# บทที่ 1
# บทนำ

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 4 ทั่วโลก ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร (disability adjusted life years) เนื่องจากประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง หรืออยู่ในสภาวะที่ไร้ความสามารถ และอันตรายที่สำคัญที่สุดคือการฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร แล้วปัญหานี้จะกลายเป็นสาเหตุอันดับ 2 ในปีค.ศ. 2020 (Wei Chi Hsu and Hui-Ling Lai, 2004 cited in World Health Organization, 2004) การศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 3.2 หรือประมาณ 871,744 คนโดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7 : 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ทำให้การรักษาโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนระหว่างปีพ.ศ. 2540 – 2545 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับคือ จาก 55.9 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ. 2540 เป็น168.28 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ. 2545 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547 อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มาก ทั้งระดับความรุนแรงและระยะเวลายาวนาน จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีการศึกษาความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Skarsater, Baigi and Haglund, 2006) นับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้เป็นภาระ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่การดำเนินชีวิต ซึ่งความบกพร่องในหน้าที่การดำเนินชีวิตจากภาวะซึมเศร้าสามารถเปรียบเทียบได้กับความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากความพิการที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆ และจากการศึกษาเรื่องภาระของโรคทั่วโลกที่ทำโดย WHO ในปี 2533 (Murray CJL, Lopez AD., 1997 อ้างถึงใน นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดความบกพร่องสูงสุดในโลก เป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและ

สิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้ายังมีระดับอาการรู้สึกผิดที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ อุไร บูรณพิเชษฐ, 2542) ทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ทางพฤติกรรม และมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากอารมณ์เศร้าทั่วไปอย่างชัดเจน (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547) อาการที่เกิดร่วมกันเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ เหมือนหายสนิทแล้วก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (Post, 1992) มีการศึกษาพบว่า 50% - 80% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี (Beeber, 1996; Peden, 1996) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000 อ้างถึงใน สุวดี จันดีกระยอม, 2546) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย โดยประมาณร้อยละ 20 – 35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994; ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าปรากฏว่า พบมากในวัยผู้ใหญ่ มีความชุกตลอดชีวิตคือ ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 – 50 ปี อายุเริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่ยาวนานที่สุดของชีวิต มีอายุอยู่ในช่วง (21 – 60 ปี) มีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นช่วงที่มีความเจริญเติบโตทางร่างกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง อดทนต่อภาวะคับข้องใจ ความสงสัยและข้อขัดแย้ง ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา (กัลยา นาคเพ็ชร์, 2547) เป็นวัยที่เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุกเบิกในอาชีพการงาน มีพลังในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) แต่หากบุคคลในวัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วนั้นย่อมส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามบทบาทในครอบครัว และสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติ จากการที่มีการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก (Laraia and Sundeen, 2005) มีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายหลังเริ่มต้นรับการรักษาไปจนถึง 12 เดือน ระหว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปกลุ่มละ 6257 คน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าใช้จ่ายในการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยธรรมดาเท่ากับ 4246 ดอลล่า กับ 2371

ดอลล่าโดยประเภทของบริการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ได้แก่ การดูแลแบบปฐมภูมิ การรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน การรักษาด้วยยา และการตรวจทางห้องทดลอง (Simon GE, VonKorff M, and Barlow W,. 1995) ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และถือว่าเป็นปัญหาของประเทศไทย ดังจะเห็นจากการที่กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชเพื่อนำมาประกอบการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ การวางแผนพัฒนางานและเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชต่อไปในอนาคต (พิเชฐ อุดมมรัตน์, 2547)

มีการศึกษาถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม neurotransmitter system neuroendocrine system ส่วนปัจจัยต่อไปคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในด้านของจิตใจแล้ว Beck et al. (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) การบิดเบือนในความคิดนี้ เกิดจากการมีความบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดา มารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อๆไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา

ปัจจุบันมีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆหลายวิธี แต่แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้คือ การรักษาทางร่างกาย และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางร่างกาย ยังแบ่งเป็นการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่น กระวนกระวาย ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสารสื่อประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลง

ดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเรียกว่าโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ยารักษาอาการซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งตามการออกฤทธิ์ เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยากลุ่ม tricyclic เช่น ยา imipramine, amitriptyline และnortriptyline เป็นต้น กลุ่มที่ 2 ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitor เช่น moclobemide กลุ่มที่ 3 ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran เป็นต้น กลุ่มที่ 4 ยากลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ ประกอบกันออกไป เช่น interpersonal therapy เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น cognitive behavior therapy การบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม short - term psychotherapy เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาด้วยวิธีที่เรียกว่า Cognitive Behavior Therapy (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Butler, Chapman, Formen and Beck, 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยได้มีการแปลความหมายในการเรียกหลากหลาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; DeRubeis et al., 1999) ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะมีการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด (Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognition) ที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าลดลง (สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2545 ;Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei, 2003 ;Tsai – Hwei Chen et al., 2006 ;Tian P.S. Oei, Bullbeck and Cambell, 2006) รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก (Quiring et al., 2002 ;Fava et al., 2004 ;Claudi et al., 2005)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ทั้งในลักษณะของรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ของต่างประเทศเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบการศึกษาของ Seok – Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็น

หอสมุดกลาง ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติชักนำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsai – Hwei Chen et al. (2006) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และหลังจาก 1 เดือนผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับเท่าเดิม นอกจากนี้การศึกษาของ Fava et al. (2004) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลา 6 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้ยาร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาร่วมกับการจัดการทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (40%) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (90%)

ในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชหลายประเภท เช่น ผู้ติดสุรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (ยุทธนา องอาจสกุลมั่น, 2548) และยังมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยทางร่างกายที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของยุพาพักตร์ รักมณีวงศ์ (2547) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต จำนวน 15 คน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ขวัญใจ นามซื่อ (2548) ที่ใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และเอดส์ จำนวน 16 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันทีและ 2 สัปดาห์หลังการบำบัดเสร็จสิ้น นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในคนปกติที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นการศึกษาของอัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ใช้การบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และลดลง 2 สัปดาห์หลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยาวรรณ (2548) ได้ศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนความซึมเศร้าลดลง และยังมีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย สำหรับการนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรงนั้น มีการศึกษาของสถาวรัตน์ พวงลัดดา

(2545) ที่รายงานการใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนที่จะได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และช่วยให้คิดในทางบวกมากขึ้น ช่วยให้มองเห็นปัญหาที่เกิดจากการคิดในทางลบ ดังนั้นจากที่กล่าวมาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงประกอบไปด้วยการรักษาทางกาย และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยทำให้อาการซึมเศร้าบรรเทาลงและมีอัตราของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่จะรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Paykel et al., 1999; Scoot, 2001) ในต่างประเทศ ได้แก่ ลอนดอนและสหราชอณาจักรได้ให้ความสำคัญกับการอบรมพยาบาลที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติด้านจิตสังคมกับผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะการอบรมเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยมีเป้าหมายว่าผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป (Mccann and Bowers, 2005) ดังนั้นการพยาบาลด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า จึงเป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถ แก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ให้มีความเหมาะสมและ สมเหตุผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้อาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนนั้นดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งการทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญกับปัญหาได้มากขึ้นนั้นจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (วีระ ชูรุจิพร, 2542)

ที่ผ่านมามีหลายการศึกษาที่พบว่า ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น (ยุพาพักตร์ รักมณีวงศ์, 2547) มีการพัฒนาในด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความคิดทางบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วย (สุจิตรา กฤติยาวรรณ, 2548) จากการศึกษาของ Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบโดยมีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสม และชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ ความคิดอัตโนมัติยังมีบทบาทเป็นระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า แต่จากการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในประเทศไทยที่ผ่านมา จะเป็นศึกษาในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรควิตกกังวล แต่สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีเพียงการรายงานที่เป็นประโยชน์ด้วยกรณีศึกษาของสกาวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ที่ได้นำแนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 จำนวนรายและพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเศร้าดีขึ้น แต่ยังไม่มีการรายงานหลักฐานสนับสนุนถึงการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการลดลงของ

ภาวะซึมเศร้า ที่นอกเหนือจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เช่น การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือแม้แต่การพยาบาลตามปกติ ที่ผู้ป่วยได้รับประจำขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นสำหรับการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาจึงยังไม่สามารถตอบได้ว่าเป็นผลจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหรือเกิดจากปัจจัยอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาเช่นกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการหาคำตอบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้รอบคอบมากที่สุด เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ประการแรกคือ ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และมองอนาคตในทางลบ ประการที่สอง มีโครงสร้างความคิด (Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว โดยโครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง ประการที่สาม คือ เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ไปจากความเป็นจริง

องค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ช่วงต้นของชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ปรับตัวไม่ได้ มีการประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือน ไปจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ จนเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ซึ่งโครงสร้างความคิดต่อมาจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนสถานการณ์ไปในทางลบจะทำให้เกิดการคิดที่บิดเบือนไปตามลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน โดยมองตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต เป็นการคิดบิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ โดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต้องการแก้ไขความผิดปกติของการรู้คิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยหลักในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ ประการแรก คือ วิธีการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปทางลบ หรือรูปแบบของการคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ประการที่ 2 คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล ของความนึกคิดที่บิดเบือน เอรอน ที เบค (Aron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกัน (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) โดยมีขั้นตอนของการรักษาประกอบด้วย3 ขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) การใช้เทคนิคบำบัดทางความคิด(Cognitive technique) และเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2545 ;Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei, 2003; Tsai – Hwei Chen et al., 2006 ;Tian P.S. Oei, Bullbeck 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 (White and Freeman, 2000) โดยมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยการฝึกผู้ป่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึก

(affective) พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก (behavior) และความคิด (cognitive) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดรายกลุ่มเป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกให้ลดลง ไม่ให้เกิดหรือดำเนินต่อไป ซึ่งกระบวนการของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่เป็นทางบวกเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มเริ่มมีความรู้สึกรัก และความผูกพันภายในกลุ่มแล้ว (White JR and Freeman AS., 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นของการประเมินพฤติกรรมความคิดและขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยดำเนินการบำบัดเป็นแบบกลุ่ม แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กันน้อย, 2547) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจึงประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน และประกอบด้วย 8 กิจกรรม

**ขั้นตอนที่ 1** การสอนผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม (สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2545; ประทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; อภิญญา พรหมพยอม, 2548; ขวัญใจ นามซื่อ, 2548; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2547) และเป็นการดำเนินการตามระยะของพัฒนาการกลุ่มระยะที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพ (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กันน้อย, 2547) และเป็นกิจกรรมที่มีการสอนและการประเมินความคิดอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยตามเทคนิคและวิธีการบำบัดทางปัญญาในขั้นตอนที่ 1 คือการสอนผู้ป่วย (Didactic)และเป็นขั้นตอนที่ 1 ของกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and

Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ได้แก่ ขั้นของการประเมินพฤติกรรมความคิด ดังนั้นขั้นตอนที่ 1 จึงประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด** เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง (self – monitering ) ยอมรับว่าจะต้องมีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment) พร้อมที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันกับผู้วิจัยในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด ในกิจกรรมนี้จะมีการประเมินพฤติกรรมความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิดปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์พฤติกรรม ประกอบด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (behavior) และผลที่ตามมา (consequence) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) การซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจ ได้เห็นความจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอิสระในการซักถามเกี่ยวกับการบำบัด ขอบเขตการบำบัด ในสภาพที่สุขใจ ของสมาชิกภายในกลุ่ม ได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมาย จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว (White and Freeman, 2000)

**กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า** เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งการให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตนได้ดีขึ้น เนื่องผู้ป่วยยังมีความสับสนไม่เข้าใจถึงสาเหตุหรืออาการของโรคที่ตนเองเป็น ทำให้เกิดความหวาดกลัว ขาดความมั่นใจ ไม่เข้าใจว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้นสามารถรักษาได้ ทำให้เกิดความท้อถอย ไม่มีกำลังใจ อาจไม่ร่วมมือกับการบำบัดอย่างจริงจัง การสำรวจข้อมูลที่ผู้ป่วยมีและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความร่วมมือในการรักษาและการ

ตอบสนองการรักษา (Seltzer et al., 1980; Goldman and Quin, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ว่าการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี และอาการต่างๆที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

**กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ** เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก ซึ่งปัจจัยกระตุ้นด้านชีวภาพอาจส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพวิกฤต ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา (White and Freeman, 2000) ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ยุติสัมพันธภาพ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ (Beck, 1967) และเป็นการดำเนินกลุ่มมาถึงระยะการพัฒนากลุ่มในระยะระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Marram, 1978 อ้างถึงใน อุษณีย์ กันน้อย, 2547)

**ขั้นตอนที่ 2** การบำบัดทางความคิด เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 4 วิธีได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 3 วิธีการทดสอบความคิดอัตโนมัติจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 4 วิธีการพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 5 วิธีการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมจะจะมีรายละเอียดในกิจกรรมที่ 6

**ขั้นตอนที่ 3** การบำบัดทางพฤติกรรมเป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) ตามวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้แก่ การทำแบบฝึกหัดในห้อง การบันทึกความคิดประจำวันที่ได้มอบหมายในการทำการบ้าน ซึ่งได้เริ่มต้นและสอดแทกไว้ในกิจกรรมที่ 1 – 8 และได้ใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)ในขั้นตอนที่ 2 คือขั้นตอนของการปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (รายละเอียดในแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด) ที่ได้นำมาใช้ในกิจกรรมได้แก่ วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบความคิดอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นทางลบ จะมีรายละเอียดอยู่ในกิจกรรมที่ 3 การถามถึงหลักฐานยืนยันความคิดอัตโนมัติทางลบหรือการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 4) การตรวจสอบทางเลือกอื่นหรือการปรับเปลี่ยนความคิด

อัตโนมัติทางลบ (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 5) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก หรือการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 7) และการหยุดความคิด (รายละเอียดจะอยู่ในกิจกรรมที่ 6) ดังจะได้อธิบายรายละเอียดของในแต่ละกิจกรรมต่อไปนี้

**กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยการสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought ซึ่งความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หรือหมายถึง ความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (External Event) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ซึ่งควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการฝึกให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีเหตุผล ได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Beck et al., 1979)

**กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ** เป็นการที่ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นตรงหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหา ว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทัศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)ซึ่งการที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

**กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ** ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) ด้วยการท้าทายให้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกใหม่ของผู้ป่วยอย่างไร และกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบทางเลือกอื่น (Examining alternatives) ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป สอนให้ผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979) กิจกรรมนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

**กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่** เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น เป็นการคิดซ้ำๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (Thought stopping) ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า "หยุด" เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้

แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

**กิจกรรมที่ 7 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา** เป็นวิธีการ ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจาก ความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจ และแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน

**ตัวแปรต้น** คือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการพยาบาลตามปกติ

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) และแพทย์พิจารณาให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจ ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหลัก ลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ประเมินได้จะอยู่ในระดับปานกลางคือ16 – 19 คะแนน และระดับมากคือ 20 – 29 คะแนน

**การใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด** หมายถึง ขั้นตอน รายละเอียด วิธีการของการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สำหรับพยาบาลที่ได้รับการอบรม และฝึกการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการสร้างโปรแกรมขึ้นจากแนวคิดการบำบัดทางความคิด ของเบค และคณะ (Beck et al., 1979) กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart, 2005 (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้กับผู้ป่วยเป็นกลุ่มกลุ่มละ 8 – 10 คน มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดแต่ละครั้ง 1 – 1½ ชั่วโมงประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า และกิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 จะดำเนินการไปพร้อมกันในกิจกรรมที่ 3 – 7 ดำเนินการดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย** ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้สมาชิกรู้จักกัน และลดความตื่นเต้นในการเข้ากลุ่มครั้งแรก

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาโรคซึมเศร้า

**กิจกรรมที่ 8** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การการสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้อีก เน้นให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมในเรื่องการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการนำเทคนิค และวิธีของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้

**ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคและวิธีการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม** ประกอบด้วย 6 กิจกรรมได้แก่

**กิจกรรมที่ 3** การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การสอน และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

**กิจกรรมที่ 4** การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การสอนวิธีการให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

**กิจกรรมที่ 5** การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง การฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางเลือก หรือการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing)

**กิจกรรมที่ 6** การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ หมายถึง การฝึกควบคุมความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นด้วยการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่โดยใช้วิธี การหยุดความคิด (thought stopping)

**กิจกรรมที่ 7** การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หมายถึง การฝึกให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมีวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
2. ด้านการวิจัย เป็นการแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบำบัดทางจิตวิธีหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิต ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช