือ 1)อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม 2) อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ และ3)อิสระแห่งตนด้านความคิด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 8 องค์ประกอบ กล่าวคือ อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม (Behavioral autonomy) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การกำกับตนเอง (Self-regulation) การพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) สมรรถวิสัย (Competence) และความรับผิดชอบ (Responsibility) อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ (Emotional autonomy) ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ คือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น(Relatedness) ส่วนอิสระแห่งตนด้านความคิด (Cognitive autonomy) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตัดสินใจ (Decision making) และการประเมินตนเอง (Self-evaluating)ดังที่กล่าวมาแล้วว่าแรงจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั่นคือในสภาวะของจิตใจที่รับรู้ถึงการเจ็บป่วยทำให้เข้ารับการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคที่คงทนถาวรส่งผลกระทบต่ออาการลดภาวะซึมเศร้าได้โดยการลดความคิดทางลบให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Arkowitz, Westra, Miller & Rollnick, 2008; Ryan et al., 2008; Dwyer et al., 2011)เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตระหนักรู้ในปัญหาโรคซึมเศร้าของตนเองมีพลังแรงจูงใจที่เข้มแข็ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (Flynn, 2011; Westra & Burke, 2008; Arkowitz & Westra, 2008; Ryan et al., 2008; Britton et al., 2011; Dwyer et al., 2011)ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการบูรณาการแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง กล่าวคือภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจโดยเมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ปรับความคิดทางลบ มีความคิดเชิงบวกมากขึ้นจะสามารถลดภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลได้(Arkowitz & Westra,

2004; Arkowiz & Westra & Miller, & Rollnick, 2008; Ryan et al., 2008; Flynn, 2011; Dwyer et al., 2011) รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำ(Arkowitz & Burke, 2008) และป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ (Britton et al., 2011)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่เป็นการบูรณาการระหว่างแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม(Beck et al ,1979)และทฤษฎีสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คนได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 คน(กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม(Beck et al ,1979)และทฤษฎีสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006)มาบูรณาการเป็นโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิดทางลบ สร้างความคิดใหม่เชิงบวก และเสริมสร้างแรงจูงใจในการตัดสินใจกำหนดพฤติกรรมกระทำของตนเอง จากความคิดที่บิดเบือนไปมาสู่ความเป็นปกติ และเพิ่มแรงจูงใจที่เป็นพลัง เป็นแรงเสริม กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ด้วยตนเองคาดว่าจะส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้า ลดความคิดทางลบ เปลี่ยนเป็นความคิดเชิงบวก เสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตพื้นที่ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมส่วนมาก ประชากรที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่นับรวมอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม จากการค้นหาปัญหาผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรปราการพบว่า มียอดผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวนมาก โดยในปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 – กันยายน 2555) มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder) มารับบริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง 95 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.79 เพศหญิง 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.21 ปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556) มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder) มารับบริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง 80 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.25 เพศหญิง 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 จากการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาลสมุทรปราการจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(Major depressive disorder)ที่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเป็นยอดจำนวนผู้ป่วยที่สูงมาก ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลและต่อภาวะสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงค้นหาปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพร้อมทั้งใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการมาสนับสนุนปัญหาและบูรณาการการบำบัดรักษารูปแบบใหม่ๆเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในด้านลบสัมพันธ์กับการเสริมสร้างแรงจูงใจ เมื่อความคิดอัตโนมัติในด้านลบลดลงผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้วย

การกำหนดการกระทำด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าร่วมกับการใช้ยาทางจิตเวชและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งยังลดผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนทดลองหรือไม่อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบ 1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และมองอนาคตในทางลบ 2) มีโครงสร้างความคิด (Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว โดยโครงสร้างความคิดจะแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้น โดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายประสบการณ์จริง ๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใด ๆ ได้ตามความเป็นจริง 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Cognitive error) ร่วมกับขาดแรงจูงใจตนเองในการรักษา โดยแสดงอาการด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจและด้านร่างกายนำไปสู่ความสิ้นหวังและทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต (Beck et al., 1979, Zuckoff, Swartz, & Grote, 2008; Arkowitz & Westra, 2004)

การบูรณาการแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจ ตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ต้องการแก้ไขความผิดปกติของการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Beck et al., 1979) และเสริมสร้างแรงจูงใจภายในที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง โดยคุณลักษณะที่บุคคลสามารถกระทำ แสดงความรู้สึก และใช้ความคิด เพื่อกำกับตนเอง ฟังพาตนเอง เชื่อในความสามารถของตนเอง รับผิดชอบ ต่อตนเอง การกล้าแสดงออก และประเมินตนเองได้ถูกต้อง นอกจากนั้นบุคคลยังต้องเชื่อมั่นในเป้าหมายชีวิตของตนเองที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ถูกต้องและสามารถสร้าง

สัมพันธ์กับผู้อื่นอีกด้วย(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยหลักในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ คือ วิธีการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และการวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล ของความนึกคิดที่บิดเบือน นำไปสู่การสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดและกำกับกระทำของตนเองด้วยกระบวนการเชิงบวกที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีอำนาจในตนเองอย่างอิสระ(Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตน(Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น(Relatedness)

แนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม(Beck et al, 1979) มีขั้นตอนของการรักษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) การใช้เทคนิคบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม พบว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (สกวรัตน์ พวงลัดดา, 2545 ; Seok – Man Kwon and Tiam P.S, Oei, 2003; Tsai – Hwei Chen et al., 2006 ;Tian P.S. Oei, Builbeck and Cambell , 2006) รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก (Quiring et al., 2002 ;Fava et al., 2004; Claudi et al., 2005) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะสั้น โดยปกติจะมีระยะเวลา 8 – 16 ครั้ง แต่มีการรายงานว่าจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้ คือ 8 ครั้ง และควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (Whit and Freeman,2000) โดยมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย,2548) ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยการฝึกผู้ป่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึก (affective) พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก (behavior) และความคิด (cognitive) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดรายกลุ่มเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง ไม่ให้เกิดหรือดำเนินต่อไป ซึ่งกระบวนการของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่เป็นทางบวกเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึก และความผูกพันภายในกลุ่มแล้ว (White JR and Freeman AS., 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (Beck et al.,1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบท หรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock,2003; สุชาติ พหลภาคย์,2542) มาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) อันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน(Autonomy) การพัฒนาความสามารถ (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมแบบ

บูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 8 ครั้งๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้า โดยมีการดำเนินการกลุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ การประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยจำนวน 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดประกอบด้วยคำแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พุดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ร่วมกับสร้างข้อตกลงในการสำรวจตนเอง (self-monitoring) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด (White JR and Freeman AS., 2000) เพื่อชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเข้าใจกฎพื้นฐานของกลุ่มการรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มและการขออนุญาตการบันทึกเสียงเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตารางวันเวลาจำนวนครั้งระยะเวลารูปแบบในการบำบัดเพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มแยกแยะความแตกต่างระหว่างความคิดความรู้สึกและการแสดงออกและให้มีโอกาสสำรวจความคิดและความรู้สึกที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของตนเองสร้างความไว้วางใจ (Trust) และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Cohesion) ในกลุ่ม ให้สมาชิกสามารถพัฒนาทักษะและการกล้าแสดงออกในสถานการณ์กลุ่มรวมทั้งประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตนเองเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล (Doona, 1979) รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้จักตนเองมากขึ้นพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยประเมินสาเหตุของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของตนเองถึงทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการพัฒนาความสามารถของตน ตลอดจนความคิดและอารมณ์นำพาสู่พฤติกรรมเพื่อให้เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้านั้นในการบำบัดครั้งนี้จึงมีกิจกรรมฟื้นฟูความคิด ความรู้สึก และการกระทำ และกิจกรรม ข้อดีและสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจเพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมสามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมของตนเองได้สามารถสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง ทั้งในสถานการณ์กลุ่มและในชีวิตจริง การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทาง จากการมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ว่า

การบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี และอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นการวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต เพื่อให้ทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคตและเป็นแรงจูงใจให้คนเรามีพลังมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยให้คนเราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีทิศทางมุ่งสู่อนาคต เพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า เขาต้องการอะไรบ้างเขาจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อใคร และเพื่อที่จะทำอะไร โดยการใช้ชีวิตอยู่อย่างคุ้มค่า ใช้ชีวิตทุกๆวินาทีอย่างมีสติ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิดหรือการกระทำก็ตาม โดยในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมภาพตัวอย่างความคิดแวบแรกที่ยกกับตนเองเรื่อง “เจ้าเงาะ” กิจกรรมสถานการณ์ “นางมะลิ” และกิจกรรมการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นเพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆได้ เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยใช้หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ หรือหลักฐานที่คัดค้านความคิดด้านลบ ผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริงเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองตนเองไม่ยอมรับให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินผลลัพธ์การกระทำและการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองที่มีต่อทั้งตนเองและผู้อื่นโดยในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมสถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลเรื่อง”คุณอนุชัย” และกิจกรรมตารางการพิจารณาตนเอง

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่ เพื่อให้สมาชิกค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก ในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้ ร่วมกับฝึกการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และให้สมาชิกบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น และการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมในครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เรื่อง”คุณอนุชัย”

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเองเป็นการใช้ เทคนิคการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (Behavior technique) (Beck et al., 1979) ร่วมกับ ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (A Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับ พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน (Autonomy) การพัฒนา ความสามารถของตน (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองร่วมกับความรับผิดชอบต่อตนเอง ช่วยให้ สมาชิกกลุ่มสามารถระบุสาเหตุและแสดงพฤติกรรมการกำกับหรือควบคุมตนเองได้ฝึกการแสดง พฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีกำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพทั้ง ในช่วงการให้คำปรึกษากลุ่มและในชีวิตจริงร่วมกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นการ ให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบ ให้ผู้ป่วยสามารถระบุพฤติกรรมที่แสดงว่า เขาสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้และสามารถแสดงความรับผิดชอบต่อตนเอง ทั้งในสถานการณ์ กลุ่มและในชีวิตประจำวัน โดยใช้กิจกรรม ถ้า – แล้ว – แต่ – ดังนั้น และกิจกรรม แผนงาน WDEP

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง เสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่าง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถใช้สภาวะอิโก้ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและมี ประสิทธิภาพและเป็นการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นประกอบด้วย กิจกรรมต่อภาพการช่วยเหลือเกื้อกูลและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นให้สมาชิกกลุ่ม เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้กิจกรรม การวัดการพึ่งพาตนเอง

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแงุ่มใหม่ซึ่งมี ลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ เป็นการส่งเสริม ผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจาก ความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบ ปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งร้าย หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้ เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนว ทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและปรับเปลี่ยนค่านิยมและเจตคติเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น สามารถได้แย้งและท้าทายความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง รวมทั้งการทบทวนสิ่ง ที่ได้เรียนรู้สรุปประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาวะค้างคาใจนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้ในชีวิตจริง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปประสบการณ์การเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ จัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาวะค้างคาใจ ให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเข้ารับการให้

คำปรึกษาในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง และเพื่อประเมินผลการให้การบำบัดในระยะหลังการให้การบำบัดรักษา โดยใช้กิจกรรมต้นไม้แห่งชัยชนะของฉันในการสรุปการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม(Beck et al., 1979) ร่วมกับทฤษฎีการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) จะช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในก่อให้เกิดพฤติกรรมที่คงทน มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2006) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการจำนวน 40คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 59 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ แสดงออกทางความคิด พฤติกรรม อารมณ์ทางกาย แรงจูงใจโดยแสดงอาการเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินอ่อนเพลียไม่มีแรง มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วย

การฆ่าตัวตายได้ ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของBeck(1967) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์(2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536)

โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม หมายถึง รูปแบบการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นเชิงบวกรวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คงทนด้วยการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 มิติและองค์ประกอบหลัก คือ 1)อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม 2)อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ และ3)อิสระแห่งตนด้านความคิด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 8 องค์ประกอบ กล่าวคือ อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม (Behavioral autonomy) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การกำกับตนเอง (Self-regulation) การพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) สมรรถวิสัย (Competence) และความรับผิดชอบ (Responsibility) อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ (Emotional autonomy) ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ คือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) ส่วนอิสระแห่งตนด้านความคิด (Cognitive autonomy) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตัดสินใจ (Decision making) และการประเมินตนเอง (Self-evaluating) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการผสมผสานจากแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมตามการศึกษาของBeck et al., (1979)และทฤษฎีแรงจูงใจ การกำหนดการกระทำด้วยตนเองตามการศึกษาของ Deci & Ryan., (1987; 1991; 2000; 2006) ประกอบด้วยการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ขั้นตอน 8 ครั้งๆละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด หมายถึงสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ และการประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยจำนวน 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม หมายถึงการทำกิจกรรมของพยาบาลในการแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำและผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มโดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้เกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลที่ก่อให้เกิดปัญหา และประเมินปัญหาตามการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองถึงต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยประเมินจากความคิด อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการดูแลรักษา การดูแลตนเองเบื้องต้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตะหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล รวมใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง หมายถึงการทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่2 โดยใช้เวลา 90 นาที ในการเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้นำในการทำกลุ่มเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของ

อาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมจากเหตุการณ์จริงตามการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของตนเองใช้เวลา 60 นาที อีกทั้งยังให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเองและสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมองตนเองให้กำลังใจตนเองเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจทางบวกให้กับตนเองใช้เวลา 30 นาที รวมใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด หมายถึง การวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสม ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้เวลา 60 นาที เน้นการเข้าใจ ความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ การให้ผู้ป่วยฝึกค้นหา และการสกัดความคิด ร่วมกับการ บันทึกความคิดอัตโนมัติที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคตและเป็นแรงจูงใจให้ คนเรามีพลังมุ่งไปสู่อนาคต จากนั้นใช้เวลา 30 นาที ในการฝึกให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิตจะช่วยให้ คนเราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีทิศทางมุ่งสู่อนาคตเพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัว บ่งชี้ว่า เขาต้องการอะไรบ้างเขาจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อใคร และเพื่อที่จะทำอะไร โดยการใช้ชีวิต อยู่อย่างคุ้มค่า ใช้ชีวิตทุกๆวินาทีอย่างมีสติ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิดหรือการกระทำก็ตามรวมใช้ ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้เวลา 60 นาทีในการฝึกให้ ผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้าน ความคิดอัตโนมัติทางลบ จากนั้นใช้เวลา 30 นาที ฝึกให้ผู้ป่วยประเมินศักยภาพของตนเองตามความ เป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นรวม ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่ หมายถึง ทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้เวลา 90 นาที ในการให้ผู้ป่วยฝึก ค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลให้เป็นมุมมองในทางบวกโดยการฝึกในสถานการณ์ จริงของผู้ป่วยรวมทั้งการฝึกการสร้างความคิดใหม่ ให้ฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุด ความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรม และการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง หมายถึงการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Beck et al., 1979) ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับ พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน (Autonomy) การรับรู้ ความสามารถของตน (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเอง การเสริมสร้างความรับผิดชอบ
ต่อตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้เวลา 50 นาที ในการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ตนเอง กำกับและควบคุมตนเอง การกำกับตนเองให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถควบคุมตนเองยับยั้งการกระทำของตนเองด้วยการแสดงทักษะและลงมือกระทำในสิ่งที่เกิดจากความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคงการกระทำไว้ได้ รวมทั้งใช้เวลา 40 นาทีในการฝึกผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อตนเองตนเองทั้งในสถานการณ์กลุ่มและชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถทำงานที่ตนเองเลือกหรือได้รับมอบหมายตามขีดความสามารถของตนเองจนกว่าจะแล้วเสร็จให้เกิดผลดีที่สุดและยอมรับผลลัพธ์จากการกระทำของตนเองได้ และประเมินผลลัพธ์จากการกระทำและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นได้รวมใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 7 โดยใช้ระยะเวลา 40 นาที ในการฝึกผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากล้าที่จะตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ร่วมกับการฝึกผู้ป่วย ระยะเวลา 50 นาที ในการตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น สามารถริเริ่มกระทำกิจกรรมส่วนตัวได้ด้วยตนเองอย่างสมอบต้นสมอบปลาย เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวและสังคมรวมเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม เมื่อสมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมได้ด้วยตนเอง การให้สมาชิกกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ หรือเกิดการสร้างแรงจูงใจของตนเองและการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลจิตเวช เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางเลือกใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้รูปแบบการบำบัดโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตที่ปราศจากความคิดอัตโนมัติ ด้านลบต่อตนเองและเพิ่มแรงจูงใจสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองให้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

2. ได้องค์ความรู้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำเอา รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม โดยการเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจไปในทางที่เหมาะสมนำไปสู่ผลสำเร็จของการบำบัดรักษา

3. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิต ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 อาการและอาการแสดงและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
 - 1.5 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
 - 3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
 - 3.2 รูปแบบการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
 - 3.3 ระดับความคิด
 - 3.4 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
 - 3.5 เทคนิคการบำบัดทางความคิด
 - 3.6 ระยะเวลาในการรักษา
4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง
 - 4.1 ความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง
 - 4.2 องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง
5. โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Beck(1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้นและการทำกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

Beck et al. (1979) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง(overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Wulsin and Lawson R. (1996) ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ใจ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนาน ความสนใจสิ่งต่างๆลดลง มีความรู้สึกผิด และมีความคิดฆ่าตัวตาย

Zauazniewski and Rong (1999) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าว่า เป็นการสะท้อนถึงมุมมองด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต มีการตอบสนองในการเริ่มต้น ดำรงไว้และการกำเริบของอารมณ์แรงจูงใจ ความรู้สึกอารมณ์เศร้าใจ เสียใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถและไม่เป็นที่ปรารถนา

Stuart (2001) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง

Tucker and Richardson (2002) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว อ่างว้าง เหนงา และขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต และอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเป็ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทาง

อารมณ์ เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและพฤติกรรม

1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค Major Depressive Disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 – 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3) Neuroendocrine factors พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิด อารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post – partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

4) ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และ อาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Kari Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจ จากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธ

แค่นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้า โดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พงกษชาติคุณากร, 2533; อ่ำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factors) ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลก และมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า “stoic” ในกลุ่มชาว Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกันรวมถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

3) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive-Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ารูปแบบที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของเบค (Beck's cognitive theory) มีรายละเอียดดังนี้

ก) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974) อธิบายว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวัง และเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉย ๆ ไม่รุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมัดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin, 2003)

1.3 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1.3.1 Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่10 (ICD- 10) หมวด F32, F33, F34.1,F38, F39

เกณฑ์วินิจฉัย F32 Depressive episode (ICD-10)

1.3.1.1 อาการหลักได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้า 2) ความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือความสนใจในกิจกรรมลดลง 3) อ่อนเพลียเปลี้ยแรง มีกิจกรรมน้อยลง

1.3.1.2 อาการร่วมได้แก่ 1) สมาธิลดลง 2) ความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง 3) รู้สึกผิดและไร้ค่า 4) มองอนาคตในทางลบ 5) คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองหรือฆ่าตนเอง 6) มีความผิดปกติในการนอนหลับ 7) เบื่ออาหาร

1.3.1.3 อาการทางกายได้แก่ 1) เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่เคยเป็น 2) ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์ต่อสิ่งรอบข้างที่เคยทำให้เพลิดเพลินใจ 3) ตื่นเช้ากว่าปกติ ≥ 2 ชั่วโมง 4) อาการซึมเศร้าเป็นมาหลายวัน 5) ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย 6) เบื่ออาหารอย่างมาก 7) น้ำหนักลดลง (5% ใน 1 เดือน) 8) ความต้องการทางเพศลดลง Code ICD-10 F32.0: mild มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ มีอาการร่วมอย่างน้อย 2 อาการ

F32.00 มีอาการทางกายน้อยกว่า 4 อาการ F32.01 มีอาการทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ

F32.1 : moderate มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ มีอาการร่วมอย่างน้อย 3 อาการ

F32.2 : Severe มีอาการหลักครบ 3 อาการหลัก และมีอาการร่วมอย่างน้อย 4 อาการ

F32.3 : Severe with psychotic มีอาการหลักครบ 3 อาการหลัก มีอาการร่วมอย่างน้อย 4 อาการ และมี Psychotic symptom

1.4 อาการอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

1.4.1 อาการหลักของภาวะเศร้ายุทธแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยมีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

A. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

B. รู้สึกเบื่ออาหารไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักลดลง และผอมลง

C. อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ตอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 - 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

D. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้า ๆ พูดเสียงเบา ๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหลลุ่ม คอตก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิวคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

E. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

F. อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อยมีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

G. อาการคิดหม่นหม่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึนแต่รู้สึกกลัวตายคิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

H. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลั่งออกมาสูงสุดในเวลาเช้าตรู่ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

I. อาการคิดมาก วิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรงร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่าง ๆ นานา กลัวไปหมด

J. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

K. อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4.2 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al, 1979)

1.5 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การบำบัดรักษาทางร่างกาย โดยการรักษาทางการใช้ยาต้านการซึมเศร้า และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ ซึ่งการบำบัดรักษา

ทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003:มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542 : สุขชาติ พหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มานิต หล่อตระกูล, 2549)

ก.กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้เช่น imipramine , amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

ข.กลุ่มmonoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด reversible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค.กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง.กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุด ได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 – 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 -12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 – 9 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้น ๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder)

1.5.2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatments)

1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่าง คือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเองมองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าว เป็น “แก่น” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์ และอาการอื่นๆ ของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว้า ล้มเหลวในทุก ๆ สิ่ง หมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวังมีเป้าหมายการรักษา คือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Didactic-aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferster (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอา พฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (Reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือ เป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้ง ซึ่งเป็นแรงเสริมด้าน ลบลงจะทำให้อารมณ์ เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

3) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การ บำบัดด้านสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยก ย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลในชีวิตปัจจุบัน

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อนพยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจ กระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสม กับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการ ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการทำลายความคิดเกี่ยวกับการ สนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญ ได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.6.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านั้นมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้ง ในภาวะรู้ตัว และไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจาก สิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.6.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความ ไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.6.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่าง ๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อ ปัญหาการปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการ สอนทักษะ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.6.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการ แก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ในสังคม

1.6.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและ ฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.6.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่อง สุขอนามัย และความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น ๆ การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม แผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการ ปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบคลุมและชุมชน และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ แสดงออกทางความคิด พฤติกรรม อาการทางกาย แรงจูงใจโดยแสดงอาการอ่อนเพลีย เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์ สนุกเพลิดเพลิน รู้สึกไร้พลังอำนาจ มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มอง โลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม หากอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้ทันเวลา จนกระทั่งอาการป่วยนั้นรุนแรง และเรื้อรัง ขึ้น จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ร่วมกับความรู้สึกไร้ค่าและมีความ คิดเพื่อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนส่งผลทำให้เกิดการทำร้ายตนเองด้วยการฆ่า ตัวตายได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

แนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไปดังนี้(สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.2.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) เชื่อกันว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการ เปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอะตโนมีตีมีสมมติฐานว่าสารสื่อประสาทอะตโนมีตีเกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้าในคนตามธรรมชาติสารสื่อประสาทในระบบอะตโนมีตีมี 2 กลุ่มที่สำคัญคือserotonin และ catecholamines ประกอบด้วยdopamine และnorepinephrine

2.2.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic theory) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น ลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งเช่นโรคซึมเศร้าชนิด manicdepressive psychosis

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (Social theory) ทฤษฎีทางสังคมอธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ การเรียนรู้โดยตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ 1) การมีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability factors) และ3) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (symptom formation factors) สภาพแวดล้อมทางจิตสังคมมีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเช่น ประสบการณ์ การเจ็บป่วย การสูญเสียสภาวะทางเศรษฐกิจ

2.2.4 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ฟรอยด์ (freud)อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความ ภาควิชาจิตของตนเอง

2.2.5 ทฤษฎีสถาน (field theory) อธิบายว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพลังงานไฟฟ้าต่างจากบุคคลอื่นที่ปกติพลังงานนี้ทำให้บุคคลไวต่อความรู้สึกซึ่งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพลังงานไฟฟ้าที่ต่างกัน

2.2.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ช่วยเหลือตนเองได้ และปราศจากการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) ทำให้รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกนี้ทำให้ปล่อยปละละเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.7 ทฤษฎีการรับรู้ (Cognitive theory) เชื่อว่าเกิดจากแบบแผนของความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้าได้ง่าย ซึ่ง Aaron Beck ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือบุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิตและบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคตซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเป็นจากความคิดเบื้อนของกระบวนการคิดที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยกล่าวถึงพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะ (cognitive triad) (Beck et al, 1979 cited in Sadock & Sadock, 2000)

2.2.8 ทฤษฎีมนุษยนิยม มาสโลว์ อธิบายว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้านั้นสาเหตุใหญ่มาจากการขาดแรงจูงใจที่พัฒนาตนเองให้ไปสู่ความเต็มสมบูรณ์ มาสโลว์ให้ข้อคิดว่า การพัฒนาตนเองในขั้นสุดท้ายนี้เป็นแนวโน้มที่มีมาแต่แรกเกิดของมนุษย์เพื่อที่จะใช้ศักยภาพและความสามารถพิเศษที่ตนเองได้รับมาได้เต็มที่ แต่เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางกระบวนการดังกล่าวก็จะทำให้บุคคลพลาดที่จะตอบสนองแรงจูงใจในส่วนนี้ของตนทำให้รู้สึกว่าคุณเสียและเป็นผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

2.2.9 ทฤษฎีแรงจูงใจ ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจจากปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากแรงจูงใจถูกขัดขวางซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติของมนุษย์

2.2.10 ทฤษฎีทางโภชนาการ มีหลักฐานยืนยันว่าการบริโภคน้ำตาลทรายขาวมากเกินไปมีส่วนก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเรื้อรังนั่นคือ เมื่อบริโภคเข้าไปใหม่ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงชั่วคราวและไม่นานจะลดลงต่ำกว่าระดับปกติทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและซึมเศร้า

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้น นอกจากความคิดที่กล่าวมาแล้วนั้นอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

2.3.1 เพศ อารมณ์พบมากในเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 3:1 และแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กรมสุขภาพจิต, 2550) และพบว่าเพศหญิงมีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้านั้นมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 (อำไพพรรณพุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) โดยที่ผู้หญิงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ในผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า ซึ่งสถิติการฆ่าตัวตายในสังคมไทยนั้นพบ 1.3 ชั่วโมงต่อ 1 ราย โดยสาเหตุหลักมาจากโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.3.2 อายุ จากการศึกษาของเบ็ค (Beck, 1967) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 606 คนพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ชั่วขณะหนึ่ง (moment correlation) กล่าวคือภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุแต่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้สูงอายุ

2.3.3 ระดับการศึกษา เบ็ค กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคมจากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

2.3.4 บุคลิกภาพ นักวิจัยบางคนเชื่อว่ามีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้าย และเชื่อซึมมักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น คนพวกนี้จะมองโลกว่ามีแต่ความโหดร้ายไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวังมองชีวิตในด้านลบจึงเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่ายเนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก ประสบการณ์การถูกรังแกทั้งร่างกายและทางเพศสามารถตาเสพติดสุราการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิต ใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบกล่าวโทษตนเองมีความเชื่อว่า มีการควบคุมจากภายนอกและยึดติดยึดมั่นแน่วแน่มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก(อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544)

2.3.5 แรงจูงใจ ไรอันและคณะกล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักขาดแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคและพฤติกรรมมารับประทานยาต้านการซึมเศร้าอีกทั้งยังส่งผลต่อพฤติกรรมดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Self Determination Theory) โดยการชดเชยด้วย autonomy, competence และrelatedness มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพิ่มขึ้นภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Ryan et al., 2008) ดังการศึกษาวิจัยของ Britton et al. (2011) ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้หลักทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการ ใช้ทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดกับกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองโดยการเสริมอิสระแห่งตน ไปพร้อมกับการพัฒนาความสามารถของตนเอง และการเชื่อมสายสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองน้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3.6 ความคิดอัตโนมัติ เบ็คและคณะกล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ(arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง(overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับ

เหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) (Beck et al., 1979) ดังการศึกษาของงานวิจัยของ Burcusa and Iacono Clinic Psychology Review (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 50 เรื่อง ใช้ key word ว่า “recurrence”, “recurrent”, “depression”, “risk”, “correlate” ค้นหาในฐานข้อมูล PsycINFO และ Science Citation Index Expand จากผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะ 2) ลักษณะทางคลินิกและประวัติครอบครัว 3) ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช 4) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว 5) ปัจจัยด้านจิตใจและจิตสังคมพบว่า รูปแบบความคิดด้านลบ, high neuroticism การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

2.3.7 ความเจ็บป่วยเชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือโรคหลาย ๆ โรคที่มีลักษณะทำให้อ่อนเพลียเป็นตัวการที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย เช่น โรคเมเร็งภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคพาร์คินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมนการเสพติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเสพติดสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคเมเร็งหลอดเลือดอาหาร โรคเมเร็งกระเพาะอาหาร โรคลมชัก โรคตับแข็ง เป็นต้น (WHO, 2003) ซึ่งผลของการเจ็บป่วยจากการเสพติดสุราส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ากำเริบและรุนแรงขึ้นได้

2.3.8 การเสพติดสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดสุราเป็นระยะเวลาานานทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงมีผลทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีความสำคัญในคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้บางครั้งมีความก้าวร้าวรุนแรง และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2545)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอีกได้แก่ประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านอารมณ์ในครอบครัว ในด้านประสบการณ์ในวัยเด็กแหล่งสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์ต่างๆ ในครอบครัว ซึ่งประวัติครอบครัวมีพื้นฐานความเชื่อจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์หรือทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ที่เป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิตระดับของภาวะซึมเศร้า

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.4.1 การประเมินโรคซึมเศร้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV Major Depressive Disorder (โรคซึมเศร้า)

Major Depressive Disorder, Single Episode

A. มี Major Depressive Episode หนึ่งครั้ง

B. Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder, หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว

C. ไม่เคยมี Manic Episode , Mixed Episode , หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ไม่ใช่ข้อแยกนี้หากกระยะอาการคล้าย mania, mix, hypomania เหล่านี้เป็นผลจากสารหรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย Major Depressive Disorder, Recurrent

A. มี Major Depressive Episode สองครั้งหรือมากกว่า

หมายเหตุ: ในการพิจารณาแต่ละ episode ออกจากกันนั้น จะต้องมียุ่เวลาที่ไม่เข้าตามเกณฑ์ของ Major Depressive Episode นานอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน

B. Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder, หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว

C. ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed Episode , หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ไม่ใช่ข้อแยกนี้หากกระยะอาการคล้าย mania, mix, hypomania เหล่านี้เป็นผลจากสารหรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

Major Depressive Episode

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน: โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้รับการให้ข้อมูลจากผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

(2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

หมายเหตุ: ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

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

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป

ควร (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจ

อะไรไม่ได้ แทบทุกวัน โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น

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

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

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

E. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลัง

การสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

2.4.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ(syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่มีการมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่ม คือ

1)Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิต วิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเจ็บป่วย

2)Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะ จึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยารรณ, 2548)

2.1)แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่าง ๆ ของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

2.1.1)Structure Clinical Intervention for DSM III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งกึ่งโครงสร้างประกอบการสังเกตสร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะสามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-Rลักษณะของข้อ คำถามประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่าง

ละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2.2)แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

2.2.1)Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (Normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2.2.2)Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung(1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนั้นไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ

2.2.3)Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้าง โดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้ คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.3)แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกต เพื่อประเมินอาการ(Observer Scale, Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

2.3.1)Hamilton Rating Scale for Depression (HRS – D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษาประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่าย

ต่อการทำแต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

2.3.2) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดยMontgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยา ด้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อมีระดับความรุนแรงอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกายแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และเหมาะสมกับผู้ป่วยในคลินิก เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งโดยใช้ประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild - moderate depression) และภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate - severe depression)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งมีการจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก จากการจัดการความคิดที่บิดเบี้ยว (Beck et al., 1979)

3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

Aron Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2548) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy / CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น โดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้

กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

3.2 ความเชื่อของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

รูปแบบของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck นี้เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น(Beck,1979 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในที่นี้ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภาคย์,2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์, (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

3.3 ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) มี 4 ระดับได้แก่

3.3.1 ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้นั้นคงส่งการบ้านไม่ทัน เทียงนี้นั้นจะกินข้าวที่บ้าน เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

3.3.2 ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้นความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่ง

3.3.3 ความคิดที่เป็นแกนหมายถึง ความคิดหลักเกี่ยวกับตนเอง คนอื่น และอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ตัวอย่างในแง่บวก เช่น ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ ในแง่ลบ เช่น สังคมเต็มไปด้วยอันตราย เป็นต้น

3.3.4 Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่าง ๆ บุคคลมี Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema เหล่านี้จะถูกเร้าด้วยตัวกระตุ้นที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมใน Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ตอกย้ำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัวเมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

3.4 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ คือ บุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548;Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ, 2549) และยังเป็น การบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ โดยผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดสอบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่น ๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักจูง การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

3.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)

ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสอนผู้ป่วย (Didactic) 2) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และ3) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003;สุชาติ พหลภาคย์,2542)

3.6 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 15 - 20 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ (สุชาติ พหลภาคย์,2542) เช่นเดียวกับ Greist and Jefferson, 1992; Wright and Beck, 1995 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมักจะใช้ในการรักษาระยะสั้น 10 – 20 ครั้งต่อ Course แต่ White and Freeman, 2000 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 – 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งทีน้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้ง และต้องมีการดำเนินการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson, 1992 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Self Determination Theory)

เป็นทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดและกำกับการกระทำของตนเองด้วยกระบวนการเชิงบวกที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีอำนาจในตนเองอย่างอิสระ(Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตน(Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น(Relatedness)

4.1 ความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

Deci & Ryan, (1990); citing White, (1959) กล่าวว่า แรงจูงใจภายในเป็นพลังที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่มีมาแต่กำเนิดที่จูงใจให้บุคคลจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ หลังจากที่ได้จัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นรางวัลสำหรับพฤติกรรมและสามารถที่จะคงให้พฤติกรรมอยู่ได้

Deci & Ryan, (1990) กล่าวว่า แรงจูงใจภายในเป็นความต้องการของบุคคลที่ต้องการความสามารถ ต้องการลิขิตตัวเอง และต้องการสิ่งที่ท้าทาย พฤติกรรมที่ได้รับการจูงใจเป็นการกระทำด้วยการแสวงหาของตนเองและไม่ต้องการรางวัลที่เป็นวัตถุภายนอกใดๆหรือการบังคับ

จากความหมายต่างๆ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปว่า ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองหมายถึง คุณลักษณะของบุคคลในการแสดง พฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และการใช้ความคิดด้วยการกำกับการกระทำของตนเอง การพึ่งพาตนเอง โดยเป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคมอย่างมีความรับผิดชอบในการกระทำ และด้วยความสามารถที่ตนเองมีอยู่ นอกจากนั้น บุคคลยังต้องมีความเชื่อมั่นในทางเลือกของตนเอง สามารถต้านทานแรงกดดันจากผู้อื่นได้ และสามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น รวมถึงสามารถใช้ความคิดของตนเองในการตั้งเป้าหมาย การแสดงเหตุและผล ตลอดจนสามารถตัดสินใจ และประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง

4.2 องค์ประกอบทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

ไรอันและเดซี (Ryan & Deci, 2006) ได้นิยามความหมายของ “อิสระแห่งตน” (Autonomy) ว่าหมายถึง การกำกับด้วยตนเอง (Regulation by the self) ซึ่งตรงข้ามกับคำว่า ความไร้อิสระหรือการถูกครอบงำ (Heteronomy) ซึ่งหมายถึง การบังคับควบคุม (Controlled regulation) หรือการควบคุมที่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากบุคคล (Self-endorsement) นั่นๆ ไรอัน และเดซี ชี้ให้เห็นว่า ในขณะที่นักปรัชญาและนักเศรษฐศาสตร์กล่าวถึงธรรมชาติและให้การยอมรับอิสระแห่งตนมากยิ่งขึ้น มีความสำคัญในเชิงสังคมและในการปฏิบัติมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน นักจิตวิทยาเป็นจำนวนมากก็ตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับความจริงและการสร้างอิสระแห่งตน และเชื่อมโยงอิสระแห่งตนเข้ากับปรากฏการณ์ต่างๆ เช่น ปณิธาน (Will) ทางเลือก (Choice) การเลือกด้วยความสมัครใจ (Volition) และเสรีภาพ (Freedom) เป็นต้น

ไรอัน และเดซี (Ryan & Deci, 2006) ได้สรุปการอภิปรายเกี่ยวกับอิสระแห่งตนในมุมมองทางด้านปรัชญาว่า เป็นกระบวนการในการยินยอมพร้อมใจ (Endorsement) ด้วยการตัดสินใจที่จะกระทำให้บรรลุตามข้อผูกมัด ซึ่งมีความสำคัญต่อทักษะในเชิงจิตวิทยา ที่ว่าบุคคลจะสามารถประสบกับอิสระแห่งตนได้ ตามสภาวะและคุณลักษณะที่จะนำมาซึ่งอิสระแห่งตน และตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอิสระแห่งตน ทฤษฎีการกำหนดตนเอง มีทักษะเกี่ยวกับอิสระแห่งตน ว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจถึงการกำกับพฤติกรรม ด้วยวิธีการเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแรงจูงใจและบุคลิกภาพ ทฤษฎีการกำหนดตนเองจึงให้ความสำคัญทั้งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติและผลลัพธ์ของอิสระแห่ง

ตน รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนา และเงื่อนไขทั้งทางด้านชีวภาพและทางสังคมที่มีผลต่อการส่งเสริมและบั่นทอนอิสระแห่งตนด้วย กล่าวคือ ทฤษฎีการกำหนดตนเองมุ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มโดยธรรมชาติที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่สำคัญได้อย่างสมบูรณ์ กับความเสี่ยงที่จะถูกควบคุมจากภายนอก

ไรอัน และเดซี (Ryan & Deci, 2000) เสนอแนวทางเกี่ยวกับแรงจูงใจและบุคลิกภาพของมนุษย์ โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับการพัฒนาบุคลิกภาพ และในการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) ด้วยการตรวจสอบแนวโน้มเพื่อความงอกงามตามธรรมชาติ และความต้องการทางด้านจิตใจที่มีมาแต่กำเนิด สำหรับการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวกอันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน (Autonomy) ซึ่งจะต้องเกิดควบคู่ไปกับสมรรถวิสัยหรือความสามารถ (Competence) และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูงสุดด้วยลักษณะนิสัยตามธรรมชาติเพื่อความงอกงามและความสมบูรณ์เช่นเดียวกับพัฒนาการทางสังคมเชิงสร้างสรรค์และความผาสุกของบุคคล เช่นเดียวกับที่Franken (2005) ได้กล่าวถึงวิธีการในการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มพูนอิสระแห่งตนแก่ตนเองจากมุมมองของนักนิยามการกำหนดตนเอง (Self-determinists) คือไรอันและเดซีที่ว่า การให้รางวัลไม่สามารถที่จะสร้างอิสระแห่งตนได้โดยที่ผลการศึกษาเป็นจำนวนมากพิสูจน์ให้เห็นว่าอิสระแห่งตนไม่ใช่ปัจจัยเชิงสาเหตุเพียงปัจจัยเดียวแต่อิสระแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มปัจจัยซึ่งแต่ละปัจจัยไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพียงลำพังอิสระแห่งตนจึงจำเป็นต้องมีความเกี่ยวเนื่องกับการสร้างความสัมพันธ์และความสามารถของบุคคลอีกด้วย

ทฤษฎีการกำหนดตนเองเชื่อว่าแรงจูงใจจากภายในสามารถสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในเชิงบวกของมนุษย์ด้วยแนวโน้มตามธรรมชาติที่จะแสวงหาความท้าทายและสิ่งแปลกใหม่เพื่อที่จะใช้ความสามารถของตนเองในการสำรวจและการเรียนรู้โครงสร้างของแรงจูงใจจากภายในแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มตามธรรมชาติของมนุษย์ในการแสวงหาการควบคุมความสนใจตามธรรมชาติและการสำรวจอันเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและทางด้านสังคมและแรงจูงใจจากภายในยังเป็นที่มาของความเพลิดเพลินและความมีชีวิตชีวาตลอดชีวิตอีกด้วยถึงแม้ว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่จะมีแรงจูงใจจากภายในโดยธรรมชาติอยู่แล้วก็ตามแต่เป็นที่ชัดเจนว่าการคงไว้และการเสริมสร้างลักษณะที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติของแรงจูงใจจากภายในนั้นจำเป็นต้องมีเงื่อนไขต่างๆที่ให้การสนับสนุนเมื่อต้องเผชิญกับเงื่อนไขต่างๆที่พร้อมที่จะเข้ามาทักท้วงแรงจูงใจจากภายใน ดังนั้น ทฤษฎีแรงจูงใจจากภายในไม่ได้ให้ความสนใจกับสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจจากภายในแต่เป็นทฤษฎีที่ต้องการตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนแรงจูงใจจากภายใน

นอกจากนั้น ทฤษฎีการกำหนดตนเองยังตั้งข้อสันนิษฐานว่าการยึดมั่นในตนเอง (Internalization) และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม (Integration) เป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับกระบวนการการขัดเกลาทางสังคมสำหรับเด็กและยังคงมีความเกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องกับการกำกับพฤติกรรมตลอดช่วงของชีวิตทฤษฎีการกำหนดตนเองกล่าวถึงประเด็นสำคัญ 2 ประเด็นคือ 1) กระบวนการซึ่งพฤติกรรมที่ไม่ได้รับแรงจูงใจจากภายในสามารถเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่สามารถกำหนดด้วยตนเองอย่างแท้จริงได้และ 2) วิธีการที่สภาพแวดล้อมทางสังคมเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดังกล่าวโดยที่แรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivation) นั้นหมายถึงการแสดง

พฤติกรรมเพื่อตอบสนองความพึงพอใจที่เกิดจากความต้องการที่แท้จริงอันเป็นความพึงพอใจที่เกิดจากการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยตรงทฤษฎีการกำหนดตนเองเสนอว่าแรงจูงใจจากภายในจะเกิดขึ้นในระดับที่แตกต่างกันมากหรือน้อยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของอิสระแห่งตน กล่าวคือบุคคลที่แสดงพฤติกรรมด้วยแรงจูงใจจากภายในนั้นเกิดขึ้นจากการยินยอมของบุคคล (Endorsement) และก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีทางเลือก (Choice) โดยไม่ได้ยินยอมกระทำด้วยการกำกับจากภายนอก ส่วนแรงจูงใจจากภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง พฤติกรรมในการแสดงออกเพื่อได้มาซึ่งผลลัพธ์บางประการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้น การกระทำที่เกิดจากทั้งแรงจูงใจจากภายในและภายนอก เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจ แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ระดับของอิสระแห่งตนเท่านั้น

ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination Theory: SDT) เสนอแนะว่า ถ้าหากบริษัททางสังคมที่ปัจเจกบุคคลดำเนินชีวิตอยู่นั้น สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจขั้นพื้นฐานได้ บริษัทดังกล่าวก็จะสามารถสร้างเครือข่ายสำหรับการพัฒนาที่มีความเหมาะสม เพื่อเป็นการยกระดับธรรมชาติของการลงมือกระทำ การเรียนรู้ และการบูรณาการได้ แต่ในทางตรงกันข้าม การควบคุมมากเกินไป การทำลายโดยไม่เสนอทางเลือก และการขาดการเชื่อมสัมพันธ์ จะเป็นบ่อนทำลายแนวโน้มที่จะบรรลุต่อความเป็นตนเองที่แท้จริงและอย่างเป็นระบบตามธรรมชาติ (The inherent actualizing and organizational tendencies) นอกจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว จะนำไปสู่การขาดการริเริ่มและความรับผิดชอบแล้ว ยังก่อให้เกิดความทุกข์และอาการทางจิตได้อีกด้วย

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการสร้างแรงจูงใจและประสบการณ์ในทางบวก ที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติหน้าที่และความผาสุกที่ดีขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอันมาก ความรู้ดังกล่าวมีความจำเป็นต่อทั้งบิดามารดาและนักการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการศึกษา และบุคลิกภาพ เนื่องจากการกล่าวถึงเงื่อนไขต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสารและการควบคุมทางด้านพฤติกรรมอีกด้วย นอกจากนั้น ยังมีความจำเป็นต่อนักจิตบำบัด และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ เนื่องจากแรงจูงใจอาจจะเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร ดังนั้น ด้วยการให้ความสนใจต่อความสมดุลของการให้การสนับสนุนหรือการบั่นทอนความต้องการทางด้านจิตใจขั้นพื้นฐานของบุคคล ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวจะสามารถวินิจฉัยที่มาของความแปลกแยก (Alienation) กับการมีส่วนร่วม (Engagement) และสามารถที่จะส่งเสริมให้เกิดขึ้นทั้งความสำเร็จและความผาสุกของมนุษย์ได้

4.3 มุมมองอิสระแห่งตนเชิงผสมผสาน (Eclectic Perspectives)

ทฤษฎีเชิงผสมผสานมีจุดเริ่มต้นจากการตระหนักว่าปรากฏการณ์ทางด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่ จะได้รับการอธิบายได้ดีที่สุดจากมุมมองที่กว้างขวางมากขึ้นซึ่งประกอบด้วยทั้งด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นทัศนะเกี่ยวกับอิสระแห่งตนก็ควรได้รับการอธิบายด้วยมุมมองเชิงผสมผสานด้วยองค์ประกอบทั้งทางด้านความคิดอารมณ์และพฤติกรรมด้วยทฤษฎีเชิงผสมผสานที่อธิบายถึงอิสระแห่งตนที่ได้รับการพัฒนาโดยเดซีและไรแอนน์ (Noom, 1999; citing Deci & Ryan, 1987. The Support of Autonomy and the Control of Behavior) เสนอทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory: SDT) ที่กล่าวถึงพัฒนาการด้านความเป็นอิสระคือความต้องการทางด้านจิตใจ 3 ด้านที่เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการทางด้านจิตสังคมได้แก่

1) ความต้องการด้านสมรรถวิสัย (The need for competence) หมายถึงความต้องการในการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการบรรลุต่อเป้าหมายเฉพาะด้านและการหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา

2) ความต้องการด้านอิสระแห่งตน (The need for autonomy) หมายถึงความต้องการในการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นอิสระในการเลือกทางเลือกและมีพันธะที่จะต้องกระทำตามทางเลือกที่เลือกไว้

3) ความต้องการด้านความสัมพันธ์ (The need for relatedness) หมายถึงความต้องการที่จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีการเชื่อมสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากแนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ถ้อยคำในการเรียกองค์ประกอบและตัวชี้วัดที่หลากหลายก็ตาม แต่อิสระแห่งตนก็อยู่ในกรอบของมิติและตัวชี้วัด ที่สามารถสรุปได้ด้วย 3 มิติหลัก คือ 1)อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม 2) อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ และ3)อิสระแห่งตนด้านความคิด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 8 องค์ประกอบ กล่าวคือ อิสระแห่งตนด้านพฤติกรรม (Behavioral autonomy) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การกำกับตนเอง (Self-regulation) การพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) สมรรถวิสัย (Competence) และความรับผิดชอบ (Responsibility) อิสระแห่งตนด้านอารมณ์ (Emotional autonomy) ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ คือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น(Relatedness) ส่วนอิสระแห่งตนด้านความคิด (Cognitive autonomy) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตัดสินใจ (Decision making) และการประเมินตนเอง (Self-evaluating)

5. โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของBeck et al., 1979 และทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006 เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

แนวคิดหลัก	การบูรณาการ	โปรแกรมฯ
<p>ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ประกอบด้วยจำนวน 2 ครั้ง โดยใช้แนวคิดคือ</p> <p>1.การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านความคิด องค์ประกอบในเรื่องการประเมินตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ร่วมกับผู้ป่วยเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินความคิด การรับรู้ พฤติกรรม เชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับสาเหตุของการเกิดโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยลงไปด้วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาของตนเอง</p>	<p>ครั้งที่1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรมโดยใช้กิจกรรมที่1ถึง3คือ</p> <p>1. ข้อตกลงในการบำบัดรักษา</p> <p>2. แบบประเมินการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย</p> <p>3. ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า</p>
<p>1.การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านพฤติกรรม องค์ประกอบในเรื่องสมรรถวิสัย</p>	<p>ผู้วิจัยใช้รูปแบบการฝึกผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรมดังตัวอย่างที่กำหนดให้และตามสถานการณ์จริงของชีวิต อีกทั้งยังเสริมสร้างให้ผู้ผู้ป่วยเห็นข้อดีและสิ่งที่ทำให้ตนเองภาคภูมิใจ</p>	<p>ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองโดยใช้กิจกรรมที่4 ถึง 6 คือ</p> <p>4. ตัวอย่างเรื่องฟันเฟืองความคิด ความรู้สึก การกระทำ</p> <p>5. ฟันเฟือง ความคิด ความรู้สึก การกระทำตามสถานการณ์จริง</p> <p>6. ข้อดีและสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดหลัก	การบูรณาการ	โปรแกรมฯ
<p>ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดประกอบด้วย 3 ครั้ง โดยใช้แนวคิดคือ</p> <p>1.การบำบัดทางความคิด พฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านความคิดองค์ประกอบในเรื่องการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต</p>	<p>ผู้วิจัยยึดรูปแบบการฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการฝึกให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต เพิ่มเติมเรื่องการรับรู้และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง</p>	<p>ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต โดยใช้กิจกรรมที่7 ถึง 9 คือ</p> <p>7. ภาพตัวอย่าง “เจ้าเงาะ”</p> <p>8. เหตุการณ์ “นางมะลิ”</p> <p>9. การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต</p>
<p>1.การบำบัดทางความคิด พฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านความคิดองค์ประกอบในเรื่องการประเมินตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยเน้นการฝึกให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดอัตโนมัติและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเน้นในการฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริงร่วมกับฝึกการเสริมสร้างการประเมินตนเอง</p>	<p>ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเองโดยใช้กิจกรรมที่10และ 11คือ</p> <p>10. เหตุการณ์เรื่อง“คุณอนุชัย”</p> <p>11. กิจกรรมการพิจารณาตนเอง</p>
<p>1.การบำบัดทางความคิด พฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านความคิดองค์ประกอบในเรื่องสมรรถวิสัยและการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยเน้นฝึกให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและสร้างความคิดใหม่ให้เป็นความคิดเป็นมุมมองทางบวกแต่เน้นการฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริง</p>	<p>ครั้งที่ 5การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบรวมทั้งการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่โดยใช้กิจกรรมที่ 12 การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบและสร้างความคิดใหม่เรื่อง “คุณอนุชัย”</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดหลัก	การบูรณาการ	โปรแกรมฯ
<p>ขั้นตอนที่3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเองประกอบด้วย 3 ครั้ง โดยใช้แนวคิดคือ</p> <p>1.การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านพฤติกรรมองค์ประกอบในเรื่องการกำกับและความรับผิดชอบต่อนตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยใช้กระบวนการฝึกการแสดงพฤติกรรมใหม่ โดยการกำกับตนเองร่วมกับเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อนตนเองโดยใช้เทคนิคการถามถึงสิ่งที่ต้องการ สิ่งที่กระทำ การประเมิน การวางแผน</p>	<p>ครั้งที่6 การเสริมสร้างการกำกับและความรับผิดชอบต่อนตนเอง</p> <p>โดยใช้กิจกรรมที่13และ14คือ</p> <p>13. กิจกรรมถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น</p> <p>14. แผนงานWDEP</p>
<p>1. การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)มิติหลักด้านอารมณ์และพฤติกรรม องค์ประกอบในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจและการพึ่งพาตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยเน้นการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเน้นการเสริมสร้างกำลังใจ ความคิดเชิงบวก และปรับเปลี่ยนค่านิยมและเจตคติเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้</p>	<p>ครั้งที่7การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเองโดยใช้กิจกรรมที่15และ16คือ</p> <p>15. กิจกรรมการช่วยเหลือเกื้อกูล</p> <p>16. “การพึ่งพาตนเอง”</p>
<p>1.การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมBecket.al(1979)</p> <p>2.แนวคิดการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)เป็นการสรุปรวมทั้ง 3 มิติหลักด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและ 8 องค์ประกอบในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>	<p>วิจัยเน้นการฝึกผู้ป่วยในการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงเน้นทักษะการพูดกับตนเองทางบวก การให้กำลังใจตนเอง</p>	<p>ครั้งที่8 การยุติความสัมพันธ์โดยใช้กิจกรรมที่17คือต้นไม้แห่งชัยชนะของฉัน</p>

ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน 8 ครั้งๆละ 90 นาที ประกอบด้วย 17 กิจกรรม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆละ 10คน จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ และการประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งนำมาจากแนวคิดของDoona (1979) เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดประกอบการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พุดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ร่วมกับสร้างข้อตกลงในการสำรวจตนเอง (self – monitoring) ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับพยาบาลในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด (White and Freeman, 2000) ในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมจึงมีกิจกรรมที่1 กฎพื้นฐานของกลุ่ม เพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มและสร้างความคุ้นเคยในระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองเพื่อชี้แจงสมาชิกกลุ่มถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเข้าใจกฎพื้นฐานของกลุ่มการรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มรวมถึงการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตารางวันเวลาจำนวนครั้งระยะเวลารูปแบบในการบำบัดเพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มแยกแยะความแตกต่างระหว่างความคิดความรู้สึกและการแสดงออกและให้มีโอกาสสำรวจความคิดและความรู้สึกที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของตนเองสร้างความไว้วางใจ (Trust) และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Cohesion) ในกลุ่ม ให้สมาชิกสามารถพัฒนาทักษะและการกล้าแสดงออกในสถานการณ์กลุ่มกิจกรรมที่2 เป็นการประเมินการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษารวมทั้งประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตนเองเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล (Doona, 1979)กิจกรรมที่3 เป็นการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจาโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ว่าการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัดทำให้การบำบัดได้ผลดี และอาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการพัฒนาความสามารถของตน ตลอดจนความคิดและอารมณ์นำพาสู่พฤติกรรมเพื่อให้เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าตั้งนั้นในการบำบัดครั้งนี้จึงมีกิจกรรมที่ 4 และ 5 ฟันเฟืองความคิด ความรู้สึก และการกระทำเพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมและสามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมของตนเองจากสถานการณ์จริงตามการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งกิจกรรมที่ 6 พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเอง และสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ Deci & Ryan.(1987; 1991; 2000; 2006) ได้ให้ความสำคัญกับการพูดกับตนเองทางบวกเป็นการเสริมและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ถึงเป้าหมายและสามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นการวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคตโดยการใช้กิจกรรมที่ 7 “ภาพตัวอย่างเจ้าเงาะ” และใบกิจกรรมที่ 8 สถานการณ์ “นางมะลิ” ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 9 ในการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต ซึ่งเป็นการเสริมแรงจิตใจให้คนเรามีพลังมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยให้คนเราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีทิศทางมุ่งสู่อนาคตเพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า เขาต้องการอะไรบ้างเขาจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อใคร และเพื่อที่จะทำอะไร โดยการใช้ชีวิตอยู่อย่างคุ้มค่า ใช้ชีวิตทุกวินาทีอย่างมีสติ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิดหรือการกระทำก็ตาม

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆได้ อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน การตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองตนเองไม่ยอมรับโดยในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 10 สถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล และกิจกรรมที่ 11 ตารางการพิจารณาตนเอง

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวกในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้ ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้อื่นเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน

(Beck et al.,1979) ไปในทางที่เหมาะสม ร่วมกับฝึกการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และให้สมาชิกบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น ด้วยการฝึกให้มีการหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบ ซึ่งหลังจากที่มีการพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว ผลพิสูจน์ได้ 2 ลักษณะคือ 1) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่ไม่จริง 2) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นจริง เมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง ความคิดอัตโนมัติทางลบจะลดลงไปเองตามธรรมชาติ แต่หากว่าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหาได้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมในครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมที่12 การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเองเป็นการใช้ เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Beck et al., 1979) ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยเครื่องมืออิสระแห่งตน (Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตน (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองและการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อนตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุสาเหตุและแสดงพฤติกรรมการกำกับหรือควบคุมตนเองได้ฝึกการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีกำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพทั้งในช่วงการให้คำปรึกษากลุ่มและในชีวิตจริงร่วมกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อนตนเอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยสามารถระบุพฤติกรรมที่แสดงว่าเขาสามารถรับผิดชอบต่อนตนเองได้และสามารถแสดงความรับผิดชอบต่อนตนเอง ทั้งในสถานการณ์กลุ่มและในชีวิตประจำวัน การใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (A Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยเครื่องมืออิสระแห่งตน (Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตนเอง (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวรลดภาวะซึมเศร้าได้ ในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่13 ถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น(IF=THEN=BUT=SO) และกิจกรรมที่14 แผนงาน WDEP เพื่อการแสดงความสามารถต่อนตนเอง

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่บวกใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเรา

หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้น พร้อมกับเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถใช้สภาวะอีโก้ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและมีประสิทธิภาพและเป็นการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นประกอบด้วยกิจกรรมไฟแห่งอารมณ์ของฉัน กิจกรรมที่ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูล อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและปรับเปลี่ยนค่านิยมและเจตคติเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นสามารถโต้แย้งและท้าทายความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง เกี่ยวเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาตนเองได้อย่างที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กิจกรรมที่ 16 กิจกรรมการวัดการพึ่งพาตนเอง

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้สรุปประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาระค้ำใจนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้ในชีวิตรจริง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปประสบการณ์การเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาระค้ำใจ ให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตรจริง และเพื่อประเมินผลการให้การบำบัดในระยะหลังการให้การบำบัดรักษาโดยใช้กิจกรรมที่ 17 ต้นไม้แห่งชัยชนะของฉันในการสรุปการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความคิดที่บิดเบือนของมนุษย์ ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่และหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการเชิงบวก โดยการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของตนเองและการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การกำกับตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อตนเอง การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมการประเมินตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตัวเองที่คงทนถาวรตามศักยภาพ ลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการป่วยซ้ำได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คนได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวนีย์ อินทรเนตร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรีโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คนได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 คน ผลการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Westra & Arkowitz , (2009) ศึกษาการเสริมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกังวลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตกังวล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 76 คนโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดโดยได้รับการบำบัดการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจเพื่อลดภาวะลังเลใจก่อนเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผล 1 ปี พบการกลับเป็นซ้ำในระยะ 6 เดือนมากกว่าในระยะ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Flynn (2011) เกี่ยวกับการบูรณาการการบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า กรณีศึกษาเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้การบำบัดกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อน 3 ครั้งเพื่อลดภาวะล้าใจ เสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สร้างความตระหนักรู้ตนเอง และหลังจากนั้นจึงใช้การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมจำนวน 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว น้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Britton et al. (2011) ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้หลักทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง(Self Determination Theory) เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการ ใช้ทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดกับกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองโดยการเสริมอิสระแห่งตน ไปพร้อมกับการพัฒนาความสามารถของตนเอง และการเชื่อมสายสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองน้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Burcusa and Iacono Clin Psychol Rev (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 50 เรื่องโดยใช้ key word ว่า “recurrence”, “recurrent”, “depression”, “risk”, “correlate” ค้นหาในฐานข้อมูล PsycINFO และ Science Citation Index Expand จากผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจ 2) ลักษณะทางคลินิกและประวัติครอบครัว 3) ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช 4) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว 5) ปัจจัยด้านจิตใจและจิตสังคมพบว่า รูปแบบความคิด ด้านลบ, high neuroticism, การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม เป็นการบูรณาการแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., 1979 และทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ของ Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด

- ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม
- ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด

- ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต
- ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง
- ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้างความคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทาง พฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

- ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเอง
- ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง
- ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์

ภาวะ
ซึมเศร้า
ของ
ผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Beck, 2006) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O₁ X O₂ กลุ่มทดลอง
O₃ O₄ กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

O₂ หมายถึงการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

X หมายถึงการใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

O₃ หมายถึงการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึงการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลักษณะพื้นที่ในการศึกษา

จังหวัดสมุทรปราการเป็นพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น นิคมอุตสาหกรรมบางปู มีโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวคือโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในโรงพยาบาลมีแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชแยกเฉพาะออกไป ในคลินิกรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยติดสารเสพติดทุกชนิด บุคลากรประจำคลินิกประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการสุขภาพจิตและจิตเวช 4 ท่านผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน เปิดบริการในวันจันทร์ถึงศุกร์เวลา 08.00น.ถึง16.00น. มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 10 คนต่อเดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงมาก (16 – 29) โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522)
4. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและขนาดเท่ากัน (Fava et al.,1998.; Fava et al.,2004)
5. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวช ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่น ๆ
6. มีความสามารถในการสื่อสาร พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
7. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม และฝึกการตัดสินใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

8. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโปรแกรมการบำบัด
2. ขณะเข้ากลุ่มบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการทางจิตกำเริบ รุนแรงขึ้นในลักษณะหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หรือมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาด้านสุขภาพจนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยการใช้โปรแกรมPASS (Cohen, 1988; Tabachnick and Fidell, 2007; รัตนศิริ, 2552) โดยใช้ขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่มีค่า \bar{x} ก่อนทดลองเท่ากับ 78 (SD=7.56) และ \bar{x} หลังทดลองเท่ากับ 47.2(S.D.=14.18) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน เพื่อให้มีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20คน และกลุ่มควบคุม 20 คนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียน ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มที่กำหนดหรือไม่
2. หากพบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) กลุ่มละ 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง คู่ระดับปานกลางถึงมาก (16 – 29) ระดับการศึกษา(Beck, 1967) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกันและปริมาณยาเท่าๆกัน(Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ดังตารางที่3)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งประกอบไปด้วยคณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกสซ์กร และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมผ่านความเห็นชอบในวันที่ 4 ตุลาคม 2555 เลขหนังสือที่ สป. 0027.2/5579โรงพยาบาลสมุทรปราการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของBecket al (1979) ร่วมกับ ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) ตามแนวคิดของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของBecket al (1979) และทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) ตามแนวคิดของ Deci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)

1.2 สร้างโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมโดยประยุกต์และบูรณาการจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของBecket al (1979) และทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) ตามแนวคิดของ Deci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006) และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 17 กิจกรรม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 – 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ประกอบด้วย 2 ครั้งคือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งนำมาจากแนวคิดของDoona (1979) เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พุดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ร่วมกับสร้างข้อตกลงในการสำรวจตนเอง (self – monitoring) ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับพยาบาลในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด (White and Freeman, 2000) ในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมรวมการใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่1 กฎพื้นฐานของกลุ่ม ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระเป็นกิจกรรมการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพในระยะแรกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำมาซึ่งสร้างความคุ้นเคยในระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองเพื่อชี้แจงสมาชิกกลุ่มถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการเข้ารับการรักษาเพื่อชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเข้าใจกฎพื้นฐานของกลุ่มการรักษา ความลับของสมาชิกกลุ่มรวมถึงการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตารางวันเวลาจำนวนครั้งระยะเวลา รูปแบบในการบำบัดช่วยให้สมาชิกกลุ่มแยกแยะความแตกต่างระหว่างความคิดความรู้สึกและการแสดงออกและให้มีโอกาสสำรวจความคิดและความรู้สึกที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของตนเอง จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษา มุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหา

ของตนเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปหลังจากสร้างความไว้วางใจ (Trust) และความ เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Cohesion) ในกลุ่ม ให้สมาชิกสามารถพัฒนาทักษะและการกล้าแสดงออกใน สถานการณ์กลุ่ม เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแล้วจะทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้ดีขึ้น สามารถตอบสนองความพอใจของตนเองได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979)

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่2 การประเมินความคิดพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้าระยะเวลา 60นาที

เนื้อหาสาระกิจกรรมที่2 การประเมินความคิดและพฤติกรรมโดยการประเมินการ รับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา รวมทั้งประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้วิจัยได้รับทราบเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าสมาชิก กลุ่มมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเจ็บป่วย ของตนเองกิจกรรมที่3 เป็นการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจา โครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ว่าการ บำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี และ อาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น(Beck et al., 1979)

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นกิจกรรมที่ พยาบาลปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการพัฒนาความสามารถของตน ตลอดจน ความคิดและอารมณ์นำพาสู่พฤติกรรมเพื่อให้เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าดังนั้นในการบำบัดครั้งนี้จึงใช้ ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่4 และ 5 ฟินเฟื่องความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระเป็นการให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการ ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมและสามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก และ การแสดงพฤติกรรมของตนเองจากสถานการณ์จริงตามการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของตนเอง(Beck et al., 1979)

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่6 ข้อดี ข้อเสียของตนเอง และสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกข้อดี ข้อเสียของตนเอง และสิ่งที่ตนเอง ภาคภูมิใจ Deci & Ryan.(1987; 1991; 2000; 2006) ได้ให้ความสำคัญกับการพูดกับตนเองทางบวก เป็นการเสริมและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ถึงเป้าหมายโดยการใช้กิจกรรมการบอกข้อดีข้อเสีย ของตนเองและสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ ในการเสริมแรงและกำลังใจผลักดันสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่คงทนถาวรได้ด้วยการกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นการวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคต(Beck et al., 1979) ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 7 “ภาพตัวอย่างเจ้าเงาะ”

กิจกรรมที่ 8 สถานการณ์ “นางมะลิ” ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคต(Beck et al., 1979)

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 9 ในการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการเสริมแรงจูงใจให้คนเรามีพลังมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยให้เราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีทิศทางมุ่งสู่อนาคตเพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า เราต้องการอะไรบ้างเราจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อใคร และเพื่อที่จะทำอะไร โดยการใช้ชีวิตอยู่อย่างคุ้มค่า ใช้ชีวิตทุกๆวินาทีอย่างมีสติ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิดหรือการกระทำก็ตาม (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006)

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง เป็นการทำกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ช่วยมีการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆได้ อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ช่วยสามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันการตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองตนเองไม่ยอมรับโดยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 10 สถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ เป็นการทำกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ช่วยมีการตรวจสอบความถูกต้อง

ของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ(Beck et al., 1979)

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 11 ตารางการพิจารณาตนเองระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระเป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆได้ อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันการตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองตนเองไม่ยอมรับ(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006)

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่

กิจกรรมที่12 การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระเป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวกในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้ ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้อื่นเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน(Beck et al., 1979) ไปในทางที่เหมาะสม ร่วมกับฝึกการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และให้สมาชิกบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น ด้วยการฝึกให้มีการหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบ ซึ่งหลังจากที่มีการพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว ผลพิสูจน์มีได้ 2 ลักษณะคือ 1) ความคิดอัตโนมัติก่อทุกข์ที่ไม่จริง 2) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นจริงเมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง ความคิดอัตโนมัติทางลบจะลดลงไปเองตามธรรมชาติ แต่หากว่าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหาได้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม(Beck et al., 1979) ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยใช้กิจกรรมที่12 การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเองเป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Beck et al., 1979) ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (A Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน(Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตน(Competence)และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness)ประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองและการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006)เป็นการเสริมสร้างการกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเองในมิติหลักด้านพฤติกรรม องค์ประกอบในเรื่องการกำกับและความรับผิดชอบต่อตนเอง ในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่13 ถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น(IF=THEN=BUT=SO)ระยะเวลา 50 นาที

เนื้อหาสาระเป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุสาเหตุและแสดงพฤติกรรมการกำกับหรือควบคุมตนเองได้ฝึกการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีกำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพทั้งในช่วงการให้คำปรึกษากลุ่มและในชีวิตจริง

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่14 แผนงาน WDEP เพื่อการแสดงควมรับผิดชอบต่อตนเอง ระยะเวลา 40 นาที

เนื้อหาสาระในกิจกรรมนี้เป็นการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบ ให้ผู้ป่วยสามารถระบุพฤติกรรมที่แสดงว่าเขาสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้และสามารถแสดงควมรับผิดชอบต่อตนเอง ทั้งในสถานการณ์กลุ่มและในชีวิตประจำวัน การใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับการพัฒนาทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วย การมีอิสระแห่งตนAutonomy) การพัฒนาความสามารถของตนเอง(Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวรลดภาวะซึมเศร้าได้ ในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 13 ถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น (IF=THEN=BUT=SO) และกิจกรรมที่14 แผนงาน WDEP เพื่อการแสดงควมรับผิดชอบต่อตนเอง

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลงพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหามาเป็นการเสริมสร้างมิติหลักด้านอารมณ์และพฤติกรรมองค์ประกอบในเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพ การตัดสินใจและการพึ่งพาตนเอง(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) ใช้ระยะเวลา 90นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่15 การช่วยเหลือเกื้อกูลระยะเวลา 40 นาที

เนื้อหาสาระการเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถใช้สภาวะอิโก้ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและมีประสิทธิภาพและเป็นการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูล

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 16 กิจกรรมการวัดการพึ่งพาตนเองระยะเวลา 50 นาที

เนื้อหาสาระเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและปรับเปลี่ยนค่านิยมและเจตคติเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นสามารถโต้แย้งและท้าทายความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเองเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาตนเองได้อย่างที่มีประสิทธิภาพ(Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยใช้กิจกรรมที่16 กิจกรรมการวัดการพึ่งพาตนเอง

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์ ใช้ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้สรุปประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด ผีการปรับเปลี่ยนความคิด สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาวะค้ำคาใจนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้ในชีวิตจริงเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปประสบการณ์การเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาวะค้ำคาใจให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง และเพื่อประเมินผลการให้การบำบัดในระยะหลังการให้การบำบัดรักษาโดยใช้กิจกรรมที่ 17 ต้นไม้แห่งชัยชนะของฉันทในการสรุปการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความคิดที่บิดเบือนของมนุษย์ ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่และหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการเชิงบวก โดยการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของตนเองและการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การกำกับตนเอง ความรับผิดชอบต่อนตนเอง การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมการประเมินตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตัวเองที่คงทนถาวรตามศักยภาพ ลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการป่วยซ้ำได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

1.แผนกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.คู่มือโรคซึมเศร้าไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาโดยถือความเห็นตรงกับของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรม

ใบกิจกรรมที่ 2 ปรับปรุงแบบใบงานให้มีความง่ายต่อผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีการเขียนเป็นแนวทางให้ผู้ช่วยตอบ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในเนื้อหา

ใบกิจกรรมที่ 3 ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงเนื้อหาในเชิงบวก ให้ผู้ป่วยฟังแล้วมีกำลังใจในการรักษา

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ใบกิจกรรมที่ 4 และ 5 ปรับปรุงแบบตัวอย่างในกิจกรรมให้ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง และมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ใบกิจกรรมที่ 7 ปรับปรุงรูปภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้นในการสื่อสารกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง

ใบกิจกรรมที่ 11 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยตัดคำภาษาอังกฤษออก เน้นคำแปลภาษาไทยที่เข้าใจง่ายกว่า

ครั้งที่ 8 ยุติความสัมพันธ์

ใบกิจกรรมที่ 17 ปรับปรุงตัวหนังสือให้ตัวใหญ่ขึ้น และมีความชัดเจนมากขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน จนครบทั้ง 8 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึง อุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมและพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ (2546) มีจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ แรงจูงใจภายนอกจำนวน 4 ข้อคือข้อ 3, 6,

10, 12 แรงแจ้งใจภายในจำนวน 11ข้อคือข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11,15, 20, 23 การแสวงหาการช่วยเหลือจำนวน 6 ข้อคือข้อ 17, 18, 19, 22, 25, 26 ความมั่นใจในแผนการรักษาจำนวน 5 ข้อคือข้อ 13(R), 14, 16(R), 21(R), 24(R) ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นแบบการหาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านโดยคะแนนในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 7 ระดับตามระดับความเข้มของความคิดเห็น ตั้งแต่ 1-7คะแนนจากไม่เป็นจริงเลย ถึงเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามที่มี(R)ให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามด้านบวกและวิธีตอบคำถาม ผู้ศึกษาจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม ผู้ตอบสามารถตอบคำถามได้เองและถามผู้ศึกษาได้ในบางข้อคำถาม เมื่ออ่านคำถามแล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้พิจารณาว่าตามความคิดเห็นของตนเองอยู่ในระดับใดมากที่สุด

การแปลผลคะแนนแรงแจ้งใจในการรักษาผู้วิจัยได้แบ่งระดับความเข้มของแรงแจ้งใจตามคะแนนเฉลี่ยและอธิบายคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านโดยที่

แรงแจ้งใจภายนอก	คะแนนเฉลี่ย 16.0 คะแนน
แรงแจ้งใจภายใน	คะแนนเฉลี่ย 44.0 คะแนน
การแสวงหาการช่วยเหลือ	คะแนนเฉลี่ย 24.0 คะแนน
ความมั่นใจในแผนการรักษา	คะแนนเฉลี่ย 20.0 คะแนน
แรงแจ้งใจในการรักษาโดยรวม	คะแนนเฉลี่ย 104.0คะแนน

คะแนนรวมที่ได้สูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ถือว่าแรงแจ้งใจในการรักษาอยู่ในระดับดี และคะแนนรวมที่ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าแรงแจ้งใจในการรักษาอยู่ในระดับไม่ดี

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม คะแนนแรงแจ้งใจในการรักษาโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 104.0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้สูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ถือว่าแรงแจ้งใจในการรักษาอยู่ในระดับดี และคะแนนรวมที่ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าแรงแจ้งใจในการรักษาอยู่ในระดับไม่ดี แบบประเมินนี้จะใช้ประเมินทันทีหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมแบบบูรณาการฯ ครบในครั้งที่ 8 ดังนั้นภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ต้องมีคะแนนแรงแจ้งใจในการรักษาโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 104.0คะแนนจึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่าภายหลังการประเมินแรงแจ้งใจในการรักษาแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า104.0คะแนน พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงนำมาพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ประเมินแรงแจ้งใจในการรักษาด้วยภาวะซึมเศร้าทันทีพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มีคะแนนแรงแจ้งใจในการรักษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ คะแนนแรงแจ้งใจในการรักษาโดยรวมผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คะแนนเฉลี่ย104.0คะแนน(ดังแสดงในตารางที่ 2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมขอข้อความ ความครอบคลุม

ของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้คือ คะแนน 1 หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับค่านิยามคะแนน 2 หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับค่านิยามน้อย, คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับค่านิยาม, คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับค่านิยามมาก และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งมีผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al.,1975) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและกระชับโดยพิจารณาพร้อมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบวัดแรงจูงใจในการรักษา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ดังนั้นแบบวัดแรงจูงใจในการรักษานี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อความจาก “ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองจริงๆ” เป็น “ฉันต้องการหายจากโรคที่เป็นอยู่จริงๆ”

ข้อ 5 ปรับข้อความจาก “โดยส่วนตัวแล้ว การแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน” เป็น “โดยความคิดเห็นส่วนตัวของฉันแล้ว การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน”

ข้อ11 ปรับข้อความจาก “เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการรับการรักษาอย่างครบถ้วนหรือจนสิ้นสุดกระบวนการการรักษา” เป็น “การรับการรักษาอย่างครบถ้วน หรือจนจบกระบวนการรักษา เป็นสิ่งที่ดีที่สุด”

ข้อ15 ปรับข้อความจาก “ฉันตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะว่าต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็น” ฉันตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะว่าต้องการได้รับการช่วยเหลือ”

ข้อ16 ปรับข้อความจาก “ฉันไม่เชื่อมั่นว่าการรักษานี้จะช่วยรักษาความเจ็บป่วยของฉันได้” เป็น “ฉันไม่เชื่อมั่นว่าการบำบัดรักษานี้จะช่วยรักษาความเจ็บป่วยของฉันได้”

ข้อ17 ปรับข้อความจาก “ฉันต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในกระบวนการรักษา” เป็น “ ฉันต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในกลุ่มบำบัด”

ข้อ25 ปรับข้อความจาก “ฉันรู้สึกสบายๆในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมกระบวนการ” เป็น “ ฉันรู้สึกสบายๆในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมกลุ่มบำบัด

ข้อ26 ปรับข้อความจาก “ที่จริงฉันต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากผู้อื่นเพื่อช่วยแก้ปัญหาของตนเอง” เป็น “ฉันต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากผู้อื่นในการแก้ปัญหาของฉัน”

2. การหาค่าความเที่ยง(Reliability) การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

2.1 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 10 คน

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90 (Devellis, 1991อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)ในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ค่า .70 ขึ้นไป

4. นำแบบเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงข้อความอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดาแสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปันทา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคมีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.84 (Dobson and Shaw, 1986 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้านคือเกี่ยวกับตนเองสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และอนาคตประกอบด้วยข้อความจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับแบ่งเป็นน้อยที่สุดน้อยปานกลางมากมากที่สุดให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับแนวคิดความซึมเศร้าของเบค

ในทางคลินิกแบบสอบถามนี้ใช้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติในทางลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนนส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนนส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนนคือไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et. al., 1990 cited in Furlong & Tian, 2002) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30-80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้วกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองใหม่ในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจากการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้วกลุ่มตัวอย่างทุกรายผ่านเกณฑ์

เกณฑ์กำกับการทดลอง จะใช้ประเมินทันทีหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมแบบบูรณาการฯครบในครั้งที่ 8 โดยการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์ว่า หลังการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนนหากพบว่า ภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินกิจกรรมเสริมเพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมขอข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้คือ คะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยามคะแนน 2 หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย, คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม, คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งมีผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al.,1975) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตาม

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 28/30 = 0.93$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและกระชับโดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .93 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ1 ปรับข้อความจาก “ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก” เป็น “ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านสังคม”

ข้อ3 ปรับข้อความจาก “ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย” เป็น “ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย”

ข้อ5 ปรับข้อความจาก “ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง” เป็น “ฉันทำให้คนรอบข้างผิดหวัง”

ข้อ7 ปรับข้อความจาก “ฉันคิดว่าฉันเป็นคนดีกว่านี้” เป็น “ฉันคิดว่าฉันน่าจะเป็นคนดีมากกว่านี้”

ข้อ8 ปรับข้อความจาก “ฉันอ่อนแอเหลือเกิน” เป็น “ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าเหลือเกิน”

ข้อ14 ปรับข้อความจาก “เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ “ เป็น “ ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความผิดพลาด ”

ข้อ15 ปรับข้อความจาก “ ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น” เป็น”ฉันปรารถนาว่าฉันจะไปให้พ้นจากที่นี่และไปอยู่ที่อื่น”

ข้อ16 ปรับข้อความจาก” ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างประสานกันได้” เป็น” ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างรวมกันได้”

ข้อ22 ปรับข้อความจาก” ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง” เป็น” ชีวิตของฉันวุ่นวายสับสน”

ข้อ26 ปรับข้อความจาก” บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง” เป็น” บางสิ่งบางอย่างในชีวิตฉันน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรักษาและคะแนนเฉลี่ยการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (n=20)

คนที่	เครื่องมือกำกับการทดลอง							
	แบบประเมินแรงจูงใจ				แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ			
	ก่อนการศึกษา	แปลผล	หลังการศึกษา	แปลผล	ก่อนการศึกษา	แปลผล	หลังการศึกษา	แปลผล
1	ไม่ดี	49.0	ดี	166.0	มี	129.0	ไม่มี	69.0
2	ไม่ดี	82.0	ดี	122.0	มี	125.0	ไม่มี	60.0
3	ไม่ดี	84.0	ดี	127.0	มี	120.0	ไม่มี	55.0
4	ไม่ดี	59.0	ดี	152.0	มี	120.0	ไม่มี	50.0
5	ไม่ดี	48.0	ดี	164.0	มี	118.0	ไม่มี	38.0
6	ไม่ดี	80.0	ดี	155.0	มี	121.0	ไม่มี	56.0
7	ไม่ดี	74.0	ดี	158.0	มี	124.0	ไม่มี	60.0
8	ไม่ดี	68.0	ดี	169.0	มี	125.0	ไม่มี	70.0
9	ไม่ดี	83.0	ดี	159.0	มี	122.0	ไม่มี	48.0
10	ไม่ดี	78.0	ดี	140.0	มี	118.0	ไม่มี	35.0
11	ไม่ดี	88.0	ดี	108.0	มี	118.0	ไม่มี	34.0
12	ไม่ดี	84.0	ดี	139.0	มี	117.0	ไม่มี	35.0
13	ไม่ดี	74.0	ดี	160.0	มี	122.0	ไม่มี	48.0
14	ไม่ดี	70.0	ดี	133.0	มี	112.0	ไม่มี	33.0
15	ไม่ดี	59.0	ดี	147.0	มี	115.0	ไม่มี	39.0
16	ไม่ดี	63.0	ดี	164.0	มี	124.0	ไม่มี	55.0
17	ไม่ดี	50.0	ดี	161.0	มี	124.0	ไม่มี	50.0
18	ไม่ดี	78.0	ดี	141.0	มี	115.0	ไม่มี	35.0
19	ไม่ดี	63.0	ดี	173.0	มี	129.0	ไม่มี	70.0
20	ไม่ดี	55.0	ดี	143.0	มี	116.0	ไม่มี	40.0

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 173.0 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 108.0 คะแนน ซึ่งจะเห็นได้ว่าหลังใช้โปรแกรมแบบบูรณาการฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับดี ส่วนในเรื่องคะแนนการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการฯ มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบสูงสุดเท่ากับ 70.0 คะแนน และมีคะแนน

ความคิดอัตโนมัติทางลบต่ำสุดเท่ากับ 33.0คะแนน กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ

3.เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคร่วมอื่นๆ

3.2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุง ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุด คือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck,1967) คือ

- 0 – 9 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range)
- 10 – 15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
- 16 - 19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง(mild – moderate)
- 20– 29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก(moderate – severe depression)
- 30 – 63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)และความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ดังนี้

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อความเข้าใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 ท่านอาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 19/21 = 0.90$$

พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ11 ปรับข้อความจาก “ ฉันทโกรธง่ายตลอดเวลา” เป็น “ ฉันทเป็นคนโกรธง่ายตลอดเวลา แม้เรื่องที่เกิดขึ้นจะเล็กน้อย”

ข้อ16 ปรับข้อความจาก “ฉันทนอนก่อนปกติ1-2 ชั่วโมงและไม่สามารถนอนต่อได้อีก” เป็น “ฉันทตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะกลับไปนอนหลับต่อได้อีก”

ข้อ16 ปรับข้อความจาก “ฉันทไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย” เป็น “ฉันทตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้อีกเลย”

2.ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาคั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1.ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมทางวิชาการเรื่อง “การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับพยาบาล” ในระหว่างวันที่ 5 – 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ผู้ชำนาญการด้านการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลและประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช กับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกทางด้านจิตเวชที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาและติดตามผลอยู่

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก แล้วขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คนแล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test)

1.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน (Fava et al.,1998;Fava et al., 2004) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 3)

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบสอบถามก่อนการดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม 1สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendal(1980)แปลและเรียบเรียงภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536)และแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้ง ละ 90นาที จำนวน 8

ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมแบบบูรณาการฯทุกครั้ง หลังจากเสร็จกิจกรรมกลุ่มทั้ง 8 ครั้งผู้บำบัดขอความร่วมมือกลุ่มทดลองให้ตอบแบบประเมินความคิดเห็นอัตโนมัติในด้านลบ และแบบสอบถามแรงจูงใจในการรักษาซึ่งเป็นการกำกับการทดลองหลังการให้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมแบบบูรณาการฯในสัปดาห์ที่ 9 จะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test)

3) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

4) ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชที่มีกลุ่มทดลองอยู่เพื่อขออนุญาตนำผู้ป่วยมาดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อนจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลจิตเวช เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 9 เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(post - test)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	คะแนน	ระยะเวลาภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วย	เพศ	คะแนน	ระยะเวลาภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วย
1	ชาย	16	1 ปี	ชาย	16	8 เดือน
2	ชาย	20	3 ปี	ชาย	21	3 ปี
3	ชาย	24	6 ปี	ชาย	24	5 ปี
4	ชาย	16	2 ปี	ชาย	16	2 ปี
5	ชาย	17	1 ปี	ชาย	16	1 ปี
6	ชาย	16	1 ปี	ชาย	16	1 ปี
7	ชาย	16	1 ปี	ชาย	16	1 ปี
8	ชาย	28	4 ปี	ชาย	28	4 ปี
9	ชาย	17	1 ปี	ชาย	16	1 ปี
10	ชาย	18	1 ปี	ชาย	18	1 ปี
11	ชาย	18	2 ปี	ชาย	18	2 ปี
12	ชาย	25	4 ปี	ชาย	25	4 ปี
13	ชาย	28	7 ปี	ชาย	29	8 ปี
14	ชาย	18	1 ปี	ชาย	18	1 ปี
15	หญิง	19	2 ปี	ชาย	19	2 ปี
16	หญิง	18	2 ปี	หญิง	18	2 ปี
17	หญิง	22	3 ปี	หญิง	23	3 ปี
18	หญิง	27	4 ปี	หญิง	27	4 ปี
19	หญิง	26	5 ปี	หญิง	27	5 ปี
20	หญิง	19	2 ปี	หญิง	19	2 ปี

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน เพศหญิง จำนวน 6 คน ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน เพศหญิง จำนวน 5 คน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกันมาก กล่าวคือ คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16 – 19 คะแนน) จำนวน 12 คน ในระดับมาก (20 – 29 คะแนน) จำนวน 8 คน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่าง 1 – 2 ปี จำนวน 11 คน และมากกว่า 2 ปี จำนวน 9 คน และในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน ระหว่าง 1 – 2 ปี จำนวน 11 คน และมากกว่า 2 ปี จำนวน 8 คน

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยา ระวังอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine, amitriptyline ยา กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine และยา กลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin, trazodone, venlafaxine ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม

2.1 กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่าง สัปดาห์ที่ 1 – 8 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการ สำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัด สิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิด การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทาง ความคิดพฤติกรรม

ครั้งที่1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมิน ความคิดพฤติกรรม	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 5 มีนาคม 2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 5 มีนาคม 2556	เวลา 13.00-15.00น.	สมุทรปราการ
ครั้งที่2 การเสริมสร้างความ เชื่อในความสามารถ ของตนเอง	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 12 มีนาคม 2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 12 มีนาคม 2556	เวลา 13.00-15.00น.	สมุทรปราการ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
ครั้งที่3 การค้นหาความคิด อัตโนมัติทางลบและ การตั้งเป้าหมายและ คุณค่าของชีวิต	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 19 มีนาคม 2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 19 มีนาคม 2556	เวลา 13.00-15.00น.	สมุทรปราการ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบ ความคิดอัตโนมัติ ในทางลบ และการ เสริมสร้างการประเมิน ตนเอง	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 26มีนาคม2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล สมุทรปราการ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 26มีนาคม2556	เวลา 13.00-15.00น.	
ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยน ความคิดอัตโนมัติทาง ลบและการสร้าง ความคิดใหม่	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 2เมษายน2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล สมุทรปราการ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 2เมษายน2556	เวลา 13.00-15.00น.	
ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการ กำกับและความ รับผิดชอบต่อตนเอง	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 9เมษายน2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล สมุทรปราการ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 9เมษายน2556	เวลา 13.00-15.00น.	
ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้า แสดงออกที่เหมาะสม และการพึ่งพาตนเอง	กลุ่มที่ 1 10คน	วันที่ 23เมษายน2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล สมุทรปราการ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 23เมษายน2556	เวลา 13.00-15.00น.	
ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์	กลุ่มที่ 1 10 คน	วันที่ 30เมษายน2556	เวลา 09.00-11.00น.	สถานที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล สมุทรปราการ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	วันที่ 30เมษายน2556	เวลา 13.00-15.00น.	

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรม

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่มโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทางการสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนต่อพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม มีผู้ป่วยเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ

และจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับคนในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจาก การสนทนา ท่าทาง และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยสมาชิกเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมว่า กิจกรรมนี้ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า สมาชิกจึงให้ความร่วมมือกับพยาบาลและเพื่อนสมาชิกในการทำกิจกรรม สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลและสมาชิกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดพฤติกรรม โดยการประเมินการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย สมาชิกส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยจากการสูญเสียคนรักทั้งบิดา มารดา สามี ภรรยาของตนเองสาเหตุจากการเสียชีวิตและสามีภรณยานอกใจ อีกทั้งรวมถึงภาวะซึมเศร้าจากความผิดหวังเรื่องพฤติกรรมของบุตรในเรื่องการใช้สารเสพติด ไม่เรียนหนังสือซึ่งพยาบาลแสดงการรับรู้ แสดงออกถึงความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

“ ลูกผมบางทีก็ไม่กลับบ้าน ไปชุกอยู่กับเพื่อน ไม่รู้ว่าติดยาหรือเปล่า ”

“ ตั้งแต่สามีเสียชีวิตไป ปากก็ไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ไปทำไม ”

“ พ่อแม่ตายไป ฉันท้อดมือกินมือ ไม่มีงานทำ ก็ได้แต่อาศัยอยู่กับป่าที่เลี้ยงฉันมาตั้งแต่เล็ก ”

สำหรับปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียคนรัก บุตรหลาน ปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง กระจกสันหลังทับเส้นประสาท ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดจากปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น การไม่เข้าใจกัน ในครอบครัว การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

ช่วงที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง และแนวทางการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรวมทั้งแนวทางในการดูแลตนเอง ในขณะเกิดการเจ็บป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความคิดด้านลบต่อตนเอง ต้องรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปรับความคิดของตนเองให้คิดด้านบวก ”

“ โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตประสาท หากไม่รักษาก็จะนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้”

“ โรคซึมเศร้าบางทีก็เกิดจากกรรมพันธุ์ในครอบครัว หรือได้รับการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และต้องกินยาเพื่อปรับสมดุลในสมองและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบกิจกรรมที่ 3 และนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ในหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ ความหมายของโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

ความหมายของโรคซึมเศร้า

“ โรคซึมเศร้า คือ โรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเด่นด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข”

“ โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่องไม่สามารถคลี่คลายลงได้ แล้วทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ”

อาการและอาการแสดง

“ อาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง นอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติ สมาธิลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดอยากตาย”

“ อาการของโรคซึมเศร้า ต้องมากกว่า 2 อาทิตย์ ขึ้นไปและเป็นเกือบตลอดเวลาแทบทุกวัน ไม่ใช่เป็น ๆ หาย ๆ แล้วกลับมาเป็นใหม่”

สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

“ ฉันว่ามีได้หลายสาเหตุ ทั้งในเรื่องของกรรมพันธุ์ คือ คนที่มีพ่อ แม่เป็นก็มักจะเป็นด้วย แต่ฉันว่าสาเหตุด้านจิตใจนี้สำคัญ คือ เวลาที่เราสูญเสียคนรัก ของรัก เราก็จะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีใครต้องการ ก็จะเบื่อหน่าย ท้อแท้ ถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่”

“ ผมคิดว่าสาเหตุด้านสังคม เช่น การที่ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งไม่เข้าใจกันปัญหาทางการเงิน เงินไม่พอใช้ แล้วเราไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ก็เกิดความทุกข์ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากมีชีวิตอยู่”

การรักษา

“ ป้าว่าต้องทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ว่าเดือนสองเดือนแล้วหยุด บางคนต้องกินเป็นปี ๆ อย่างป้านี้ก็กินยาสม่ำเสมอ ไม่เคยหยุดยาสักครั้ง”

“ ผมว่า การทานยาอย่างสม่ำเสมอ ก็มีช่วยทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น แต่ทั้งนี้ การมาทำกลุ่มบำบัดกับคุณพยาบาล ก็ทำให้ผมมีความรู้ ความเข้าใจที่จะปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า”

“ ฉันเคยหยุดยา ตอนนั้นอาการไม่ดีขึ้นเลย แถมยังพยายามฆ่าตัวตาย จนพ่อแม่ต้องพาไปส่งศรีธัญญา ได้รับการช็อตไฟฟ้า ซึ่งตอนหลังทำให้อาการดีขึ้น เลยรู้ว่าคนเป็นโรคนี้นี้ ไม่ควรหยุดยาเอง”

การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค

“ ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำจิตใจให้สดชื่นเบิกบาน พยายามทำกิจกรรมทำ ไม่แยกตัว”

“ ถ้ามีปัญหาให้ปรึกษาคนในครอบครัว อย่าเก็บปัญหาไว้คนเดียว ที่สำคัญ ห้ามดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นอันขาด”

การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

“ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเอง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย หายใจไม่คล่อง หัวใจเต้นเร็ว ต้องมาพบแพทย์ทันที”

“ ฉันทกินแล้วมีอาการง่วงนอน ก็ต้องระวังเรื่องอุบัติเหตุ ไม่ขับรถหรือทำงานเวลาที่ง่วง”

และจากการประเมินกิจกรรมที่ให้ไปอ่านในคู่มือโรคซึมเศร้าเป็นการบ้านพบว่า สมาชิกมีความตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และสามารถวางแผนกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายจึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาล”

“ โรคซึมเศร้า ถ้าไม่รักษาอย่างต่อเนื่องก็จะไม่หายและกลับมาเป็นซ้ำ ป้าว่าการทานยาเลยมีความจำเป็น และต้องดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารการกิน การนอนหลับ พักผ่อน การผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการจัดการโรคซึมเศร้า ทำให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการจัดการโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 4 และ 5 การทำกลุ่มเรื่องพื้นเพความคิด ความรู้สึก การกระทำจากเหตุการณ์จริงของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ภายหลังการทบทวนเรื่องข้อตกลงของกลุ่ม โดยเน้นเรื่องการรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม หลังจากนั้นจึงเริ่มทำกิจกรรมกลุ่มเรื่องพื้นเพความคิด ความรู้สึก และการกระทำ และให้สมาชิกกลุ่มนำเรื่องการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยมาพิจารณาแล้ว เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สมาชิกสามารถตอบคำถามได้อย่างเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ สามีนอกใจฉัน ”

“ ผมสูญเสียเค้าไปแล้ว ภรรยาของผมเสียชีวิตไปนานแล้ว”

“ ลูกของป้าไม่ค่อยกลับบ้าน ชอบแต่ไปอยู่กับเพื่อน ไม่รู้ไปทำอะไรกัน ไปติดยาหรือเปล่าก็ไม่รู้ กังวลใจนะคะ”

สำหรับปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มคือ ความคิดความรู้สึกทางด้านลบคือ “ ความรู้สึก ” เสียใจ ” ” ผิดหวัง ” สิ่ง que แสดงออกโดยการกระทำคือ ทะเลาะวิวาทกัน การดูแลสุขภาพร่างกายตนเองลดลง

ทั้งนี้จากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอต่อสมาชิกกลุ่มแสดงให้เห็นว่าสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ระบุความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ เมื่อเราต้องปล่อยให้ตัวเองสกปรก ทำให้คนอื่น ๆ จะไม่อยากเข้าใกล้ อาจเป็นเพราะเรามัวแต่คิดหมกมุ่นกับภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้ว”

“ การทำความสะอาดร่างกายอย่างเดียวไม่พอ ต้องดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ที่สวมใส่ไม่หมักหมม ก็ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยเฉพาะเสื้อชั้นใน กางเกงใน ที่สกปรกมากก็นำไปซัก”

“ เมื่อเวลาเครียด เบื่อ ๆ ก็จะกินอย่างเดียว ทำให้น้ำหนักขึ้น ก็ยิ่งเครียดเรื่องรูปร่างไปอีก”

“ ป้าเบื่ออาหาร บางวันกินได้ 4 – 5 คำ ก็ไม่อยากกิน แต่ก็รู้สึกว่าร่างกายไม่มีแรงเลยนะ คงเป็นเพราะป้าคิดถึงสามีที่เสียชีวิตไปแล้ว”

การนอนหลับพักผ่อน

“ ผมนอนไม่ค่อยหลับ ต้องกินยานอนหลับตลอด บางวันกินแล้วยังนอนไม่หลับอีก ผมก็แอบเพิ่มยากจะได้หลับ ที่นี้เลยหลับแบบลุกไม่ขึ้น มีนงไปหมด รู้สึกว่าไม่ตี ไม่รู้เป็นเพราะอะไร”

“ ฉันทจะไม่พยายามหลับในตอนกลางวัน ก่อนนอนจะฟังเทปธรรมะ หรือนั่งสมาธิจิตใจจะสงบพักผ่อนได้ดี แต่ถ้าดูทีวีก่อนนอนจะนอนไม่หลับ เพราะบางครั้งก็เอาเรื่องในละครมาเทียบกับปัญหาของตัวเอง ยิ่งทำให้เครียด นอนไม่หลับไปอีก”

“ ฉันทเป็นคนโกรธง่าย อะไรนิดอะไรหน่อยก็จะใช้อารมณ์ตลอด คงเป็นเพราะพี่วิตกกังวลเรื่องลูกมั่ง”

“ หนูมักจะเก็บปัญหาเอาไว้คนเดียวจนกลายเป็นความเครียดสะสม บางครั้งก็พยายามหนีปัญหาโดยการทำร้ายตนเอง”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและการกระทำแล้ว ทำให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 6 การบอกข้อดี และสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่แยกตัว สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยกันมากขึ้นกว่าเดิมพูดถึงเกี่ยวกับศักยภาพในความเป็นบิดา มารดาที่มีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของตนเองได้ มีสมาชิกกลุ่มส่วนน้อยที่ยังมองไม่เห็นข้อดีของตนเอง แต่สิ่งที่สมาชิกกลุ่มทุกคนมีความภาคภูมิใจคือการที่ตนเองเป็นบุตรที่ดีของบิดาและมารดา ซึ่งในการทำกลุ่มผู้บำบัดใช้เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา(Reflection of content) สะท้อนความรู้สึก(Reflection of feeling) และการสรุปความ(summarizing) เพื่อสะท้อนความหมาย และเนื้อหาสาระสำคัญของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำ จากสถานการณ์จริงของสมาชิกแต่ละคน

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 7 ความคิดแวบแรกที่บอกกับตนเองเรื่อง “ ภาพตัวอย่าง เจ้าเงาะ ” ซึ่งหลังจากที่ผู้บำบัดได้มีการอธิบาย และทำความเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำแล้ว จึงดำเนินกิจกรรม “ ภาพตัวอย่างเจ้าเงาะ ” เพื่อค้นหาความคิดแวบแรกที่สามารถบอกกับตนเองได้ เมื่อเจอกับสถานการณ์สมมุติ กล่าวคือสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีความคิดแวบแรกให้เห็นภาพเจ้าเงาะว่า

“เจ้าเงาะตัวดำน่าเกลียด คงมีนิสัยดุและใจร้ายแน่ๆ” สมาชิกบางคนคิดแวบแรกว่า

“เจ้าเงาะตัวดำน่าเกลียด แต่อาจจะมินิสวยดีก็ได้”

หลังดำเนินการกลุ่มสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจว่า ความคิดหมายถึงอะไร อารมณ์หมายถึงอะไร และพฤติกรรมหมายถึงอะไร สามารถแยกแยะออกจากกันได้ มองเห็นความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมหรือการกระทำ จึงนำไปสู่การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบผู้ป่วย เกิดความตระหนักและเริ่มต้นที่จะฝึกจับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมหรือการกระทำ ของตนเองที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 8 เรื่อง” นางมะลิ “ กล่าวคือสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า

“ นางมะลิดคิดว่าตนเองจะต้องติดเชื่อและโดนตัดขาแน่ๆ”

“ นางมะลิรู้สึกวิตกกังวลว่าอาจจะติดเชื่อและโดนตัดขาแน่ๆ จึงทำให้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ”

“ นางมะลิกังวลมากจึงร้องไห้ และนอนไม่หลับ ”

ขณะดำเนินการกลุ่มผู้บำบัดชี้ประเด็นให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่า ในความเป็นจริงแล้วอาจเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นหรืออาจจะไม่เกิดขึ้นก็ได้ ผู้บำบัดจึงต้องประเมินลักษณะการคิดของผู้ป่วย ว่ามีความคิดบิดเบือน สมเหตุสมผลหรือไม่และชี้ให้เห็นถึงลักษณะการคิดดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจ ลักษณะการคิดของตนเองแล้วผู้บำบัดกระตุ้นแรงจูงใจโดยการพูดให้กำลังใจ

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกตสมาชิกสามารถแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่ส่งผลกับพฤติกรรมหรือการกระทำ จากการบำบัด สมาชิกพิจารณาว่าความคิดแวบแรกนี้เป็นด้านบวกหรือด้านลบ ถ้าความคิดแวบแรกเป็นด้านลบ ความรู้สึกที่ตามมาจึงเป็นด้านลบ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมทางลบถ้าความคิดแวบแรกเป็นด้านบวก ความรู้สึกที่ตามมาจึงเป็นด้านบวก ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมทางลบบวก ถ้าผู้ป่วยคิดไปในทางลบจะก่อให้เกิดความขัดแย้งและการสูญเสีย ในระหว่างการทำกลุ่ม มีการสะท้อนความคิดของผู้ป่วยและผู้บำบัดสามารถประเมินลักษณะการคิดของผู้ป่วยว่าเป็นความคิดที่บิดเบือน สมเหตุ สมผลหรือไม่(อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548, Stuart, 2005)

ช่วงที่ 3 กิจกรรมที่ 9 การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต หลังจากให้ผู้บำบัดเสริมแรงจูงใจโดยการให้กำลังใจผู้ป่วยแล้ว จึงมีการมาตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตร่วมกัน ซึ่งผู้บำบัด

พูดถึงความต้องการในชีวิตสมาชิกกลุ่มทุกคนตอบว่า “ ฉันต้องการความสุข” ผู้บำบัดถามว่า สมาชิกได้รับสิ่งนั้นหรือยัง สมาชิกส่วนใหญ่ตอบว่า “ ยังไม่ได้รับความสุขนั้นเลย” ผู้บำบัดถามว่าอะไรที่เข้ามาขัดขวางสมาชิกไม่ให้ไปถึงเป้าหมาย สมาชิกส่วนใหญ่ตอบว่า “ การสูญเสียคนที่เรารัก การผิดหวังจากความรัก” ผู้บำบัดถามว่าจะทำอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ สมาชิกบางคนตอบว่า “ เราต้องคิดที่จะรักตัวเองก่อน ก่อนจะไปรักคนอื่น” สมาชิกบางคนก็ตอบว่า “ ไม่รู้จะทำอย่างไรให้ลืม” ผู้บำบัดจึงใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจกันเอง ทำให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้จนจบกลุ่ม

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตอบข้อซักถามต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นว่า สมาชิกรู้จักตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และยอมรับกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ ฉันมีข้อเสีย คือ ใช้จ่ายเงินเกินตัวทำให้มีหนี้สินมาก แต่ข้อดี ก็คือ ชยันทำงาน อดทน ไม่เกียจงาน การจะแก้ข้อเสียของฉัน ฉันคิดว่าจะทำสมุทราจารย์รายจ่าย ในครอบครัวจะได้รู้ว่าตนเองใช้เงินไปทำอะไรบ้าง จำเป็นหรือไม่ และพยายามอดออมเงินเพื่อนำมาใช้หนี้และไม่ก่อหนี้เพิ่มอีก”

“ ข้อเสียของฉัน คือ เป็นคนยอมคนอื่น เช่น เวลาสามีทำร้ายฉัน ฉันก็จะยอมให้เขาทำ ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่า หมดหนทางที่จะต่อสู้ แต่เมื่อได้รับความรู้ จากพยาบาลและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ฉันก็เลยรู้ว่า ตนเองมีข้อดีที่น่าภูมิใจ คือ ฉันสามารถเลี้ยงลูกและส่งเสียลูกจนจบปริญญาตรีทั้งสองคน ทั้ง ๆ ที่ฉันจบแค่ ป.6 และสามีไม่เคยส่งเสียเลี้ยงดู ฉันกับลูกเลย ฉันจึงตั้งมั่นว่าจะไม่ยอมให้สามีทำร้ายอีก ฉันจะย้ายไปอยู่กับลูกชายคนโต เพราะเขาและภรรยาอยากให้ฉันไปอยู่ด้วย”

ทั้งนี้จากผลลัพธ์ในใบงานที่สมาชิกฝึกปฏิบัติ เรื่องการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความตระหนักถึงความสำคัญของรับรู้และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยสมาชิกบอกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมจะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางที่ไม่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลืองานในครอบครัว สังคมการวางเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพลังมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายในชีวิตสามารถกำหนดหรือทำให้คนเราเป็นเจ้าของชีวิตของตนเองอย่างแท้จริง

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และการเสริมสร้างการประเมินตนเอง

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 10 เรื่องคุณอนุชัช หลังจากสมาชิกกลุ่มได้รับการฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองแล้วจึงนำความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นมาตรวจสอบความคิด โดยการหาหลักฐานมาสนับสนุนและคัดค้านความคิดทางลบ สะท้อนและตระหนักถึงความคิดทางลบที่ไม่สมเหตุสมผลนั้นและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนโดยใช้สถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนเรื่อง “ คุณอนุชัช” สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา และมีความเข้าใจมากขึ้นดังตัวอย่างความคิดดังนี้

“ พี่คิดว่าคุณอนุชัชนอกใจ จึงเกิดอารมณ์โมโหแล้วก็เลยพูดตะโกนเสียงดังและผลักคุณอนุชัชล้มลง” หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเป็นจริงคือ

“ การเห็นภาพเหตุการณ์คุณอนุชัชซึ่งเป็นสามีตนเองคุยกับผู้หญิงอื่น” ผู้บำบัดจึงคุยถึงประเด็นการคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นว่า “ หลักฐานที่เห็นอาจเป็นแค่การพูดคุยกันฉันท์เพื่อนก็ได้” หลักฐานนี้ยังไม่เพียงพอกับการพิสูจน์ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเป็นจริง จนกว่าจะได้รับการพูดคุยกันให้เข้าใจ รับฟังเหตุผลของแต่ละคนก่อน

หลังจากที่สมาชิกกลุ่มได้มีการเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยอมรับ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง แล้วได้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด และแนวทางการแก้ไขปัญหาจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยววรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากนักศึกษาได้รับการปรึกษาแล้วพบว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลมีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 11 ตารางการพิจารณาตนเอง ซึ่งนอกจากสมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะสามารถประเมินความคิดและความรู้สึกของตนเองได้ตามสภาพความจริงแล้ว สมาชิกกลุ่มยังเรียนรู้การเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ทั้งในแง่มุมมองที่สอดคล้องและแตกต่างกัน นอกจากนั้นสมาชิกกลุ่มยังสามารถพูดถึงลักษณะของตนเองที่ขัดแย้งกันทั้งในด้านบวก และด้านลบ ดังต่อไปนี้

- “ฉันเป็นคนใจเร็วหุนหันพลันแล่นมากกว่าเป็นคนรอบคอบ”
- “ฉันเป็นคนอ่อนคลายมากกว่าเคร่งเครียด”
- “ฉันเป็นคนมั่นใจตัวเองมากกว่าประหม่า
- “ฉันเป็นคนมีความสุขมากกว่ามีความทุกข์”
- “ฉันเป็นคนขยันมากกว่าขี้เกียจ”
- “บางครั้งฉันก็เป็นคนดีมากกว่าเชื่อฟัง”
- “ฉันเป็นคนมีความสามารถมากกว่าไร้ความสามารถ”
- “ฉันเป็นคนเห็นใจคนอื่นมากกว่าเย็นชา”
- “ฉันเป็นคนตั้งอกตั้งใจมากกว่าเป็นคนหมกหมุ่นกับเรื่องอดีตที่ผ่านมา”
- “ฉันอยากเป็นมิตรกับคนอื่นมากกว่าการเห็นห่าง”
- “ฉันเป็นคนที่น่าคบมากกว่าน่าเบื่อ”
- “ฉันเป็นผู้ใหญ่มากกว่าที่ฉันจะทำตัวเป็นเด็ก”
- “ฉันเป็นคนถ่อมตนมากกว่าที่ฉันจะทำตัวโอ้อวด”
- “ฉันเป็นคนน่าคุยด้วยมากกว่าที่จะเป็นคนน่ารำคาญ”
- “ฉันเป็นคนน่าเชื่อถือมากกว่าไม่น่าเชื่อถือ”

ซึ่งจากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มสามารถเปิดเผยตนเองในสถานการณ์กลุ่มได้อย่างเป็นธรรมชาติ รวมทั้งสามารถรับฟังและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกกลุ่มได้อย่างเป็นกันเอง

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้างความคิดใหม่ โดยช่วงที่ 1 การใช้เหตุการณ์ตัวอย่างกิจกรรมที่ 12 เรื่อง “คุณอนุชัช” ในการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ให้กับผู้ป่วย โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบซ้ำๆ ผลกระทบที่ตามมาอย่างรุนแรงคือความเจ็บปวดที่นำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกคิดเชิงบวก สมาชิกสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

ผู้บำบัดอธิบายว่า “ความคิดอัตโนมัติทางลบแวบแรกสามารถคิดได้ว่าอนุชัชมีความสัมพันธ์เชิงลึกกับคุณสิวา แต่ต้องหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิดนั้นให้ได้ว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเป็นจริงหรือไม่ ซึ่งในความเป็นจริง เราอาจแค่ประเมินในสิ่งที่เห็นแล้วก็คิดไปแล้ว ซึ่งในความจริงคุณอนุชัชอาจจะไม่ได้เป็นอย่างที่เราคิด เราควรพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบนี้อย่างสมเหตุสมผลก่อน

แล้วค่อยตัดสินใจ”ซึ่งสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า “เห็นด้วย” ดังนั้นผู้บำบัดจึงกระตุ้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่จากสถานการณ์จริงในกลุ่ม ซึ่งมีเรื่องราวคล้ายๆกันคือ การคิดโทษตนเองว่าไม่มีคุณค่าสำหรับการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบในสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง มีความคิดมองตนเองว่าไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการ และ ไม่มีคุณค่า และมีสมาชิกบางส่วนที่มักมีความคิดแบบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดี ขึ้นกับตน ทำให้สมาชิกเหล่านี้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย นำมาฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ หลังการทำกลุ่มทำให้สมาชิกส่วนใหญ่สามารถสร้างความคิดใหม่ให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ ความคิดด้านลบต่อตนเอง คือ การโทษตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรล้มเหลว เมื่อมีความคิดเช่นนี้ให้พิจารณาถึงความสำเร็จที่ตนเองเคยได้รับ และให้พยายามทำสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อยก็ตาม เช่น ช่วยงานบ้าน”

“ ความคิดด้านลบ คือ ความคิดที่ไม่มีเหตุผล อาจเป็นการคิดเข้าข้างตนเอง มองตนเองในทางที่ไม่ดี โทษตัวเอง หรือมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบอย่างเดียว ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ”

“ การเปลี่ยนความคิด ต้องเริ่มจากที่เราหาว่าอะไรคือความคิดด้านลบของเรา แล้วใส่ความคิดด้านบวกเข้าไปแทน ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจตนเอง การมองสิ่งต่าง ๆ หลาย ๆ แง่มุมที่ต้องมีด้านดี และด้านไม่ดี ปะปนกันไป รวมทั้งต้องเห็นคุณค่าในตนเองด้วย”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่าสมาชิกสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์หรือเหตุการณ์กับความคิดที่บิดเบือน อารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการฝึกคิดเชิงบวกที่จะนำไปใช้เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบลงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ ฉันคิดว่าที่ตนเองทะเลาะกับเพื่อน เพราะคิดว่าเพื่อนไม่ชอบ เนื่องจากว่าเคยทักทายแล้วเพื่อนไม่ทักทายตอบ ทำให้คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เพื่อนไม่รัก แต่หากคิดในด้านบวกเพื่อนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอื่น ๆ ทำให้ไม่ได้ยินที่ตนเองทักทาย เลยไม่ได้ทักทายตอบเพราะฉะนั้นตนเองก็ไม่ควรไปน้อยใจหรือโกรธเพื่อนแต่ต้องคอยช่วยเหลือเพื่อนให้พ้นจากความทุกข์”

“ หนูคิดว่าที่ตนเองหางานทำไม่ได้ เพราะตนเองไม่มีความรู้ ความสามารถ ทำให้รู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า แต่หากคิดในทางกลับกัน หนูอาจสมัครงานในตำแหน่งที่ไม่ตรงกับความรู้ ความชำนาญก็ได้ ซึ่งหนูควรเลือกงานที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของตนให้มากที่สุด”

“ ผมมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากภรรยาทิ้งไปมีสามีใหม่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองไม่ควรมีชีวิตอยู่เพราะไม่มีคนต้องการ เมื่อผู้ป่วยได้ปรับความคิดด้านลบทำให้เห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า เพราะเป็นที่พึ่งของมารดาและบุตร ซึ่งหากตนเองฆ่าตัวตายมารดากับบุตรจะลำบาก ไม่มีคนดูแล จึงรู้สึกรักตนเองมากขึ้น”

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าสมาชิกรับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และสามารถนำความรู้ในการพัฒนาทักษะที่ได้ไปใช้ในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และระบุความสำคัญของปัญหา โดยมีเป้าหมาย และแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นคลี่คลายลงได้ ดังเช่น สมาชิกสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถวางแผนการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้อย่างหลากหลาย รวมทั้ง

มีการดึงเอาทรัพยากรมาสนับสนุนในการแก้ปัญหา จากนั้นสมาชิกยังสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดได้

นอกจากนี้จากการประเมินการฝึกปฏิบัติและสรุปสิ่งที่ได้ตามใบกิจกรรม แสดงให้เห็นว่าสมาชิกเข้าใจวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องนั้น เราต้องกำหนดปัญหาให้แน่ชัดก่อนว่าปัญหานั้นมีสาเหตุมาจากอะไร แล้วจึงกำหนดความสำคัญของปัญหาโดยต้องนำเอาปัญหาที่เร่งด่วนมากและสำคัญมากมาก่อน เป็นอันดับแรก แล้วจึงวางแผนการแก้ปัญหาอาจมีได้หลายวิธีให้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งที่ดีที่สุดมีข้อเสียน้อยที่สุด จากนั้นก็ดำเนินการแก้ปัญหาโดยต้องมีการประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาทุกครั้ง เพื่อนำเอาข้อผิดพลาดที่พบมาแก้ไขต่อไป”

สำหรับปัญหาของสมาชิกกลุ่มนั้น ส่วนใหญ่สมาชิกจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ มากกว่ามุ่งแก้ไขปัญหา ทำให้ปัญหาที่แท้จริงไม่ได้รับการแก้ไข กลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้สมาชิกรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหนทางที่จะแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพได้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับและความรับผิดชอบตนเอง

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 13 ถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น (IF = THEN = BUT = SO) เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว พบว่าจากการสังเกตการณ์เข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกส่วนใหญ่มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี สมาชิกกลุ่มได้รับการฝึกพฤติกรรมใหม่เรื่องการกำกับและความรับผิดชอบตนเองดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

1) สถานการณ์ที่กำหนดให้ถ้า : IF “ฉันไม่รับประทานยาที่รักษาโรคซึมเศร้า”

2) ผลลัพธ์แล้ว:THEN “ฉันจะได้ไม่ต้องรับผลข้างเคียงของการรับประทานยา”

3) เงื่อนไขแต่ : BUT “ฉันต้องป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตลอดชีวิต”

4) พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ ดังนั้น : SO “ฉันต้องไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า” โดยที่สมาชิกกลุ่มบางคนมีจิตอาสาที่จะแสดงความคิดเห็นพฤติกรรมกำกับตนเองให้สมาชิกส่วนใหญ่ได้รับฟังสามารถกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเองโดยการใช้การกำกับตนเอง

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 14 แผนงานWDEP

หลังจากนั้นผู้บำบัดใช้เทคนิคแผนงาน WDEP ให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุพฤติกรรมที่แสดงว่าตนเองมีความสามารถรับผิดชอบตนเองได้ ตัวอย่างผลลัพธ์จากการใช้เทคนิคดังกล่าวคือ

1) สิ่งที่ต้องการ (Wants)

สิ่งที่ฉันต้องการทำคืออะไร : ดูแลตนเอง/ รับประทานยาต้านการซึมเศร้าตามแพทย์สั่ง

สิ่งที่กระทำ (Direction and Doing)

ฉันกำลังทำอะไรอยู่ : ฉันกำลังดูแลตนเองอยู่

เมื่อฉันทำเช่นนั้น ฉันกำลังคิดอะไรอยู่ : ฉันคิดว่าวันพรุ่งนี้ต้องดีกว่าวันนี้

เมื่อฉันทำหรือคิดเช่นนั้น ฉันรู้สึกอย่างไร : ฉันรู้สึกภาคภูมิใจที่ฉันไม่เป็นภาระของใคร

การประเมิน(Evaluation)

สิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่นั้น จะทำให้ฉันได้รับสิ่งที่ฉันต้องการหรือไม่ : ได้

สิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่นั้น ทำให้ฉันตั้งใจทำอะไรที่ฉันต้องการหรือไม่ : ตั้งใจ
ฉันใช้ความพยายามในการเตรียมตัวปฏิบัติ มากน้อยเพียงใด : ปานกลาง
สิ่งที่ฉันสัญญาว่าจะทำนั้น เป็นไปตามความต้องการของฉัน มากน้อยเพียงใด : มาก

การวางแผน (Planning)

ฉันมีความชัดเจนในสิ่งที่ฉันกำลังจะทำหรือไม่ : มาก
สิ่งที่ฉันต้องการที่จะทำนั้น ฉันจะทำให้สำเร็จได้หรือไม่ : ต้องการ
ฉันมีวิธีการที่จะรู้ได้ว่า ฉันจะทำในสิ่งที่ฉันต้องการ หรือไม่ : มี
ฉันสามารถทำอะไรที่ฉันต้องการทันที หรือไม่ : ได้
ฉันสัญญาว่าจะทำในสิ่งที่ฉันต้องการ หรือไม่ : สัญญา

2) สิ่งที่ต้องการ (Wants)

สิ่งที่ฉันต้องการทำคืออะไร : ฉันต้องการหายจากโรคซึมเศร้า

สิ่งที่กระทำ (Direction and Doing)

ฉันกำลังทำอะไรอยู่ : ปรับความคิด
เมื่อฉันทำเช่นนั้น ฉันกำลังคิดอะไรอยู่ : คิดอะไรที่ผมอยากคิด
เมื่อฉันทำหรือคิดเช่นนั้น ฉันรู้สึกอย่างไร : มีความสุข

การประเมิน(Evaluation)

สิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่นั้น จะทำให้ฉันได้รับสิ่งที่ฉันต้องการหรือไม่ : ได้
สิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่นั้น ทำให้ฉันตั้งใจทำอะไรที่ฉันต้องการหรือไม่ : มาก
ฉันใช้ความพยายามในการเตรียมตัวปฏิบัติ มากน้อยเพียงใด : มาก
สิ่งที่ฉันสัญญาว่าจะทำนั้น เป็นไปตามความต้องการของฉัน มากน้อยเพียงใด : มาก

เพราะจะทำให้ฉันมีความสุข

การวางแผน (Planning)

ฉันมีความชัดเจนในสิ่งที่ฉันกำลังจะทำหรือไม่ : ใช่
สิ่งที่ฉันต้องการที่จะทำนั้น ฉันจะทำให้สำเร็จได้หรือไม่ : สำเร็จ
ฉันมีวิธีการที่จะรู้ได้ว่า ฉันจะทำในสิ่งที่ฉันต้องการ หรือไม่ : มี
ฉันสามารถทำอะไรที่ฉันต้องการทันทีหรือไม่ : ไม่ทันทีค่อยๆทำ
ฉันสัญญาว่าจะทำในสิ่งที่ฉันต้องการหรือไม่ : สัญญา

จากการสังเกตหลังการบำบัดสมาชิกกลุ่มสามารถตอบคำถามได้สอดคล้องกับประเด็นในกิจกรรมที่แสดงถึงความคิดที่จะความรับผิดชอบและดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง

ช่วงที่ 1 กิจกรรมที่ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูล ในการทบทวนการเรียนรู้และประสบการณ์จากการบำบัดรักษาครั้งที่ 6 ที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างการกำกับและความรับผิดชอบต่อตนเอง สมาชิกส่วนใหญ่สามารถสรุปสาระสำคัญและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ประกอบกับการใช้กิจกรรม “ การช่วยเหลือเกื้อกูล ” ให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ที่จะตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สมาชิกกลุ่มสามารถเรียงลำดับภาพตามลำดับเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง

สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบแสดงความคิดเห็นว่า “ เกิดอะไรขึ้นในภาพ ถ้าผมเห็นสุนัขกำลังจะตกน้ำ ผมก็ต้องไปตามคนมาช่วยผมเพื่อช่วยเหลือสุนัขให้ปลอดภัย การร่วมมือร่วมใจกันเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นให้รอดพ้นจากอันตราย หากปราศจากคนใดคนหนึ่งแล้วจะไม่สามารถบรรลุต่อภารกิจดังกล่าวได้ในชีวิตคนเราการมีเพื่อนทำให้เรามีความสุขมากขึ้น”

ช่วงที่ 2 กิจกรรมที่ 16 การพึ่งพาตนเอง หลังการทำกิจกรรมประเมินการพึ่งพาตนเองสิ่งที่ประเมินได้คือสมาชิกกลุ่มสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์กลุ่มกับสถานการณ์ในชีวิตจริงได้อย่างสอดคล้องกัน สมาชิกทุกคนมีความตั้งใจที่จะทำแบบประเมินการพึ่งพาตนเอง ซึ่งหลังจากการทำแบบประเมินแล้วสมาชิกทุกคนได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนนทุกคน แสดงว่าสมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองในสถานการณ์กลุ่มได้และได้เน้นให้สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 8 ยุติความสัมพันธ์ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากความสนใจในการร่วมอภิปราย ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการตอบข้อซักถามแสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีความตระหนัก และรับรู้ปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า สมาชิกเกิดความมั่นใจ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ ผมเชื่อมั่นว่าตนเองต้องหายและจะไม่ทำร้ายตนเองอีก”

“ ฉันรู้สึกสบายใจขึ้นและพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาที่จะเข้ามา”

และจากผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามใบกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายแสดงให้เห็นว่า สมาชิกสามารถวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ทั้งในด้านครอบครัว หน้าที่การงาน การดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และด้านการเข้าร่วมชุมชน อย่างถูกต้องเหมาะสม ยกตัวอย่าง เช่น

“ สมาชิกรายหนึ่งบอกว่าตอนนี้ทำงาน ก็พยายามหางานทำโดยอาจเป็นงานรับจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ และวางแผนว่าจะขายอาหารตามสั่งด้วย เนื่องจากตนเองพอมีฝีมือด้านการทำอาหาร ซึ่งขณะนี้ก็ช่วยงานบ้านในครอบครัวด้วย จะได้ไม่เดือดร้อนคนในครอบครัวมากเกินไป”

2.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้สมาชิกกลุ่มประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบและประเมินแรงจูงใจในการรักษาในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมครั้งที่ 8 เสร็จสิ้นแล้ว ได้ตรวจสอบค่าความคิดอัตโนมัติในด้านลบและประเมินแรงจูงใจในการรักษาในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์ สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้ระดับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จะทำความเข้าใจร่วมกันและให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเสริมในส่วนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ซึ่งจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนของแบบความคิดอัตโนมัติในด้านลบและประเมินแรงจูงใจในการรักษาผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือความคิดอัตโนมัติในด้านลบที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนนและประเมินแรงจูงใจในการรักษาโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 104.0 คะแนน ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชุดเดิม (Post-test) พบว่าสมาชิกทุกคน มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำลง

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendal(1980)แปลและเรียบเรียงภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) และแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546) รายละเอียดดังตารางที่ 2

3.2 หลังการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendal(1980)แปลและเรียบเรียงภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) และแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546) รายละเอียดดังตารางที่ 2

3.3 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม1สัปดาห์ กล่าวคือในสัปดาห์ที่ 9ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(post – test) โดยใช้เครื่องมือชุดเดิมดังแสดงในตารางที่ 5 – 6

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ตารางที่ 5 คะแนนภาวะซึมเศร้า และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง					
คนที่	เพศ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	ชาย	16	ปานกลาง	8	ปกติ
2	ชาย	20	มาก	15	เล็กน้อย
3	ชาย	24	มาก	15	เล็กน้อย
4	ชาย	16	ปานกลาง	7	ปกติ
5	ชาย	17	ปานกลาง	6	ปกติ
6	ชาย	16	ปานกลาง	7	ปกติ
7	ชาย	16	ปานกลาง	6	ปกติ
8	ชาย	28	มาก	18	ปานกลาง
9	ชาย	17	ปานกลาง	9	ปกติ
10	ชาย	18	ปานกลาง	8	ปกติ
11	ชาย	18	ปานกลาง	10	เล็กน้อย
12	ชาย	25	มาก	12	เล็กน้อย
13	ชาย	28	มาก	14	เล็กน้อย
14	ชาย	18	ปานกลาง	6	ปกติ
15	หญิง	19	ปานกลาง	7	ปกติ
16	หญิง	18	ปานกลาง	6	ปกติ
17	หญิง	22	มาก	12	เล็กน้อย
18	หญิง	27	มาก	14	เล็กน้อย
19	หญิง	26	มาก	14	เล็กน้อย
20	หญิง	19	ปานกลาง	8	ปกติ

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 12 คน และระดับมาก (20 – 29 คะแนน) จำนวน 8 คน

แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0 – 9) จำนวน 11 คน ระดับเล็กน้อย (10 – 15 คะแนน) จำนวน 8 คน ระดับปานกลาง (16 – 19 คะแนน) จำนวน 1

ตารางที่ 6 คะแนนภาวะซึมเศร้าและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม					
คนที่	เพศ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	ชาย	16	ปานกลาง	18	ปานกลาง
2	ชาย	21	มาก	24	มาก
3	ชาย	24	มาก	24	มาก
4	ชาย	16	ปานกลาง	16	ปานกลาง
5	ชาย	16	ปานกลาง	17	ปานกลาง
6	ชาย	16	ปานกลาง	18	ปานกลาง
7	ชาย	16	ปานกลาง	17	ปานกลาง
8	ชาย	28	มาก	32	รุนแรง
9	ชาย	16	ปานกลาง	16	ปานกลาง
10	ชาย	18	ปานกลาง	18	ปานกลาง
11	ชาย	18	ปานกลาง	22	มาก
12	ชาย	25	มาก	29	มาก
13	ชาย	29	มาก	32	รุนแรง
14	ชาย	18	ปานกลาง	19	ปานกลาง
15	ชาย	19	ปานกลาง	18	ปานกลาง
16	หญิง	18	ปานกลาง	21	มาก
17	หญิง	23	มาก	28	มาก
18	หญิง	27	มาก	31	รุนแรง
19	หญิง	27	มาก	27	มาก
20	หญิง	19	ปานกลาง	19	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 12 คน และระดับมาก (20 – 29 คะแนน) จำนวน 8 คน

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16 – 19 คะแนน) จำนวน 10 คน ระดับมาก (20 – 29 คะแนน) จำนวน 7 คน ระดับรุนแรง (30 – 63 คะแนน) จำนวน 3 คน

ตัวอย่างกรณีศึกษา

Population NO. 8 สมาชิกในกลุ่มทดลอง เป็นชายไทย คู่ อายุ 55 ปี อาศัยอยู่กับภรรยา ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร วันนี้อาการป่วยกับภรรยาซึ่งช่วยให้ประวัติ สงสัยว่าสามีน่าจะเป็นโรค ซึมเศร้าด้วยหรือไม่ ปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้านี้อายุประมาณ 4 ปี

อาการสำคัญ

รับประทานอาหารได้น้อย ไม่พูดกับใคร ไม่สนใจดูแลความสะอาดทางร่างกายในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 ปีก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากที่ทราบว่าบุตรชายของผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการติดยาบ้า ถึงต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย ภรรยาสังเกตว่าผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆลดลง ทำกับข้าวน้อยลงทั้งที่เป็นกิจกรรมที่ชอบ ไม่ค่อยออกนอกบ้านเหมือนเคย บางครั้งใช้เวลา นั่งอยู่เฉยๆเป็นเวลานาน นอนหลับมากขึ้นโดยบอกว่าร่างกายอ่อนเพลีย มีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย น้ำหนักลด 2 กิโลกรัมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา บ่นบ่อยๆว่าไม่อยากเป็นภาระกับลูกๆหากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เคยขับรถเองได้แต่บอกว่าไม่อยากขับ ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย เพียงแต่ถามคำถามซ้ำๆมากขึ้น ผู้ป่วยยังทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้เป็นปกติ เช่น กินอาหาร อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัว ทำงาน บ้าน เรื่องการเงินภรรยาเป็นคนจัดการมาโดยตลอด

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายของตนเอง ชอบนั่งเหม่อลอยคนเดียวไม่พูดกับใคร ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตสูง ตรวจพบพร้อมกับการรักษาโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาตลอด

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยแต่งงานมานาน 40 ปี บอกว่ามีความสุขตามอัตภาพ ภรรยามีภาวะความเป็นผู้นำดีแต่บางครั้งก็ไม่ค่อยฟังความคิดเห็นของภรรยา มีประวัติมารดาเป็นโรคความจำเสื่อมและพี่สาวเป็นโรคซึมเศร้า

ประวัติส่วนตัว

เคยทำงานเป็นพนักงานขับรถบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ไม่เคยดื่มสุรา แต่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ชอบทำอาหารและอ่านหนังสือ

สัมพันธภาพทางสังคม

มีเพื่อนฝูงเยอะ เข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ดี

ประวัติการศึกษา

จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

ยาที่ใช้

Propranolol 40 mg ☉ bid

Enalapril 20 mg ☉ OD

Tylenol 500 mg ☉ prn. for pain

Sertraline [hydrochloride] 50 mg 1 tab ☉ hs.

ผลการตรวจร่างกาย

ชายไทย รูปร่างสมส่วน ใบหน้าเศร้า พูดเสียงเบา

ความดันโลหิต 130/70 mmHg ชีพจร 60/min

CVS normal s1s2, no murmur

Lungs clear, no adventitious sound

Knees: osteoarthritis both sides

Muscle power grade 5 for upper extremities and lower extremities

Reflexes: 2+ for all extremities, Barbinski: plantar response, no primitive reflexes

การเดินช้ากว่าปกติเล็กน้อยเนื่องจากอาการปวดเข่า

Intention tremor both hands

Coordination: WNL

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

TSH, B12 level: WNL

CT-scan: no hemorrhage or infarction

MMSE: 23/30 สามารถพูดตามคำ 3 คำได้ และจำได้ 1 คำหลังเวลาผ่านไป 5 นาที สามารถพูดคำว่า World กลับหลังได้ และนึกออกกว่าวันที่ตรวจเป็นวันที่เท่าใด

ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินBDI เท่ากับ 28 คะแนน อ่านผลมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

- 1) Diagnosis; Major Depressive Disorder
- 2) ขาดแรงจูงใจในการทำการทำกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในทุกๆด้าน

การรักษาพยาบาล

- 1) การประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการซึมเศร้า

1.1) ประเมินอาการ ผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการทางอารมณ์ซึมเศร้า, รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า, สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบลดลง, ไม่มีสมาธิ และเบื่ออาหาร มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 ปี ซึ่งเข้าได้กับภาวะ Major Depressive disorder การวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าอย่างทันที่หวังที่อาจจะช่วยให้อาการทางด้านอารมณ์ และอาการทางร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นได้อย่างมาก

- 2) การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการซึมเศร้า

1.2) ยา เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะมีอาการซึมเศร้าเด่นกว่าในขณะนี้ แพทย์จึงวางแผนให้การรักษาภาวะซึมเศร้าก่อน โดยการสั่ง Sertraline [hydrochloride 50 mg 1 tab ☉ hs.] ให้กับผู้ป่วยและนัดมาตรวจติดตามใน 4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจอีกครั้งพบว่ามีความดีขึ้นมาก ให้ความร่วมมือ อารมณ์โดยทั่วไปดีขึ้น มีความสุขกับชีวิตมากขึ้น แพทย์ยังคงนัดติดตามอย่างต่อเนื่องในเรื่องซึมเศร้า

1.3) โปรแกรม ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการให้โปรแกรม 8 ครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์

มีคำพูดที่เป็นchange talkเพื่อการเปลี่ยนแปลงคือ เข้ากลุ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกล่าวว่า “ลูกผมบางที่ไม่กลับบ้าน ไปขลุกอยู่กับเพื่อน ไม่รู้ว่าติดยาหรือเปล่า” แต่หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ากลุ่มครั้งสุดท้ายในโปรแกรมที่ 8 ผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมเชื่อมั่นว่าตนเองต้องหาย และไม่กลับไปทำร้ายตนเองอีก” โดยที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนในกลุ่มได้ดี

หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 9 หลังการทดลอง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงจาก 28 คะแนน(severe depression)ลดลงเหลือ18 คะแนน(moderate depression)

1.4) การพยาบาลตามปกติ โดยการประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยให้คำแนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลจิตเวช เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

สรุป

ผู้ป่วยมาด้วยอาการเด่นคืออาการซึมเศร้าได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และติดตามอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น โดยให้การรักษาทางการใช้าร่วมกับการให้ การพยาบาลตามปกติ และบำบัดโดยใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจ กำหนดการกระทำด้วยตนเอง

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคร่วมอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.5

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยการนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70	15	75	29	72.5
หญิง	6	30	5	25	11	27.5
อายุ						
20-29 ปี	5	25	6	30	11	27.5
30-39 ปี	3	15	4	20	7	17.5
40-49 ปี	9	45	7	33	16	40
50-59 ปี	3	15	3	15	6	15
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45	10	50	19	47.5
คู่	9	45	10	50	19	47.5
หม้าย	0	0	0	0	0	0
หย่า	1	5	0	0	1	2.5
แยก/ร้าง	1	5	0	0	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	10	1	5	3	7.5
ประถมศึกษา	7	35	6	30	13	32.5
มัธยมศึกษา	5	25	6	30	11	27.5
อาชีวศึกษา	5	25	7	35	12	30
อุดมศึกษา	1	5	0	0	1	2.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 75 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 33 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส โสดและคู่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 32.5

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคร่วมอื่นๆ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	10	50	11	55	21	52.5
ค้าขาย	1	5	3	15	4	10
รับราชการ	2	15	2	10	5	12.5
รัฐวิสาหกิจ	3	10	2	10	1	2.5
อื่น ๆ	4	20	2	10	6	15
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว						
0 – 5,000 บาท/เดือน	2	10	4	20	6	15
5,001-10,000 บาท/เดือน	11	55	9	45	20	50
10,001-15,000 บาท/เดือน	7	35	5	25	12	30
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	0	0	2	10	2	5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	7	35	6	30	13	32.5
ไม่เพียงพอ	13	65	14	70	27	67.5
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า						
น้อยกว่า 1 ปี	0	0	1	5	1	2.5
1-2 ปี	12	60	11	55	23	57.5
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	8	40	8	40	16	40
โรคร่วมอื่นๆ	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับและไม่พบโรคร่วมอื่นๆในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมครั้งนี้

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนภาวะซีมเศร้า	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.15	6.19	ปานกลาง	19	11.42*
หลังการทดลอง	10.10	3.79	เล็กน้อย		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	18.25	6.47	ปานกลาง	19	-6.83*
หลังการทดลอง	21.70	6.44	มาก		

*p<0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนภาวะซีมเศร้า	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	18.15	6.19	ปานกลาง	38	-0.05
กลุ่มควบคุม	18.25	6.47	ปานกลาง		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	10.10	3.79	เล็กน้อย	38	-6.94*
กลุ่มควบคุม	21.70	6.44	มาก		

*p<0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (t= -6.94)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Hungler,1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่เข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย คือ

- 1.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม
- 2.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร่าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร่าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยการใช้โปรแกรมPASS (Cohen, 1988; Tabachnick and Fidell, 2007; รัตน์ศิริ, 2552) โดยใช้ขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ กุสธิดา สุภาคุณ (2549) ที่มีค่า \bar{x} ก่อนทดลองเท่ากับ 78 (SD=7.56) และ \bar{x} หลังทดลองเท่ากับ 47.2(S.D.=14.18) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน เพื่อให้มีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20คน และกลุ่มควบคุม 20 คนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมโดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Becket al (1979) ร่วมกับ ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) ตามแนวคิดของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 8 ครั้ง ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่2 การบำบัดทางความคิด

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและเสริมสร้างการประเมินตนเอง

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้างความคิดใหม่

ขั้นตอนที่3 การบำบัดทาง พฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

ครั้งที่6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเอง

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงรวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดิ์ เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ดังนั้นแบบวัดแรงจูงใจในการรักษานี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของแบบวัดแรงจูงใจในการรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90 (Devellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหาและดารารวรรณ ต๊ะปันทา (2536) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไปได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .95

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รายได้เพียงพอ รายจ่ายหรือไม่ โรคอื่น ๆ

3.2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาคั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยการดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการวิจัย ชั้นดำเนินการวิจัย และชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ชั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้แนวคิดทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัด ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ผู้ชำนาญการด้านการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (pre - test) และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อ ในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ชั้นดำเนินการวิจัย

ในชั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบและประเมินแรงจูงใจในการรักษาในกลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์ และหลังกิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมครั้งที่ 8 เสร็จสิ้น แล้วตรวจสอบค่าระดับความคิดอัตโนมัติ

ในทางลบและค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการรักษาในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมกับกำกับการทดลองก่อนดำเนินการวิจัยด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของHollon &Kendal(1980) แปลและเรียบเรียงภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536)และแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดิ์ เทียงธรรม และภัทราภรณ์ พุงปันคำ (2546)

3.2 หลังการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของHollon & Kendal(1980)แปลและเรียบเรียงภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536)และแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตัวเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดิ์ เทียงธรรม และภัทราภรณ์ พุงปันคำ (2546)

3.3 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(post – test) โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ดังแสดงในตารางที่ 5-6

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t - test
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t – test
4. กำหนดค่าระดับนัยที่สำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=11.42$) และ ($t=-6.83$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-6.94$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวทางการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มีผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 75 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 33 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส โสดและคู่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับ รายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ชนิตา กาญจนลาม (2543) ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก โดยพบมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการ

เป็นผู้ชายในบริบทของวัฒนธรรมร่วมสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ชายต้องเผชิญกับความเครียดในหลาย ๆ ด้านในหน้าที่ของผู้นำครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น ด้านครอบครัว ด้านหน้าที่การงาน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยที่มากที่สุดอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Clayman (1994) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ ช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี เนื่องจาก บางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้

สำหรับในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกันอย่างมาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้า ๆ ใช้เวลาหลายวัน หรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อนเป็นเวลานาน หลาย ๆ เดือน (Haber et al.,1995; Rosenstein, 1995; Depression Guideline Panel,1994; ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในเรื่องความรู้เรื่องโรค และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Ronnachai,2005) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก และมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรกโดยแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ไม่ยาวนานหรือเรื้อรังมากนัก

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=11.42$) และ ($t=-6.83$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการฯ ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาข้างต้น ดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคมที่ดีขึ้น อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ ทั้งความคิดเชิงลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ไปสู่ความคิดเชิงบวก เสริมสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองโดยการจัดการความสัมพันธ์ของอิสระแห่งตน (autonomy) สมรรถวิสัย (competence) และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (relatedness) ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจในการต่อสู้ปัญหา มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง กล้าที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ชุมชน ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Britton et al. (2011) ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้หลักทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการ ใช้ทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดกับกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองโดยการเสริมอิสระแห่งตน ไปพร้อมกับการพัฒนาความสามารถของตนเอง และการเชื่อมสายสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองน้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม โดยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลจิตเวช เกษัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษา ด้านอาการทางกาย แต่ไม่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองที่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ขาดแรงจูงใจในการรักษา ถึงแม้จะให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าไปแล้วก็ตามซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่สาเหตุสำคัญคือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในด้วยการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่ มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยากก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องกลับไปเผชิญกับปัญหาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เศรษฐฐานะของตนเอง ความคิดอัตโนมัติทางลบ ขาดแรงจูงใจภายในที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Ronnachai, 2005)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.94$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษารายละเอียดต่อไปนี้ การที่ภาวะซึมเศร้าหลังกลุ่มทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องมาจากการทดลองได้ถูกออกแบบให้เป็นงานวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีการ Matched paired ช่วย minimize ตัวแปรแทรกซ้อน ทำให้ไม่เกิดความลำเอียง ลดอคติ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมมีประสิทธิภาพจริงที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 3 ความคิดอัตโนมัติในทางลบ

จากผลการวิจัยจากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือคะแนนความคิดอัตโนมัติในทางลบอยู่ในช่วงระหว่าง 30 - 80 คะแนนทุกคน คือไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบหลังจากการให้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม แสดงว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแก้ปัญหาความคิดอัตโนมัติในทางลบได้เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบผู้ป่วยพิจารณาได้ว่าคิดลบแล้วทำให้เศร้าและไม่เกิดประโยชน์ที่จะคิดเช่นนั้น มีการปรับความคิดใหม่ให้เป็นเหตุเป็นผลเป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้นและเมื่อประเมินผลความคิดนั้นและอารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นแสดงว่าผู้ป่วยมีความคิดใหม่ซึ่งเป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น (Beck 1979) ร่วมกับส่งเสริมแรงจูงใจด้วยการกำหนดการกระทำด้วยตนเองในผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ลดภาวะซึมเศร้า มีการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (Deci & Ryan., 1987; 1991; 2000; 2006)

ตอนที่ 4 แรงจูงใจในการรักษา

จากผลการวิจัยตารางที่ 2 พบว่าคะแนนแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 170.0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 108.0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64 ซึ่งจะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับดี กล่าวคือมีระดับคะแนนแรงจูงใจในการรักษาเฉลี่ย 104.0 คะแนนขึ้นไป สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ มีแรงจูงใจด้วยการกำหนดการกระทำด้วยตนเองให้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี แสดงว่าโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิด

การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงจูงใจในการรักษา เมื่อมีแรงจูงใจในการรักษาที่ตัดสินใจกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเอง ด้วยการกำกับตนเอง การพึ่งพาตนเอง สมรรถวิสัย ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเอง ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่น การตั้งเป้าหมายในชีวิต การตัดสินใจ และการประเมินตนเอง ภายใต้การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 3 อย่างคือ ความต้องการที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง(Need for Autonomy) ความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น(Need for Relatedness) และความต้องการที่จะเป็นคนที่มีความสามารถ(Need for Competence) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงจูงใจภายในต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นเพราะความรู้สึกรับชอบ มีความสนใจและพึงพอใจที่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทนถาวร จะมีผลทำให้ลดภาวะซึมเศร้า สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พร้อมกับสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Deci & Ryan., 1987; 1991; 2000; 2006)

ผลการศึกษาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมหรือจัดตัวแปรอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองแต่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าออกให้หมดโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เป็นคู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน (Fava et.,1998;Fava et.,2004) แล้วจึงฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine, amitriptyline ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine และยาในกลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin, trazodone, venlafaxine ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน กล่าวคือมีการจัดกระทำให้กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมมีความแตกต่างของตัวแปรตามคือภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นั่นคือคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมมาก และผู้วิจัยยังลดความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์หรือมีค่าน้อยที่สุดโดยการขจัดความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือในการวัดทั้งในเรื่องความตรงและความเที่ยงและเพิ่มความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดโดยให้ความตรงและความเที่ยงประสิทธิภาพสูง

ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการงานวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม จะเป็นการบูรณาการตามแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาของเบคและคณะ(Beck et al.,1979) ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองของDeci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006เมื่อพิจารณารายละเอียด

ของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มีระดับภาวะซึมเศร้าอย่างสอดคล้องกัน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการทำกิจกรรมกลุ่มข้อตกลงในการบำบัดรักษา การประเมินการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการให้กำลังใจตนเองโดยการบอกข้อดีและสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ ประกอบด้วยจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Doona (1979) เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ร่วมกับสร้างข้อตกลงในการสำรวจตนเอง (self - monitoring) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับพยาบาลในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด (White and Freeman, 2000) ในโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมจึงมีกิจกรรมที่ 1 การทำกลุ่มข้อตกลงในการบำบัดรักษา ในกิจกรรมที่ 2 เป็นการประเมินความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมตามการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา สมาชิกเริ่มรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ที่สำคัญคือการตั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีที่สอนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงเริ่มเข้าสู่กิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายสาเหตุ อาการ และการรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ว่าการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี และให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการพัฒนาความสามารถของตนเอง โดยการเน้นทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของความคิดและอารมณ์นำไปสู่พฤติกรรมโดยเน้นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมอยู่ที่ความคิดของผู้ป่วยเองหากผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าความคิดหมายถึงอะไร อารมณ์หมายถึงอะไร และพฤติกรรมหมายถึงอะไร ก็จะไม่สามารถนำไปสู่การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้ ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นการฝึกที่จะจับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์จริง และการเข้าใจความคิดของตัวเองจะเป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัด คือเกิด

การเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้องและการมองตนเองในด้านลบ(ออร์พอร์น ลีอบูญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอบูญธวัชชัย, 2548; Stuart, 2005) ดังนั้นในการบำบัดครั้งนี้จึงมีกิจกรรมที่ 4 และ 5 พื้นเพองความคิด ความรู้สึก และการกระทำเพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมของตนเองจากสถานการณ์จริงตามการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของตนเอง หลังจากนั้นจึงนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 6 พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกข้อดี ข้อเสียของตนเอง และสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ Deci & Ryan.(1987; 1991; 2000; 2006) พยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการพูดกับตนเองทางบวกเป็นการเสริมแรงเสริมโดยการให้ผู้ป่วยให้กำลังใจตนเองและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ถึงเป้าหมายและสามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นการค้นหา ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับสร้างความคิดใหม่ การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างการประเมินตนเองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมีการเรียนรู้และเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองจุดเริ่มต้นเกิดจากความคิดของผู้ป่วยเอง การบำบัดในครั้งนี้เน้นให้ผู้ป่วยกลุ่มทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ “ความคิดแวบแรก” ได้ฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ และบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการมองหาสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต รวมทั้งสิ่งที่ปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการใช้ภาพและสถานการณ์ตัวอย่างเชื่อมโยงสู่สถานการณ์จริงของผู้ป่วย โดยการใช้กิจกรรมที่ 7 “ภาพตัวอย่างเจ้าเงาะ” และใบกิจกรรมที่ 8 สถานการณ์ “นางมะลิ” ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 9 ในการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต ซึ่งเป็นการเสริมแรงจูงใจให้คนเรามีพลังมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยให้คนเราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีทิศทางมุ่งสู่อนาคตเพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า เขาต้องการอะไรบ้างเขาจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อใคร และเพื่อที่จะทำอะไร โดยการใช้ชีวิตอยู่อย่างคุ้มค่า ใช้ชีวิตทุกๆวินาทีอย่างมีสติ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิดหรือการกระทำก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา กฤตยารวรรณ(2548)ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งหลังจากนักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงและจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลมีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม มีการทบทวนสิ่งที่ได้รับการเรียนรู้จากครั้งที่ 3 เพื่อเชื่อมโยงนำเข้าสู่ในการบำบัดครั้งนี้ การบำบัดครั้งนี้เน้นให้เห็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงและการพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและการแสดง

อารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเอง สามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน การตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลักษณะด้านลบที่ตนเองตนเองไม่ยอมรับโดยในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 10 “คุณอนุชัช” สถานการณ์ความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล และกิจกรรมที่ 11 ตารางการพิจารณาตนเอง ซึ่งการหยุดชีวิตเพื่อพิจารณาตนเองเป็นการให้ผู้ป่วยหยุดคิด ไตร่ตรองชีวิต มีสติพร้อมทุกขณะเพื่อดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข **สอดคล้องกับการศึกษาของ** Seok-Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติและอาการของโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความบกพร่องในเรื่องทัศนคติส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ช่วยค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวกในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้ ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้อื่นเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ไปในทางที่เหมาะสม ร่วมกับฝึกการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และให้สมาชิกบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น ด้วยการฝึกให้มีการหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบ ซึ่งหลังจากที่มีการพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว ผลพิสูจน์มีได้ 2 ลักษณะคือ 1) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่ไม่จริง 2) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นจริง เมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง ความคิดอัตโนมัติทางลบจะลดลงไปเองตามธรรมชาติ แต่หากว่าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหาได้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมในครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 12 การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลต่อจากเหตุการณ์ตัวอย่างเดิมเรื่อง “เรื่องคุณอนุชัช” เมื่อผู้ป่วยหยุดคิด เข้าใจความคิดอัตโนมัติแวบแรกที่ทำให้เกิดทุกข์ ผู้ป่วยควรหยุดคิด รู้เท่าทันความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น พร้อมกับการให้กำลังใจตนเองเสมอมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเองเป็นการใช้ เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Beck et al., 1979) ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) (Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) โดยการใช้ศักยภาพจากภายในสำหรับพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และการกำกับตนเองด้านพฤติกรรม (Behavioral self-regulation) โดยการส่งเสริมกระบวนการในเชิงบวก อันประกอบด้วยการมีอิสระแห่งตน (Autonomy) การพัฒนาความสามารถของตน (Competence) และการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness) ด้วยการเสริมสร้างการกำกับตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง เป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 3 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองและการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วย กิจกรรมในครั้งนี้เน้นระบุสาเหตุและแสดงพฤติกรรม การกำกับหรือควบคุมตนเองได้ฝึกการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีกำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพทั้งในช่วงการให้คำปรึกษากลุ่มและในชีวิตจริงร่วมกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบ สามารถระบุพฤติกรรมที่แสดงว่าเขาสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ทั้งในสถานการณ์กลุ่มและในชีวิตประจำวัน สร้างความเข้มแข็งทางความคิดให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวรลดภาวะซึมเศร้าได้ ในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 13 ถ้า=แล้ว=แต่=ดังนั้น(IF=THEN=BUT=SO) และกิจกรรมที่ 14 แผนงาน WDEP เพื่อการแสดง ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งการกำกับและความรับผิดชอบต่อตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในที่ก่อให้เกิดการตัดสินใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Westra & Arkowitz (2009) ศึกษาการเสริมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 76 คนโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดโดยได้รับการบำบัดการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจเพื่อลดภาวะลังเลใจก่อนเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผล 1 ปี พบการกลับเป็นซ้ำในระยะ 6 เดือนมากกว่าในระยะ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการช่วยให้มองปัญหาในแง่บวกใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจาก ความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งร้าย หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยมีความกล้าแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสมในกลุ่มร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยการเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถใช้สภาวะอิโก้ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและมีประสิทธิภาพและเป็นการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นประกอบด้วย กิจกรรมที่ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูล อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและปรับเปลี่ยนค่านิยมและเจตคติเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นสามารถโต้แย้งและท้าทายความคิด

และความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเองเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาตนเองได้อย่างที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กิจกรรมที่ 16 กิจกรรมการวัดการพึ่งพาตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Flynn (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการการบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า กรณีศึกษาเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้การบำบัดกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อน 3 ครั้งเพื่อลดภาวะลึกลับใจ เสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สร้างความตระหนักรู้ตนเอง และหลังจากนั้นจึงใช้การบำบัดทางความคิดพฤติกรรมจำนวน 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว น้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มเน้นทักษะการพูดกับตนเองทางบวก ให้ผู้ป่วยรู้จักการให้กำลังใจตนเอง ทบทวน และสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางบวก และเกิดแรงจูงใจจากการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง สามารถจัดการกับความรู้สึกแยกจากกัน และภาระค้ำคาน้ำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้ในชีวิตจริงโดยใช้กิจกรรมที่ 17 ต้นไม้แห่งชัยชนะของฉัน ในการสรุปการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Britton et al. (2011) ที่ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้หลักทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการ ใช้ทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดกับกรณีศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการกำหนดการกระทำด้วยตนเองโดยการเสริมอิสระแห่งตน ไปพร้อมกับการพัฒนาความสามารถของตนเอง และการเชื่อมสายสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองน้อยกว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่และหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการเชิงบวก โดยการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของตนเองและการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การกำกับตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมการประเมินตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตัวเองที่คงทนถาวรตามศักยภาพ ลดภาวะซึมเศร้าคงไว้ซึ่งสุขภาพดีและป้องกันการป่วยซ้ำ อีกทั้งยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า+

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาคำชี้แจงโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1. การนำโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. หลังการให้โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรมีการติดตามหลังการบำบัดรักษาทุก 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเป็นการช่วยผู้ป่วยในการขจัดปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตได้และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

2. ด้านการศึกษา

2.1. ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เน้นการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะ ซึ่งมีใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มเติมศักยภาพให้กับพยาบาลในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม

2.2. ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบการบูรณาการให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็น การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2551). **ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2550**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2551). **เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี : พลังสุขภาพจิต RO**. นนทบุรี : สำนักสุขภาพจิตสังคม.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **ความชุกโรคซึมเศร้า.สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2553**, จาก <http://www.Bangkok.mentalhealth.com>.
- กัลยา นาคเพ็ชร์. (2547). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภา
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). **ทฤษฎีการพยาบาล.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- จินตนา ยูนิพันธ์. **การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต**. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 6(พฤษภาคม-มิถุนายน 2534) :22-32.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534ข). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง.กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546) **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**.เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). **โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่มีคำตอบที่คุณต้องการ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่สุขภาพ.
- เขาวนิ ล่องชูผล. (2547). **ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์. (2543). **โรคอารมณ์ซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และ ปิญากรณ์ ชูตั้งกร. (2533). **ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป ภายหลังเรียนโปรแกรมการเผชิญปัญหาชีวิต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์น้ำอักษรการพิมพ์

- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). รายงานการวิจัยการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. (พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น:โรงพิมพ์ธรรมจันทร์
- นิภา นิธยาน. (2530). การปรับตัวและบุคลิกภาพ : จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2007). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life). Thai Pharm Health Sci J (3):327-337.
- พรเทพ ศิรินารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย และการสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 177-188.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์จำกัด.
- เพ็ญศรี วรสัมปติ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด สถิติปัญญา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2533). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด (หน้า 153- 164). กรุงเทพฯ: สำนักงาน ปปส.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2546). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11(1): 21-30.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2544). แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). แผนการสอนกลุ่มกิจกรรมบำบัด. ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2542). โรคซึมเศร้า. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์.เชียงใหม่:

- โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2542). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีกรุงเทพฯ.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 48(4): 211-218.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). **ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive Disorder)**. ในอัจฉรา จรัสสิงห์, การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช : โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท, หน้า 23-42. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.
- รณชัย คงสกนธ์และคณะ. (2547). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการรักษาด้วยกระบวนการจิตเวช 3 เดือน**.จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระราชนูปถัมภ์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). **เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจารณ์ วิชัยยะ.(2533). **Management of Suicide**. กรุงเทพฯ: บอสโกออฟเซ็ท.
- วีระพล สุวรรณนันต์. (2524). **กระบวนการตัดสินใจ = Decision making**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพัฒนา.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2543). **การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย**. **ไทยเภสัชสาร** 24: 92-111.
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2539). **การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 12(พฤษภาคม-มิถุนายน 2539): 32-42
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะแพทย์

- ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
 สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1.
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
 สมัญญา เสียงใส.(2521). **ความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท สาขาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
 โรฒ ประสานมิตร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2546). **มาตรฐาน
 การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2**. กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สรยุทธ วาสิกานานนท์. (2547). โรคซึมเศร้า Depressive Disorder. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์. **ระบาด
 วิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. 127-145. สงขลา:
 ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- สุกมล วิภาวิพลกุล. (2542). **การให้คำปรึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไอ เอ็น จี.
- สุชาติ พหลภาคย์.(2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disordr**. พิมพ์ ครั้งที่ 1.
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2543). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก:
 รัตนสุวรรณ 3.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
 สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อร่ามศรี เกสจินดา. (2536). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท
 ต่อความวิตกกังวล**. เอกสารการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ทบวงมหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**.
 คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล.(2539). **อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้
 Children's Depression Inventory**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย:
 41(4); 222-228.
- เอกอุมา วิเชียรทอง. (2549). **ผลการใช้ดีเพรสชั่นโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าใน
 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
 ไทย 2549; 51 (2); 11-21.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิ
 ภาพ**. กรุงเทพฯ: วี.จี.พรีนติ้ง.
- Ackerman, S. J., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., Lambert, M.J., et

- al. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 taskforce. **Psychotherapy**, **38**, 495-497.
- American Psychiatric Association.(1993).Practice guideline for major depressive disorder in adults. **American Journal of Psychiatry** 150(4): 1-29.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2002). American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). **Am J psychiatry** 159:1-50.
- American Psychiatric Association.(2004). **Practice Guideline for The Treatment of Psychiatric Disorders**. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yalne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **71**, 862-878.
- Antony, M. M., & Roemer, L. (2003). Behavior therapy. In A. S. Gurman & S. Messer (Eds.), **Essential psychotherapies** (pp. 182-223). New York: Guilford.
- APA (American Psychiatric Association) (2011). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)** (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington DC.
- Arkowitz, H., & Westra, H. A. (in press). **Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression and anxiety**. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Arkowitz, H., Westra, H.A. (2004). **Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety**. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Volume 18, Number 4, 2004 , pp. 337-350(14)
- Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller, W.R., & Rollnick, S. (Eds.; 2008). **Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems**. New York: Guilford Press Translations: Japanese, Dutch, Korean, Italian, Portuguese, Chinese, German
- Arkowitz, H., Miller, W. R., Westra, H. A., & Rollnick, S. (2008). **Motivational interviewing in the treatment of psychological problems: Conclusions and future directions**. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), **Motivational interviewing in the treatment of psychological problems** (pp. 324–342). New York: Guilford Press.
- Arkowitz, H., & Miller, W. R. (2008). **Learning, applying, and extending motivational**

- interviewing. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), **Motivational interviewing in the treatment of psychological problems** (pp. 1–25). New York: Guilford Press.
- Armitage, C. J. (2006). Evidence that implementation intentions promote transitions between the stages of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74**, 141-151.
- Armitage, C. J. (in press). Is there utility in the transtheoretical model? **British Journal of Health Psychology**.
- Armitage, C. J., & Arden, M. A. (in press). How useful are the stages of change for targeting interventions? Randomized test of a brief intervention to reduce smoking. **Health Psychology**.
- Armitage, C. J., Sheeran, P., Arden, M. A., & Conner, M. (2004). Stages of change or changes of stage? Predicting transitions in transtheoretical model stages in relation healthy food choice. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72**, 491-499.
- Aryl D. (2008). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression . **Clinical Journal of Oncology Nursing; 12**(1): 131-140.
- Assor, A., Vansteenkiste, M., & Kaplan, A. (2009). Identified and introjection approach and introjection avoidance motivations in school and in sport: The limited benefits of self-worth strivings. **Journal of Educational Psychology, 101**, 482-497.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75**, 842-852.
- Baluch, S., Pieterse, A. L., & Bolden, M. (2004). Counseling Psychology and Social Justice: Houston...we have a problem <http://www.albany.edu/counseling_psych/faculty_staff/pieterse/Baluch,%20Pieterse,%20&%20Bolden.pdf>.
The Counseling Psychologist, 32, 89-98.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. **American Psychologist, 44**, 1175-1184.
- Bandura, A. (1996). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman.
- Barcikowski, R. S. (1981). Statistical power with group mean as the unit of analysis. **Journal of Educational Statistics, 6**, 267-285.
- Barrera M. (1982). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents : Assessment Issue. In G.H. Gothic (Ed.), **Social Networks and Social Support** (pp 69-96). London : Sage Publication.

- Basch, M. F. (1995). **Doing brief psychotherapy**. New York: Basic Books.
- Bastien, R. T., & Adelman, H. (1984). Noncompulsory versus legally mandated placement, perceived choice, and response to treatment among adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, *52*, 171-179.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). **Principles of biomedical ethics (3rd ed.)**. Oxford: Oxford University Press.
- 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**. The Guilford clinic psychology and psychotherapy series: The Guilford Press .
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). **Anxiety disorders and phobias**. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, *96*, 179-183.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, *56*, 893-897.
- Beck, A.T. & Steer, R. A. (1990). **Beck Anxiety Inventory Manual**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, A. & Brown, G. K. (1996). **Beck Depression Inventory Manual (2nd edn)**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Alford, B.A. (2008). **Depression: Causes and treatments Second Edition** This One 81JT-YBE-OH1T. Guilford clinic psychology and psychotherapy series: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2008). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), **Current psychotherapies** (8th ed., pp. 263-294). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, *4*, 561-571.
- Beeber, L.S. (1996). Pattern integration in young depressed women : Part i. **Archives of Psychiatric Nursing** (10)13 : 151-156.
- Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg. (2001). Current Opinion in Psychiatry. **Am J Psychiatry** 16(1) :89-119.
- Benson, J. (1983). Who is the autonomous man? **Philosophy**, *58*, 5-17.

- Berk, M., Berk, L., & Castle, D. (2004). A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *6*, 504-518.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavior therapy in groups*. New York: Guilford.
- Binder, J. L., Strupp, H. H., & Henry, W. P. (1995) Psychodynamic therapies in practice: Time-limited dynamic psychotherapy. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 48-63). New York: Oxford University Press.
- Bloch, S. (1996). *An introduction to the psychotherapies*. New York : oxford University Press.
- Bootzin, R. R. (1975). *Behavior modification and therapy*. Cambridge, MA: Winthrop.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. New York: International Universities Press.
- Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., Greenway, K., & Wilks, R. (2008). Motivational interviewing and cognitive behavior therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, *29*, 359-375.
- Bricker, D. C., Young, J. E., & Flanagan, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In K. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Soeden, A. J., Watt, I. S., & Walker, A. (2005) Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*, *20*, 283-301.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 52-66.
- Brown, J. R., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, *7*, 211-218.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211-237.
- Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2009). A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for

- social anxiety. **Behaviour Research and Therapy**, **47**, 710-715.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **71**, 843-861.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. Lambert (Ed.), **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change** (5th ed., pp. 647-696). New York: Wiley.
- Butler, T., & Fuhriman, A. (1983). Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. **International Journal of Group Psychotherapy**, **33**, 489-505.
- Caprara, G. V. & Cervone, D. (2000). **Personality: Determinants, dynamics and potentials**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., and Scheier, M.F.(1977). Self-focus attention and experience of emotion:Attention. Requulsion, elation and depression. **Journal of Personality and Social Psychology** 35(4):625-636.
- Caryl D. Fulcher, Terry Badger, Ashley K. Gunter, Joyce A. Marrs, and Jil LM. Reese.(2008). Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Older, Primary Care Patients With Depression: Results From the IMPACT Project. **Clinical Journal of Oncology Nursing**: 12(6): 128-139.
- Chambless, D., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., Crits-Christoph, P. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. **The Clinical Psychologist**, **51**, 3-12.
- Chirkov, V. I., & Ryan, R. M. (2001). Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, **32**, 618-635.
- Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, **84**, 97-110.
- Chirkov, V., Ryan, R. M., & Willness, C. (2005). Cultural context and psychological needs in Canada and Brazil: Testing a self-determination approach to the internalization of cultural practices, identity, and well-being. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, **36**, 423-443.

- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 1-75). New York: Plenum.
- Clayman, V.E.(1994). Self-management of chronic illness:implication for nursing. *Int. J. Nurs. Stud* 32(10): 628-640.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). **Stress, social support ad the buffering hypothesis.** Psychological Bullentin.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, P., Osborn M., Gath DH., Feggetter G. (1982). Evaluation of a modified self report measure of social adjustment. *Br J Psychiatry* ;141:68-75.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M. & Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, **139**, 907-916.
- Corey, G. (1996). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.** (5th ed.). Washington:An International Thomson Publishing Company.
- Corsini, R. J. (2008). Introduction. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), **Current psychotherapies** (8th ed., pp. 1-14). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's 'coping with depression' course. *Behav Ther*; 29:521-33.
- Curry, S., Wagner, E. H., & Grothaus, L. C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **58**, 310-316.
- Dan, L.J. (1978). **Drugs and suicide when other coping strategies fail.** Beverly Hills California. Debbie A Lawlor, Stephen W Hopker (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *BMJ*,32: 1-8.
- Dean, H. Y., Touyz, S. W., Rieger, E., & Thornton, C. E. (2008). Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, **16**, 256-267
- De Charms, R. (1968). *Personal causation.* New York: Academic Press.

- Deci, E.L., Ryan, R.M., Grolnick, W.S. (1991). **Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents.** *Journal of Educational Psychology*, Vol. 83(4), Dec 1991, 508-517.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.** New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.
- Depression Guideline Panel. (1994). Quick reference guide for clinicians: Depression in primary care: Detection, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 6(5); 224-238.
- Deurzen-Smith, E. (1997). **Everyday mysteries: Existential dimensions of psychotherapy.** London: Routledge.
- De Vet, E., de Nooijer, J., de Vries, N. K., & Brug, J. (2008). Testing the transtheoretical model for fruit intake: Comparing Web-based tailored stage-matched and stage-mismatched feedback. *Health Education Research*, 23, 218-227.
- Dewald, P. A. (1969). **Psychotherapy: A dynamic approach.** New York: Basic Books.
- DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10, 209-213.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Verlicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 205-304.
- Dilsaver, P., Casey, O., Dalgard, C., Hosman, V., Lehtinan, and Wilkinton. (1994). Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* 151:1312-1315.
- Dijkstra, A., Conijn, B., & de Vries, H. (2006). A match-mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*, 101, 1035-1043.
- Di Pietro, G., Valoroso, L., Fichelle, M., Bruno, C., & Sorge, F. (2002). What happens

- to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? Eating and weight disorders. **Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 7, 298-303.
- Doona. (1979). Empowered consumers and telephone hotlines. **The journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention** 19(1): 21-23.
- Dowrick C., Grahm Dunn, Jose Luis Ayuso-Mateos, Odd Steffen Dalgard, Helen Page, Ville Lehtinen , Patricia Casey, Clare Wilkinson, Jose Luis Vazquez-Barquero, and Greg Wilkinson. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial. **BMJ**; 321 : 1-6.
- Dowrick C. (2001). Advances in Psychiatric Treatment. **Advances in psychiatric treatment in primary care; 7:1-8.**
- De Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. (2001). **Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression.** J Affect Disord. 2001 May;64(2-3): 217-229.
- Diversity Health Institute . [Netscape] 2001 ; [Screens]. Available from : <http://www.Diversity Health Institute Transcultural Mental Health Unit.htm> [1 January 2006]
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). **Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.** New York: Guilford Press
- Dryden, W., & Branch, R. (2008). **Fundamentals of rational emotive behaviour therapy: A training handbook** (2nd ed.). Paris: Lavoisier Librairie.
- Dunn, E. C., Neighbours, C., & Larimer, M. E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help for binge eaters. **Psychology of Addictive Behaviors**, 20, 44-52.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change** (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley.
- Ellis, A. E. (1984). **Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy.** New York: Springer.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). **Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.** New York: Guilford.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2008). Resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. **Journal of Humanistic Psychology**, 48, 389-412.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). **An object relations theory of the personality.** New York:

Basic Books.

- Fava, G., A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., and Belluardo, P. (1998). Prevention of Recurrent Depression With Cognitive Behavior Therapy. **Archives General Psychiatry** 55(9):816-820.
- Fava, G., A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi S. (2004). Six-year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. **American Journal Psychiatry** 161(10) : 1872-1876.
- Furlong, M., Tian., P. S. Oei. (2002). Changes to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 30, 351–360
- Flynn, H.A. (2009). **Setting the stage for the integration of Motivational Interviewing With Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression**. *Cognitive and Behavioral Practice.*, Volume 18, Issue 1, February 2011, Pages 46-54.
- Flynn, H.A. (2011). **Setting the stage for the integration of Motivational Interviewing With Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression**. *Cognitive and Behavioral Practice.*, Volume 18, Issue 1, February 2011, Pages 46-54
- Foot, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A. et al. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 17, 181-192.
- Ford, M. E. (1992). **Motivating humans**. Newberry Park, CA: Sage.
- Fouad, N. (2001). Dreams for 2010: Making a difference. **The Counseling Psychologist**, 30, 158-166.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). **Persuasion and healing**. New York: Basic Books.
- Frank E, Karp JF, Rush AJ. (1993). Efficacy of treatments for major depression. **Psychopharmacology Bull**; 29:457-75.
- Freemantle N, Long A, Mason A, Song F, Sheldon T, Watson P, et al. (1993). **The treatment of depression in primary care** York; NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- Freud, S. (1923/1961). **The ego and the id** (Standard ed., Vol. 18, pp. 12-66). London: Hogarth.
- Friedman, M. (2000). Autonomy, social disruption and women. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), **Relational autonomy** (pp. 35-51). New York: Oxford.

- Frisch, M. B. (1994). **Quality of Life Inventory: Manual and treatment guide**. Minneapolis: National Computer Systems.
- Gabbard, G. O. (2005). **Psychodynamic psychiatry in clinical practice** (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Garland.L.M. and Bush.C.T. (1982). **Coping behavior and nursing**. Virginia: Reston Publishing.
- Garza, Antonio A. Ha, Tony G. Garcia, Celithelma Chen, Michael J. Russo-Neustadt, Amelia A. **Exercise, antidepressant treatment, and BDNF mRNA expression in the aging brain**. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*; Feb2004, Vol. 77 Issue 2, p209, 12p
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey-Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., et al., (2009). Unique and common mechanism of change across cognitive and dynamic therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77**, 801-813.
- Gill, M. M. (1982). **The analysis of transference: Vol. 1. Theory and technique**. Madison, CT: International Universities Press.
- Gillon, R. (1985). Autonomy and the principle of respect for autonomy. **British Medical Journal, 290**, 1806-1808.
- Gill and Hatcher. (2000). **Antidepressants for depression in medical illness**. *Cochrane Database Syst Rev* (4):1-13.
- Gillon, R. (2003). Ethics need principles: Four can encompass the rest—and respect for autonomy should be first among equals. **Journal of Medical Ethics, 29**, 307-312
- Goldfried, M. R., & Davidson, G. C. (1976). **Clinical behavior therapy**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldberg D., Huxlay P. (1992). **Common mental disorders; a biosocial model**. London: Rutledge.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42**, 421-430.
- Goodyer IM, Herbert J, Secher SM, Pearson J. (1997). Short-term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. **J AM Acad Child Adolesc Psychiatry ; 36:179-87**.

- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). **Object relations in psychoanalytic theory**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, R. P. (2004). Essential ingredients for successful psychotherapy: Effects of common actors. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Eds.), **The art and science of brief psychotherapies** (pp. 231-242). Washington, DC: APPI.
- Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A., & Sutton, S. (2009). Do the transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. **Addiction**, *104*, 828-838.
- Haber, J. C., Allan, J. D., and Mayo, K. (1995). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. **BrJ Psychiatr** *17*(3); 519-522.
- Hampton-Robb, S., Qualls, R. C., & Compton, W. C. (2003). Predicting first session attendance: The influence of referral source and client income. **Psychotherapy Research**, *13*, 223-233.
- Heider, F. (1958). **The psychology of interpersonal relations**. New York: Wiley.
- Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. **Journal of Traumatic Stress**, *16*, 187-199.
- Herzog, T. A., Abrams, D. B., Emmons, K. M., Linnan, L. A., & Shadel, W. G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. **Health Psychology**, *18*, 369-375.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. **Annual Review of Clinical Psychology**, *1*, 91-111.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Huag Ogden, D. E., & Dantona, R. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, *68*, 64-72.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). **Self-care nursing : Promotion of health**. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- Jalowice, A., Murphy, P., and Power J. Marjorices. (1984). Psychometric assessment of Jalowice coping scale. **Nursing Research**; *33*(3): 176-184.
- Hornsey, M. J., Dwyer, L., & Oei, T. (2007). Beyond cohesiveness: Reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy.

- Small Group Research, 38, 567-592.**
- Hornsey, M. J., Dwyer, L., Oei, T. P. S., & Dingle, G. A. (2009). Group processes and outcomes in group psychotherapy: Is it time to let go of cohesiveness? **International Journal of Group Psychotherapy, 59, 267-278.**
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), **Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients** (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measurement. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), **Psychodynamic Treatment Research** (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 139-149.**
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: A conceptual analysis. **Scandinavian Journal of Psychology, 35, 67-85.**
- Hull, C. L. (1943). **Principles of behavior: An introduction to behavior theory.** New York: Appleton-Century-Crofts.
- Jalowice, A and Power J. Marjorices. (1981). Stress and coping in phypertensive and emergency room patients. **Nursing Research; 12(4): 12-20.**
- Jang, H. (2008). Supporting students' motivation, engagement, and learning during an uninteresting activity. **Journal of Educational Psychology, 100, 798-811.**
- Jang, H., Reeve, J., & Deci, E. L. (in press). Engaging students in learning activities: It's not autonomy support or structure, but autonomy support and structure. **Journal of Educational Psychology.**
- Jang, H., Reeve, J., Ryan, R. M., & Kim, A. (2009). Can self-determination theory explain what underlies the productive, satisfying learning experiences of collectivistically oriented Korean students? **Journal of Educational Psychology, 101, 644-661.**
- John W.C. Bird, F.L., Sperry. J.M., & Carreiro. H.L. (1998). Community habilitation and integration of adults with psychiatric disorders and mental retardation: Development of a clinically responsive environment. **Journal of developmental and physical Disabilities 10: 331-348.**
- Joiner, T. E., Jr., Sheldon, K. M., Williams, G., & Pettit, J. (2003). The integration

- of self-determination principles and scientifically informed treatments is the next tier. **Clinical Psychology: Science and Practice**, **10**, 318-319.
- Jonsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, **119**, 98-106.
- Julia D. Buckner, Deborah Roth Ledley, Richard G. Heimberg and Norman B. Schmidt. (2008). **Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: Combining Motivation Enhancement Therapy With Cognitive-Behavioral Therapy**. *Clinical Case Studies*; **7**; 208.
- Kagitcibasi, C. (1996). The autonomous relational self: A new synthesis. **European Psychologist**, **1**, 180-186.
- Kaner, A., & Prelinger, E. (2005). **The craft of psychodynamic psychotherapy**. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), **Helping people change** (pp. 305-360). New York: Pergamon.
- Kant, I. (1785/1964). Groundwork of the metaphysics of morals In H. J. Paton (Ed.), **The moral law**. London: Hutchinson University Library.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. (2003). **Kaplan and Sadock' s synopsis of psychiatry** . (10th ed.). Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. (2005). **Kaplan and Sadock' s comprehensive textbook of psychiatry**. (8th ed.). USA : Lippincott willium & Wilkins.
- Katon W,Schulberg H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. **Gen Hosp Psychiatry**; **14**:237-47.
- Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy. **Behavior Therapy**, **32**, 739-749.
- Keijsers, G. P., Schaap, C. P., & Hoogduin, C. A. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive behavior therapy: A review of empirical studies. **Behavior Modification**, **24**, 264-297.
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J. (2000). **A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression**. *N Engl J Med*. 2000 May 18;342(20):1462-70.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M., Martin, E. A., & Koestner, R. (2008). Satisfied groups and satisfied members: Untangling the between-group and

- within-group effects of need satisfaction. **Journal of Applied Social Psychology**, **38**, 1805-1826.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M. A. (1995). Issues in the transportability of treatment: The case of anxiety disorders in youths. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **63**(5), 702-708.
- Kennedy, S., Gogin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: Utility of the theory of self-determination. **Cognitive Therapy and Research**, **28**, 611-628.
- Kingsley, R. G., & Wilson, G. T. (1977). Behavior therapy for obesity: A comparative investigation for long-term efficacy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **45**, 288-298.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, **42**, 37-51.
- Kitti Jirattanaphochai, Surachai Jung, Chat Sumananont and Sukit Saengnipanthkul. (2005). Reliability of the Medical Outcomes Study Short-Form Survey Version 2.0 (Thai version) for the Evaluation of Low Beck Pain Patients. **J Med Assoc Thai** **88**(10);1355-61.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). **Interpersonal psychotherapy of depression**. New York: Basic Books.
- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A., & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. **Journal of Personality and Social Psychology**, **83**, 231-244.
- Kohut, H. (1971). **The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders**. New York: International Universities Press.
- Kottler, J. A. (1993). **On being a therapist**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kraft, P., Sutton, S. R., & Reynolds, H. M. (1999). The transtheoretical model of behavior change: Are the stages qualitatively different? **Psychology and Health**, **14**, 433-450.
- Kreft, I., & De Leeuw, J. (1998). **Introducing multi-level modeling**. London: Sage.
- Krull, J. L., & MacKinnon, D. P. (1999). Multilevel mediation modeling in group based

- intervention studies. **Evaluation Review**, **23**, 418-444.
- Kuchipudi, V., Hobein, K., Fleckinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. **Journal of Studies on Alcohol**, **51**, 356-360.
- Kultgen, J. (1995). **Autonomy and intervention**. New York: Oxford.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Ed.), **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change** (5th ed., pp. 805-821). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), **Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients** (pp.17-32). New York: Oxford University Press.
- Laraia, M.T., and Sundeen. (2005). **Principle and practice of psychiatric nursing**.(7th ed.). St. Louis : Mosby.
- Laura J. Fochtmann and Alan J. Gelenberg. (2005). Guideline Watch: Practice Guideline For The Treatment of Patients With Depressive Disorder, 2nd Edition The journal of **lifelong learning in psychiatry**;3(1): 34-42.
- Lazarus, R. S. And Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing company.
- Lazarus, A. A. (1989). **The practice of multimodal therapy**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A. A., & Beutler, L. E. (1993). On technical eclecticism. **Journal of Counseling & Development**, **71**, 381-385.
- Leong, F. T., & Lee, S. H. (2006). A cultural accommodation model for cross-cultural psychotherapy: Illustrated with the case of Asian Americans. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, **43**, 410-423.
- Levenson, H. (2004). Time-limited dynamic psychotherapy: Formulation and intervention. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Eds.), **The art and science of brief psychotherapies** (pp. 157-188). Washington, DC: APPI.
- David Lewin.(2003).Human Resource Management and Business Performance: Lessons for the 21st Century. in M. Effron, R. Gandossy & M. Goldsmith, Eds.**Human Resource in the 21st Century**. New York: Wiley, pp. 91-99.

- Lewin, L. (2008). The Client with a Depressive Disorder – In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. **Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts**. United States : Thomson Learning.
- Lewinsohn P. (1989). The coping with depression course: review and future directions. *Can J Behav sci*; 21:470-93.
- Lewis, C. C., Simons, A. D., Silva, S. G., Rohde, P., Small, D. M., Murakami, J. L., et al. (2009). The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 422-428.
- Linehan, M. M. (1993). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford.
- Luborsky, E. B., O'Reilly-Landry, M., & Arlow, J. A. (2008). Psychoanalysis. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), **Current psychotherapies** (8th ed., pp. 15-62). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, **101**, 192-203.
- Lynch, M. F. (2002). The dilemma of international counselor education: Attending to cultural and professional fits and misfits. *International Journal for the Advancement of Counseling*, **24**, 89-100.
- Lynch, M. F., La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2009). On being yourself in different cultures: Ideal and actual self-concept, autonomy support, and wellbeing in China, Russia, and the United States. *Journal of Positive Psychology*, **4**, 290-304.
- Lynch, M. F., & Levers, L. L. (2007). Ecological-transactional and motivational perspectives in counseling. In J. Gregoire & C. Jungers (Eds.), **The counselor's companion: What every beginning counselor needs to know** (pp. 586-605). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, **8**, 1-23.
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). Introduction: Autonomy refigured. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), **Relational autonomy** (pp. 3-34). New York: Oxford University Press.
- MacKinnon, R. A., Michaels, R., & Buckley, P. J. (2006). **The psychiatric interview in**

- clinical practice.** Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Manber R, Allen JJ, Morris MM. (2002). **Alternative treatments for depression : empirical support and relevance to women**, J Clin Psychiatry 63 : 628.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. **Journal of Social and Clinical Psychology, 24**, 811-831.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. **Psychological Review, 98**, 224-253.
- Marquis, A. (2008). **The integral intake: A guide to comprehensive idiographic assessment in integral psychotherapy.** New York: Routledge.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davies, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68**, 438-450.
- Mccann, E., and Bowers, L. (2005). Training in cognitive behavioral intervention on acute psychiatric inpatient wards. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12** : 215-222.
- McKee, S. A., Carroll, K. M., Sinha, R., Robinson, J. E., Nich, C., Cavallo, D., & O'Malley, S. (2007). Enhancing brief cognitive behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. **Drug and Alcohol Dependence, 91**, 97-101.
- McLeod, C., & Sherwin, S. (2000). Relational autonomy, self-trust, and health care for patients who are oppressed. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), **Relational autonomy** (pp. 259-279). New York: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (1986). Cognitive-behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), **Helping people change** (3rd ed., pp. 346-380). New York: Pergamon.
- Meissner, W. W. (1981). **Internalization in psychoanalysis.** New York: International Universities Press.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. **Clinical Psychology: Science and Practice, 9**, 21-25.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. **The Behavior Analyst, 16**, 191-206.
- Michalak, J., Klappheck, M. A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the "why" of goal motivated behavior and their

- implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, **14**, 193-209.
- Mill, J. S. (1869/1974). On liberty. In M. Warnock (Ed.), *Utilitarianism*. Glasgow, UK: Collins/Fontana.
- Miller, J. F. (1991). **Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, **17**, 192-200.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). **Motivational interviewing**. New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, **64**, 527-537.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1995). **Motivational enhancement therapy manual**. Rockville, MD: NIAAA.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). **Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence**. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Milner, J., & O'Byrne, P. (2002). **Brief counselling: Narratives and solutions**. New York: Palgrave.
- Miller WR, Rollnick S.(2002). **Motivational interviewing: Preparing people for change**. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Moore, J. (2008). **Conceptual foundations of radical behaviorism**. Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan.
- Moos, R. H. (1986). **Group Environment Scale manual (2nd ed.)**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, **95**, 1475-1490
- Moyers, T. B., & Houck, J. (2011). **Combining motivational interviewing with cognitive-behavioral treatments for substance abuse: Lessons from the Combine Research Project**. *Cognitive and Behavioral Practice*, **18**, 38-45.
- Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variation in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion*, **21**, 349-362.
- Munoz R. (revised edition 1998). **The depression prevention course**. Unpublished

- manual. Available from the author: University of California, San Francisco, Department of Psychiatry.
- Murray, J.L., & Lopez, A.D. eds. (1996). **The global burden of disease and injury series, volume 1 : a comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Cambridge, MA : Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the world Bank. Harvard University Press.
- Mynors walls, Dennis H Gath, Ann Day, Frances Baker. (1996). A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurse in primary care. **BMJ**:113-119.
- Mynors-Wallis. (2000). Randomized controlled trial of Problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. **BMJ**; 320-26-30.
- Mynors Wallis. (2001). Problem-solving treatment in general psychiatric practice. **Advances in Psychiatric Treatment** ; 7:417-425.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). **Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research.** Washington, DC: Federal Register.
- Navjot bedi and Clair Chilvers. (2000). Accessing effectiveness of treatment of Depression in primary Care. **British Journal of Psychiatry** ; 177:312-318.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/ autonomy to depression. **Clinical Psychology Review**, **10**, 279-297.
- Nix, L., Bierman, K., & McMahon, R. J. (2009). How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **77**, 429-438.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), **Psychotherapy relationships that work** (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), **Handbook of psychotherapy integration** (pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (2008). Integrative psychotherapies. In R. J. Corsini &

- D. Wedding (Eds.), **Current psychotherapies** (8th ed., pp. 481-511). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Oei, T. P. S., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? **American Journal of Psychotherapy**, **60**, 53-70.
- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. **Journal of Affective Disorders**, **107**, 5-21.
- Oei, T. P. S., & Free, M. L. (1995). Do cognitive behaviour therapies validate cognitive models of mood disorders? A review of the empirical evidence. **International Journal of Psychology**, **30**, 145-180.
- Oei, T. P. S., & Green, A. (2008). The satisfaction with therapy and therapist scale-revised (STTR-R): Psychometric properties and confirmatory factor analysis. **Professional Psychology: Research and Practice**, **39**, 435-442.
- Oei, T. P. S., & Shuttlewood, G. J. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **28**, 221-231.
- Oei, T. P. S., & Sullivan, L. M. (1999). Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, **33**, 407-415.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated termination of psychotherapy. **Harvard Review of Psychiatry**, **13**, 57-70.
- Oliver, E. J., Markland, D., Hardy, J., & Petherick, C. M. (2008). The effects of autonomy-supportive versus controlling environments on self-talk. **Motivation & Emotion**, **32**, 200-212.
- Ormel J, von Korff M, Ustun T, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. (1994). Common mental disorders And disability across cultures. **JAMA** ; 272:1741-8.
- Overholser, J. C. (2005). Contemporary psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. **Journal of Contemporary Psychotherapy**,

35, 369-376.

- Patterson, C. H. (1989). Foundations for a systematic eclectic psychotherapy. **Psychotherapy, 26**, 427-435.
- Paykel ES and Priest RG. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. **Archives General Psychiatry 56(9):829-835**.
- Paykel ES and Priest RG. (1992). Recognition and management of depression in general practice: Consensus statement. **BMJ ; 161:633-7**.
- Peden, A.R. (1996). Recovering in depression : a one year follow-up. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 3:289-295**.
- Pedersen, P. (1991). Multiculturalism as a generic approach to counseling. **Journal of Counseling and Development, 70**, 6-12.
- Pekkala, E., & Merinder, L. Psychoeducation for Schizophrenia (review). **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**[Online].2006. Available from: <http://www.Cochrane.Org> [2006,May].
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovenic-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. **Motivation and Emotion, 28**, 245-277.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. **Journal of Personality Assessment, 68**, 414-435.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. **Cognitive Therapy and Research, 12**, 557-575.
- Petry, N. M. (2006). Contingency management treatments. **British Journal of Psychiatry, 189**, 97-98.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Hanson, T., & Sierra, S. (2007). Randomized trial of contingent prizes versus vouchers in cocaine-using methadone patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75**, 983-991.
- Philip B., & Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Bipolar Disorder (2004). Australian and New Zealand Clinical practice guidelines For the treatment of bipolar disorder. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry;38:280-305**.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective Disorder. **American Journal Psychiatry 149(8):99-1010**.

- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorder: A meta-analysis. **Addiction, 101**, 1546-1560.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19**, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). **Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change**. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), **Treating addictive behaviors: Processes of change** (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. **American Psychologist, 47**, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Folwer, J. L., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work-site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. **Addictive Behaviors, 17**, 35-45.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychology, 13**, 39-46.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2003). **Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis** (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Pual Biegler. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. **BMJ;36**:1046-1050.
- Rappaport, R. L. (1997). **Motivating clients in therapy**. New York: Routledge.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). **Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods** (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rawlins. R.P., Heacock. P.E. (1993). **Clinical manual of Psychiatric Nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Year Book.
- Reeve, J., Bolt, E., & Cai, Y. (1999). Autonomy-supportive teachers: How they teach and motivate students. **Journal of Educational Psychology, 91**, 537-548.
- Reeve, J., & Jang, H. (2006). What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. **Journal of Educational Psychology, 98**, 209-218.

- Rogers, C. R. (1951). **Client-centered therapy**. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (Eds.). (1954). **Psychotherapy and personality change**. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **21**, 95-100.
- Rogers, C. R. (1961). **On becoming a person**. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers. (1970). **Carl Rogers on Encounter groups**. New York : Harpert & Row.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). **Motivational interviewing in health care**.
New York: Guilford Press.
- Ronnachai Kongsakon, Umaporn Udomsubpayakul, and Rungtip Presertchai.(2005).
Clinical Response of Depressive Patients in a Thai Psychiatric Care Setting. **J Med Assoc Thai**; 88(8):1110-14.
- Rosenstein, D.(1995). Mood disorders in primary care. **Contemporary Nurse Practitioner** 1(2); 27-30.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. **Health Psychology**, **19**, 593-604.
- Roth, G., Kanat-Maymon, Y., Assor, A., & Kaplan, H. (2006). Assessing the experience of autonomy in new cultures and contexts. **Motivation and Emotion**, **30**, 365-376.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. **Developmental Psychology**, **45**, 1119-1142.
- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009).
General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the
attitude to behaviour change in people with Type 2 diabetes. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, **27**, 172-179.
- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, **81**, 305-312.
- Rudy, D., Sheldon, K., Awong, T., & Tan, H. (2007). Autonomy, culture, and wellbeing: The benefits of inclusive autonomy. **Journal of Research in Personality**, **41**, 983-1007.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension

- of cognitive evaluation theory. **Journal of Personality and Social Psychology**, **43**, 450-461.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. **Journal of Personality**, **63**, 397-427.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. **Journal of Personality and Social Psychology**, **57**, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. **Psychological Inquiry**, **11**, 319-338.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, **25**, 54-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, **55**, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.), **Annual review of psychology** (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. Pyszczynski (Eds.), **Handbook of experimental existential psychology** (pp. 449-479). New York: Guilford.
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. **Development and Psychopathology**, **17**, 987-1006.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? **Journal of Personality**, **74**, 1557-1585.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), **Self-determination in sport and exercise** (pp. 1-19). New York: Human Kinetics.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. **Canadian Psychology, 49**, 186-193.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. **Journal of Happiness Studies, 9**, 139-170.
- Ryan, R. M., La Guardia, J. G., & Solky-Butzel, J. (2005). On the interpersonal regulation of emotions: Emotional reliance across gender, relationships, and culture. **Personal Relationships, 12**, 146-163.
- Ryan, R. M., & Lynch, J. (1989). Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. **Child Development, 60**, 340-356.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. **The European Health Psychologist, 10**, 2-5.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. **Addictive Behaviors, 20**, 279-297.
- Rychlak, J. F. (1977). **The psychology of rigorous humanism**. New York: Wiley.
- Safran, J., & Muran, J. C. (2000). **Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide**. New York: Guilford.
- Salovey, P., & Singer, J. A. (1991). Cognitive behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), **Helping people change** (4th ed., pp. 361-395). Elmsford, NY: Pergamon.
- Samstag, L. W., Batchelder, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables. **Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5**, 126-143.
- Schafer, R. (1983). **The analytic attitude**. New York: Basic Books.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. **American Psychologist, 50**, 965-974.
- Senécal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous regulation complementary or competing constructs? **Health Psychology, 19**, 452-457.
- Shadish, W., Matt, G., Novaro, A., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. et al. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65**, 355-365.
- Sheeran, P., Aubrey, R., & Kellett, S. (2007). Increasing attendance for psychotherapy:

- Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? **International Journal of Eating Disorders**, **28**, 209-214.
- Steer, R. A., Beck, A. T., Clark, D. A., & Beck, J. S. (1994). Psychometric properties of the Cognition Checklist with psychiatric outpatients and university students. **Psychological Assessment**, **6**, 67-70.
- Steketee, G. S. (1993). **Treatment of obsessive compulsive disorder**. New York: Guilford.
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **77**, 595-606.
- Stitzer, M., & Petry, N. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. **Annual Review of Clinical Psychology**, **2**, 411-434.
- Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **10**, 349-367.
- Stoudemire A, Frank R HNaa. (1986). The economic burden of depression. **Gen Hosp Psychiatry** 8:387.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (1998). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing** 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing** 8th ed. St. Louis : Mosby.
- Stuart, S. (2004). Brief interpersonal psychotherapy. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Eds.), **The art and science of brief psychotherapies** (pp. 119-156). Washington, DC: APPI.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2003). **Interpersonal psychotherapy**. London: Edward Arnold.
- Stuart and Sundeen. (1979). **Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing** (Hardcover). 6th Revised edition. St.Louis Mosby.
- Stuart, G., & Sundeen, S. (1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). **Stuart & Sundeen's principles and practice of psychiatric nursing**. (7th ed.). St. Louis : Mosby.
- Sue, D. W. (1992). The challenge of multiculturalism: The road less traveled. **American Counselor**, **1**, 6-14.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural competencies and standards: A call to the profession. **Journal of Counseling and Development**, **70**,

477-486.

- Sue, D., & Sue, D. M. (2008). **Foundations of counseling and psychotherapy**. New York: Wiley.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. **Addiction**, **96**, 175-186.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). **Using multivariate statistics** (5th ed.). Sydney: Pearson.
- Taylor, S.E. (1990). **Health psychology**. 2nd ed. USA: Mc Graw-hill.
- Thorndike, E. L. (1913). **The psychology of learning**. New York: Teacher's College, Columbia University.
- Thorne, F. C. (1950). **Principles of personality counseling: An eclectic approach**. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co.
- Tollefson G, Souetre E TL, Potvin JH. (1993). Comorbid anxious signs and symptoms in major depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. **Int Chin Psychopharmacology** 8:281-93.
- Tolman, E. C. (1959). Principles of purposive behavior. In S. Koch (Ed.), **Psychology: A study of a science** (Vol. 2, pp. 92-157). New York: McGraw-Hill.
- Townsend, M.C. (2003). **Psychiatric Mental Health: Concepts of Care**. 4th ed. Philadelphia: Davis.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. **Behaviour Research and Therapy**, **37**, 405-418.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. **European Eating Disorder Review**, **5**, 102-114.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. **Psychotherapy Research**, **5**, 189-198.
- Tucker & Richardson. (2002). Validity of the depression coping self-efficacy scale. **Archives of Psychiatric Nursing** 16(3);36-48.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. In M. P. Zanna (Ed.), **Advances in experimental social psychology** (Vol. 29, pp. 271-360). San Diego, CA: Academic Press.
- Vallerand, R. J. (2000). Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the

- hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. **Psychological Inquiry**, **11**, 312-318.
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa—A conceptual review: Part 2. **European Eating Disorders Review**, **14**, 352-368.
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). “Let eating disorder patients decide!” Providing choice might reduce early drop-out in inpatient treatment. **European Eating Disorder Review**, **17**, 177-183.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., Dewitte, S., De Witte, H., & Deci, E. L. (2004). The “why” and “why not” of job search behavior: Their relation to searching, unemployment experience, and well-being. **European Journal of Social Psychology**, **34**, 345-363.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., Soenens, B., & Luyckx, K. (2006). Autonomy and relatedness among Chinese sojourners and applicants: Conflictual or independent predictors of well-being and adjustment? **Motivation and Emotion**, **30**, 273-282.
- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the explanatory role of psychological needs in human well-being. In L. Bruni, F. Comim, & M. Pugno (Eds.), **Capabilities and happiness** (pp. 187-223). Oxford: Oxford University Press.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There’s nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. **British Journal of Clinical Psychology**, **45**, 63-82.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. **International Journal of Eating Disorders**, **37**, 207-219.
- Vansteenkiste, M., Zhou, M., Lens, W., & Soenens, B. (2005). Experiences of autonomy and control among Chinese learners: Vitalizing or immobilizing? **Journal of Educational Psychology**, **96**, 755-764.
- Velicer, W. F., Hughes, S. L., Fava, J. L., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1995). An empirical typology of subjects within stage of change. **Addictive Behaviors**, **20**, 299-320.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. **Clinical Psychology Review**, **18**,

391-420.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. London: Taylor & Francis.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1993). **SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide**. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998). Methods for testing data quality, scaling Assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. **J.Clin.Epidemiol.** 51:945-952.
- Ware JE, Sherbourne CD.(1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 30(6):473-483.
- Watcharee Leurmamkul and Paramee Meetam. (2005). Properties Testing of the Retranslated SF-36(Thai Version). **Thai Pharm Sci J** 29(1-2): 69-88.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. **Health Psychology**, 17, 290-299.
- Weisz, J., Weiss, B., & Donenberg, G. (1992). The lab versus the clinic effects of child and adolescent psychotherapy. **American Psychologist**, 47, 1078-1585.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. **Addiction**, 100, 1036-1039.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. **Psychological Bulletin**, 130, 631-663.
- Westra, H. A., & Phoenix, E. (2003). **Motivational enhancement therapy in two cases of anxiety disorder**. *Clinical Case Studies*, 2, 306-322.
- Westra.H.A., (2004). **Managing resistance in cognitive behavioral therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression**. *Cognitive Therapy and Research*, 33:4, 161-175.
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). **Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety**. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.

- Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive behavioral therapy for anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75**, 363-373.
- Westra, H.A. & Dozois, D.J.A. (2008). **Integrating Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety**. In Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.), **Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems**. (pp 26-56). New York: Guilford Press.
- Westra, H.A., & Arkowitz, H. (2010). **Combining Motivational Interviewing and Cognitive Behavioural Therapy to Increase Treatment Efficacy for Generalized Anxiety Disorder**. Pp 199-232 in D. Sookman & B. Leahy (Eds.), *Resolving Treatment Impasses with Resistant Anxiety Disorders*. Routledge.
- Westra HA. (2011). **Comparing the predictive capacity of observed in-session resistance to self-reported motivation in cognitive behavioral therapy**. *Behav Res Ther*, Feb;49(2):106-13. Epub 2010 Nov 25.
- Wierbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. **Professional Psychology: Research and Practice, 24**, 190-195.
- Wild, J. (1965). Authentic existence: A new approach to "value theory." In J. M. Edie (Ed.), **An invitation to phenomenology: Studies in the philosophy of experience** (pp. 59-78). Chicago: Quadrangle.
- William, J.M. G. (1989). **The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive-behavior therapy**. New York: Free press.
- Williams, G. C. (2002). Improving patient's health through supporting the autonomy of patients and providers. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), **Handbook of selfdetermination research** (pp. 233-254). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building health-care partnerships by supporting autonomy: Promoting maintained behavior change and positive health outcomes. In P. Hinton-Walker, A. L. Suchman, & R. Botelho (Eds.), **Partnerships, power and process: Transforming health-care delivery** (pp. 67-88). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Freedman, Z., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate

- patients with diabetes for glucose control. **Diabetes Care**, **21**, 1644-1651.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996).
Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. **Journal of Personality and Social Psychology**, **70**, 115-126.
- Williams, G. C., Lynch, M. F., & Glasgow, R. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. **Health Psychology**, **26**, 728-734.
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H., Ryan, R. M., Sharp, D., & Deci, E. L. (2006). Validation of the Important Other Climate Questionnaire: Assessing autonomy support for health related change. **Families, Systems and Health**, **24**, 179-194.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., et al. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. **Health Psychology**, **25**, 91-101.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. **Health Psychology**, **17**, 269-276.
- Williams, G. G., Gagne, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. **Health Psychology**, **21**, 40-50.
- Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. **Clinical Psychology Review**, **24**, 361-378.
- Winnicott, D. W. (1965). **Maturational processes and the facilitating environment**. Madison, CT: International Universities Press.
- Wolberf. (1995). **Technuque of psychotherapy**. New York : Grune & Stratton.
- World Health Organization. . (2009). **Mental Health : New Understanding, New Hope**. Geneva :World Health Organization.
- Wolfe, B. E. (2006). Employing empirically supported treatments: A research informed clinical practitioner perspective. **Clinical Psychology: Science and Practice**, **13**, 171-178.
- Wolitzky, D. L. (2003). The theory and practice of traditional psychoanalytic treatment.

- In A. S. Gurman & S. Messer (Eds.), **Essential psychotherapies** (pp. 24-68). New York: Guilford.
- Wolpe, J. (1982). **The practice of behavior therapy**. New York: Pergamon.
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. **Behavior Therapy**, *33*, 5-27.
- World Health Organization. (1994). **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry: version 2.0** Geneva: WHO (Division of Mental Health).
- World Health Organization. **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted life years**. [Online]. 2004. Available from: <http://www.who.int>[2009,Dec].
- World Health Organization. [Netscape] 2009 ; [Screens]. Available from : http://www.who.int/Mental_health/management/depression/definition/en/ (accessed[20 July 2009].
- Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodological issues. **American Journal of the Cancer Society** 53:25-34.
- Wulsin & Lawson R. (1996). **Psychiatric secrets**. Singapore: Info Access & Distributing
- Yalom, I. D. (1975). **The Theory and Practice of Group Psychotherapy**. 2nd ed. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1980). **Existential psychotherapy**. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). **The gift of therapy**. New York: HarperCollins.
- Yalom, I. J., & Leszcz, M. (2005). **The theory and practice of group psychotherapy** (5th ed.). New York: Basic Books.
- Zauszniewski & Rong. (1999). Depressive cognitions and psychosocial functioning: a test of Beck's cognitive theory. **Archives of Psychiatric Nursing** 13(3); 286-293.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. **Journal of Social and Clinical Psychology**, *23*, 675-696.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, *12*, 63-70.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. **Psychotherapy Research**, *17*, 137-148.
- Zuckoff, A., Swartz, H. A., & Grote, N. K. (2008). **Motivational Interviewing as a prelude**

- to psychotherapy of depression. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 109-144). New York: Guilford Press.
- Zvi D. Gellis and Bonnie Kenaley. (2008). Problem – Solving Therapy for Depression in Adults:A Systematic Review.*Research on Social Work Practice* 18(2): 117-131.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร	จิตแพทย์ ที่ปรึกษาโรงพยาบาลตุลาการ
2. นายแพทย์ เวทีศ ประทุมศรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์) โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คุณ บุษบา คล้ายมุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. คุณวรางคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร,2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{8}{9} = 0.89$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{19}{21} = 0.90$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{28}{30} = 0.93$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{23}{26} = 0.89$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง (โปรแกรม)

$$CVI = \frac{16}{18} = 0.89$$



ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

$\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{S.D.} = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง

n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่น

2.1 สถิติการหาความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach' Alpha Coefficient (ค.ศ.1951) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α	หมายถึง	ค่าความเชื่อมั่น
n	หมายถึง	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
$\sum S_i^2$	หมายถึง	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
S_t^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3. สถิติทดสอบ t (Paired t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ร่วมกับการใช้สถิติทดสอบ t แบบ Dependent Group มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547)

$$T = \frac{\bar{d}}{\frac{Sd}{\sqrt{n}}}$$

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n}$$

$$Sd = \sqrt{\frac{n \sum d^2 - (\sum d)^2}{n(n-1)}}$$

$$df = n - 1$$


\bar{d}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
Sd	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n	หมายถึง	จำนวนคู่ของกลุ่มประชากร
df	หมายถึง	จำนวนค่าที่มีอิสระ

4. สถิติทดสอบ t (Independent t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS Independent t - test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{Sp^2 [1/n_1 + 1/n_2]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

\bar{x}_1	\bar{x}_2	หมายถึงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1	n_2	หมายถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
Sp^2		หมายถึงค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)
df		หมายถึงจำนวนค่าที่มีอิสระ



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1.เพศ

- ชาย หญิง

2.อายุ.....ปี

3.สถานภาพสมรส

- โสด คู่
 หม้าย หย่า
 แยกกันอยู่ อื่นๆ

4.ระดับการศึกษา

- ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรี
 ปริญญาโทหรือมากกว่า อื่นๆ(ระบุ).....

5.อาชีพ

- ว่างงาน รับจ้าง
 เกษตรกรรม ค้าขาย
 รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว

6.รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน

- ไม่มีรายได้ 1,000 – 5,000 บาท 5,001 – 10,000
 10,001 – 15,000 บาทขึ้นไป มากกว่า15,000บาทขึ้นไป

7.รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- เพียงพอ ไม่เพียงพอ

8.ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....เดือน.....ปี

9.โรคร่วมอื่นๆ

- มี ไม่มี

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกว่าไม่มี ความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกว่าจะทำอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
 - 3 ฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกอย่างทุกอย่าง
 - 1 ฉันไม่พอใจในทุกอย่างทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
 - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกอย่างทุกอย่างอีกต่อไป
 - 3 ฉันไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5. 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
 - 1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันถูกล่วงโทษ
 - 1 ฉันรู้สึกว่าจะฉันอาจจะถูกล่วงโทษ
 - 2 ฉันคิดว่าฉันถูกล่วงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าจะถูกล่วงโทษ

7. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึผิดหวังในตนเอง
 - 1 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง
 - 2 ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง
 - 3 ฉันเกลียดตัวเอง

8. 0 ฉันว่าฉันแย่กว่าคนอื่น
 1 ฉันมักวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 2 ฉันมักตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น
 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยจำเป็น
 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
11. 0 ฉันไม่ใช่คนที่โกรธง่าย
 1 ฉันเป็นคนโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 2 ฉันเป็นคนโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันเป็นคนโกรธง่ายตลอดเวลาแม้เรื่องที่เกิดขึ้นจะเล็กน้อย
12. 0 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันไม่สนใจผู้อื่นอีกเลย
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจ
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย
14. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันจะดูแลและไม่สนใจ
 2 ฉันรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย

16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
2 ฉันตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะกลับไปนอนหลับต่อได้อีก
3 ฉันตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีกเลย
17. 0 ฉันไม่รู้สึกละอาย
1 ฉันรู้สึกละอายน้อยกว่าแต่ก่อน
2 ฉันรู้สึกละอายจากการทำสิ่งต่าง ๆ
3 ฉันรู้สึกละอายเกินกว่าที่จะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติอย่างที่เคย
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใด ๆ เลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่รู้สึกรบกวนเกี่ยวกับสุขภาพ
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด โดย

- 1 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนี้น้อยที่สุด
- 2 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนี้น้อย
- 3 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนี้ปานกลาง
- 4 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนี้มาก
- 5 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนี้มากที่สุด+

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
1.ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านสังคม					
2.ฉันคิดว่าฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3.ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4.ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5.ฉันทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
6.ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ต่อไปได้					
7.ฉันคิดว่าฉันน่าจะเป็นคนดีมากกว่านี้					
8.ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าเหลือเกิน					
9.ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันต้องการ					

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
10.ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย					
11.ไม่มีอะไรในชีวิตฉันที่ดีขึ้นเลย					
12.ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว					
13.ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้					
14.ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความผิดพลาด					
15.ฉันปรารถนาว่าฉันจะไปให้พ้นจากที่นี่และไปอยู่ที่อื่น					
16.ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างรวมกันได้					
17.ฉันเกลียดตัวเอง					
18.ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า					
19.ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้					
20.นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ					
21.ฉันคือผู้แพ้					
22.ชีวิตของฉันน่าเวลาย สับสน					

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
23.ฉันเป็นคนลึ้มเหลว					
24.ฉันไม่สามารถจะทำได้					
25.ฉันขาดที่พึ่ง					
26.บางสิ่งบางอย่างในชีวิตฉันน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง					
27.ต้องมีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่					
28.อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่มีตม					
29.ทุก ๆ อย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายกับฉันเลย					
30.ฉันไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire; TMQ)

แบบสอบถามนี้เกี่ยวข้องกับเหตุผลและความรู้สึกของท่านที่มีต่อการรักษา ท่านสามารถตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจหรือถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามได้ถ้าท่านต้องการ แต่แต่ละคนมีเหตุผลแตกต่างกันในการเข้ารับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยต้องการทราบว่าเหตุผลในแต่ละข้อเป็นความจริงตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด โปรดให้คะแนนที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำชี้แจง แบบสอบถามแรงจูงใจในการรักษาแต่ละข้อคำถาม จะเป็นตัวเลขให้ท่านเลือก ตั้งแต่ 1 – 7 เรียงตามลำดับ โดยเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงมากที่สุดกับข้อความในข้อคำถาม และเรียงความคิดเห็นไปจนถึงเลข 7 ซึ่งหมายถึง เป็นจริงมากที่สุดกับข้อความในคำถามโดยเลือกตัวเลขให้ตรงกับความคิดเห็นหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด



ข้อความ	ไม่เป็นความจริง			ไม่ แน่ ใจ	เป็นความจริง		
	มากที่สุด	ปาน กลาง	เล็กน้อย		เล็กน้อย	ปาน กลาง	มากที่สุด
ก.ฉันเข้ารับการรักษาที่นี่เพราะ :							
1. ฉันต้องการหายจากโรคที่เป็นอยู่จริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
2. ฉันรู้สึกไม่ดี ถ้าฉันไม่มารับการรักษา	1	2	3	4	5	6	7
3. ฉันมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาทางกฎหมาย	1	2	3	4	5	6	7
4. ฉันรู้สึกผิดมากเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง ซึ่งฉันต้องปรับปรุงแก้ไข	1	2	3	4	5	6	7
5. โดยส่วนตัวแล้ว การแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน	1	2	3	4	5	6	7
ข. ฉันยังคงรับการรักษาเพราะ:							
6. ถ้าฉันไม่มารับการรักษาฉันจะพบกับปัญหายุ่งยาก	1	2	3	4	5	6	7
7. ถ้าฉันไม่มารับการรักษา ฉันจะรู้สึกแย่มาก	1	2	3	4	5	6	7
8. ถ้าฉันไม่มารับการรักษา ฉันจะรู้สึกเหมือนเป็นความล้มเหลว	1	2	3	4	5	6	7
9. ฉันรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือตนเอง	1	2	3	4	5	6	7
10. ฉันไม่มีทางเลือกนอกจากที่จะมารับการรักษาที่นี่	1	2	3	4	5	6	7
11. การเข้ารับการรักษาอย่างครบถ้วนหรือจนจบกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด	1	2	3	4	5	6	7

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง			ไม่ แน่ ใจ	เป็นความจริง		
	มากที่สุด	ปาน กลาง	เล็ก น้อย		เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก ที่สุด
ค. คุณคิดเห็นอย่างไรกับเหตุการณ์ต่อไปนี้ ที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณมากที่สุด:							
12. ฉันถูกกดดันให้มารับการรักษา	1	2	3	4	5	6	7
13. ฉันไม่มั่นใจว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะ เหมาะกับฉัน	1	2	3	4	5	6	7
14. ฉันมั่นใจว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะเหมาะ กับฉัน	1	2	3	4	5	6	7
15. ฉันตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะว่า ต้องการได้รับการช่วยเหลือ	1	2	3	4	5	6	7
16. ฉันไม่เชื่อมั่นว่าการรักษานี้จะช่วยรักษา ความเจ็บป่วยของฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
17. ฉันต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่อยู่ ร่วมในกลุ่มบำบัด	1	2	3	4	5	6	7
18. ฉันต้องการที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลอื่น	1	2	3	4	5	6	7
19. การร่วมมือกับผู้อื่นอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งที่ สำคัญในการแก้ปัญหาของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
20. ฉันรับผิดชอบในการเลือกการรักษา	1	2	3	4	5	6	7
21. ฉันไม่มั่นใจว่าแผนการรักษานี้จะช่วย แก้ปัญหาของฉันได้หรือไม่	1	2	3	4	5	6	7

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง			ไม่ แน่ ใจ	เป็นความจริง		
	มากที่สุด	ปาน กลาง	เล็ก น้อย		เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก ที่สุด
22. ฉันคาดหวังว่าจะพบผู้ที่มีปัญหา เหมือนกับฉัน	1	2	3	4	5	6	7
23. ฉันเลือกการรักษาด้วยวิธีนี้เพราะฉันคิด ว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง	1	2	3	4	5	6	7
24. ฉันไม่มั่นใจว่าการรักษานี้จะได้ผล	1	2	3	4	5	6	7
25. ฉันรู้สึกสบาย ๆ ในการแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในกลุ่ม	1	2	3	4	5	6	7
26. ฉันต้องการความช่วยเหลือและการ สนับสนุนจากผู้อื่นในการแก้ปัญหาของฉัน	1	2	3	4	5	6	7

โปรแกรมแบบบูรณาการ
ที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



โดย

นางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง เน้นการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม แต่การรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นนั้น มุ่งเน้นมุ่งเน้นด้านบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้าโดยใช้ยาเป็นสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกลับสู่ครอบครัวและสังคมในขณะที่ยังคงมีปัญหาที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคซึมเศร้าเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวประสาท 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา 3) ปัจจัยทางสังคม ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าปัจจุบันได้แก่ การบำบัดด้วยยาต้านเศร้า(มาโนซ หล่อตระกูล,2549) การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดด้านจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavior Therapy: CBT) การบำบัดโดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดด้วยร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพและสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่คงทนถาวร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม โดยประยุกต์จากแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมและทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมโดยมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ประกอบด้วย 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเอง

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการสร้างความคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ครั้งคือ

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเอง

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง

ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามุ่งเน้นจะเป็นแนวทางในการดูแลรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าและคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี และไม่มีอาการกำเริบถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกต่อไป

นางสาววนิดา พันธุ์สุนทร

คู่มือ

การดูแลตนเองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

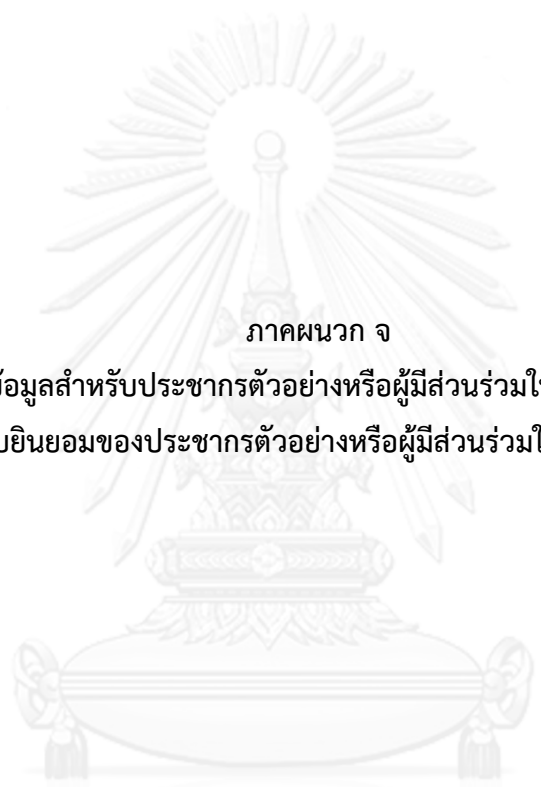
คำนำ

โรคซึมเศร้าฟังดูไม่คุ้นหู แต่ถ้าพูดถึงเรื่องซึมเศร้า เรามักจะนึกกันว่า เป็นเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดจากความผิดหวัง หรือการสูญเสียมากกว่าที่จะเป็นโรค ถ้าหากเป็นอยู่นานไม่มีทีท่าว่า จะดีขึ้น หรือเป็นรุนแรง จนมีอาการหลายๆ อย่าง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หมดความสนใจต่อโลก ภายนอก ไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ก็อาจจะเข้าข่ายของโรคซึมเศร้าแล้ว

โรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาให้หายหรือทุเลาลง เพราะโรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงาน หรือการประกอบกิจวัตรประจำวันแย่ลง ซึ่งสามารถรักษาให้อาการหายทุเลากลับสู่ภาวะปกติได้ถ้า หากได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เอกสาร “การดูแลตนเองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” จึงเป็นเอกสารที่จะช่วยให้ท่านเข้าใจโรคซึมเศร้าและ สามารถจัดการกับโรคนี้ได้เหมาะสม สามารถดำรงชีพได้อย่างปกติสุขดังเดิม

วนิดา พันธุ์สุรินทร์



ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัยผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัยนางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สังกัด โรงพยาบาลบางจาก 35/3 หมู่ 8 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลบางจาก
อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10130

(ที่บ้าน) 55หมู่3 ตำบลท้ายบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10280

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02 4643 002-3 ต่อ 119 โทรศัพท์ที่บ้าน 02 7034 643

มือถือ 08 5689 3300E-mail Address: aee12342009@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก
ดังนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า
เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-
10) ที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
จำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่ม
และคัดออกดังนี้ 1. ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งเพศหญิง และชาย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
โรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก(ICD-10) มีคะแนนภาวะ
ซึมเศร่าระดับปานกลาง ถึงมาก (10 - 29) โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร่าของ Beck (1967) ซึ่งแปล
และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522)ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร่า
ในกลุ่มเดียวกันและขนาดเท่ากัน (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทาง
จิตเวช ระหว่างโรคซึมเศร่ากับโรคอื่นๆ สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่เคยได้รับการ
บำบัดทางความคิดพฤติกรรมและการฝึกการตัดสินใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ยินยอมเข้า
ร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโปรแกรมการบำบัด ขณะ
เข้ากลุ่มบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าร่วมกับอาการทางจิตกำเริบ รุนแรงขึ้นในลักษณะ หูแว่ว ประสาท
หลอน หลงผิด หรือมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาด้านสุขภาพจนเป็นอุปสรรคขณะ

เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมโดยแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ ซึ่งได้แก่การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (แนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., 1979 และ ทฤษฎีแรงจูงใจการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของ Deci & Ryan Deci & Ryan, 1987; 1991; 2000; 2006) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม จัดเป็นกิจกรรม 17 กิจกรรม ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง **ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด** ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตั้งเป้าหมาย และคุณค่าของชีวิต ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และการเสริมสร้างการประเมินตนเองครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้าง ความคิดใหม่ **ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทาง พฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง** ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเอง ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย) ทำด้วยวิธีทำกลุ่มบำบัด ผู้ดำเนินการกลุ่มมีสิทธิปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ที่ได้รับการฝึกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญ

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ให้ผู้วิจัยระบุด้วยว่าจะดำเนินการโดย

7.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียน ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มที่กำหนดหรือไม่

7.2 หากพบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างเขินยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

7.3 ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) กลุ่มละ 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง คู่ระดับปานกลางถึงมาก (16 – 29) ระดับการศึกษา (Beck, 1967) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแผนการรักษา

ด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกันและปริมาณยาเท่าๆกัน(Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

8. การวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษาต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแล

9. การใช้เวชระเบียน

การวิจัยนี้ต้องมีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการและการยินยอมจากผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ

10. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวกับอันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความคิดที่บิดเบือนของมนุษย์ ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่และหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการเชิงบวก โดยการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของตนเองและการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การกำกับตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมการประเมินตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตัวเองที่คงทนถาวรตามศักยภาพ ลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการป่วยซ้ำได้

11. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ” เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ยกเว้นไม่ต้องระบุข้อความนี้เมื่อทำการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งเดียว และไม่สามารถติดต่อผู้เข้าวิจัยได้อีก

13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน”

14. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึก ให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

15. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:eccu@chula.ac.th”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ที่ติดต่อ สังกัดโรงพยาบาลบางจาก 35/3 หมู่ 8 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10130 โทรศัพท์ 02 4643 002-3 ต่อ 119 มือถือ 08 5689 3300

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ในการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดาแสนสีหา (2536) และเข้าร่วมโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของBecket al (1979) ร่วมกับ ทฤษฎีแรงจูงใจ การกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Self Determination Theory) ตามแนวคิดของDeci & Ryan (1987; 1991; 2000; 2006) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม จัดเป็นกิจกรรม 17 กิจกรรม ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความคิดพฤติกรรม ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง **ขั้นตอนที่ 2** การบำบัดทางความคิดครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตั้งเป้าหมาย และคุณค่าของชีวิต ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการเสริมสร้างการประเมินตนเองครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งการสร้าง ความคิดใหม่ **ขั้นตอนที่ 3** การบำบัดทาง พฤติกรรมและ กำหนดการกระทำด้วยตนเอง ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการกำกับตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเอง ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง ครั้งที่ 8 การยุติความสัมพันธ์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หมายเหตุ

การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติด, ผู้ติดเชื้อ HIV, หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, หญิงบริการ แรงงานผิดกฎหมาย หรือการลงนามนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหาย/เป็นการเปิดเผยความลับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นต้น ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นการลงนามได้

ในกรณีที่งานวิจัยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นต้นว่า การวิจัยที่ใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบ แบบสอบถาม, งานวิจัยที่วิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ หรือการศึกษาสิ่งส่งตรวจที่ไม่สามารถสืบค้นกลับได้ว่าเป็นบุคคลใดการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสามารถ **ขอยกเว้นใบยินยอมได้**

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยต้องระบุว่ามีการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แม้ว่าจะมีการขอยกเว้นใบยินยอมหรือไม่ต้องลงนามในใบยินยอม



ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ สป ๐๐๒๗.๒/ ๕๕๗๙



โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๗๑ ถ.จ๊กกะพาก อ.เมือง ฯ
จ.สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๕ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง รับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ สป ๐๕๑๒.๑๑/๑๒๓๘

ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวนิตา พันธุ์สุรินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามรายละเอียดที่แจ้งมา นั้น

โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยคณะกรรมการงานวิจัยได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรม โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

๑. ให้แจ้งคณะกรรมการงานวิจัย ในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย หรือหยุดโครงการ ก่อนกำหนด
๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
๔. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการงานวิจัยได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชูศักดิ์ เรืองจิตโพธิ์พาน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา)
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร ๐๒ - ๗๐๘๘๑๓๒ ต่อ ๒๔๐๕

โทรสาร ๐๒ - ๑๗๓๘๕๕๑

HRD 2/PAN 5 / งานวิจัย / รับรองโครงการจริยธรรม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววนิดา พันธุ์สุรินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดนครปฐม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองทัพบก กระทรวงสาธารณสุข ในปีการศึกษา 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY