



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ทุนวิจัย  
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานวิจัย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคล  
ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง  
กรุงเทพมหานคร

โดย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย  
รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

กุมภาพันธ์ 2555



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ทุนวิจัย  
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานวิจัย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคล  
ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง  
กรุงเทพมหานคร

โดย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย  
รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

กุมภาพันธ์ 2555

## บทคัดย่อภาษาไทย

**ชื่อโครงการวิจัย** รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

**ชื่อผู้วิจัย** รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถือนุญธวัชชัย  
 อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ พีรพันธ์ ถือนุญธวัชชัย

เดือนและปีที่ทำวิจัยเสร็จ เดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2555

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ที่ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ณ หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 กลุ่มควบคุม 20 ด้วยวิธีจับคู่ตาม เพศ อายุ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตบำบัดทางสังคม จากพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม จำนวน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ สำหรับผู้ป่วยในดำเนินการศึกษาเป็นรายกรณีจำนวน 7 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck Depression Inventory and Beck Scale for Suicidal Ideation) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยมีข้อสรุปดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม 3) ฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง 4) การให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต 5) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และ 6) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป

2. ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**ABSTRACT RESEARCH**

**Project Title :** **PSYCHOSOCIAL INTERVENTION MODEL BY PSYCHIATRIC NURSES FOR PERSONS WITH DEPRESSION AND SUICIDAL IDEATION IN BANGKOK METROPOLIS**

**Name of Investigators :** - Assoc. Prof. Oraphun Lueboonthavatchai Ph.D., RN.  
- Rangsimund Soonthornchaiya Ph.D., RN.  
- Assist. Prof. Peeraphone Lueboonthavatchai MA., MD.

**Year :** February, 2012

The objectives of this quasi-experimental research were to develop the psychosocial intervention model by psychiatric nurses for person with depression and suicidal ideation, to compare the depression and suicidal idea level before and after using psychosocial intervention model, and compare the depression and suicidal idea level between experimental and control group. Samples were 40 depressed patients recruited from out-patients of Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the 20 patients were randomly assigned to experimental group and the others were in the control group by matching technique with gender, age, salaries and severity of depression. The experimental group received the six-weeks integrated psychosocial intervention conducted by the well-trained psychiatric nurses, while the control group received the regular treatment care. For the 7 in-patients were studied by individual cases. The depressive symptoms and suicidal ideation of the subjects were assessed by the Beck Depression Inventory –Thai version (BDI-Thai) and the Beck Scale for Suicidal Ideation –Thai version (BSSI-Thai). The reliabilities of the scales were .88 and .81. respectively. The t-test were used to compare the mean differences of the depression and suicidal ideation before and after the program between two groups.

1. The psychosocial intervention model by psychiatric nurses for person with depression and suicidal ideation compose of 6 stage :- 1) Therapeutic Relationship, 2) Group Counseling, 3) Relaxation Training, 4) Supportive Psycho-education, 5) Cognitive Behavioral Restructuring and 6) Cognitive Behavioral Restructuring training, revision and summarization.

2. The depression and suicidal ideation of depressed person after participated in the psychosocial intervention model by psychiatric nurses were significantly lower than those before the experiment, at the .05 level.

3. The depression and suicidal ideation of depressed person who participated in the psychosocial intervention model by psychiatric nurses were significantly lower than those who participated the regular treatment care, at the .05 level.



## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณอาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร. คาราวรรณ ต๊ะปีนตา คุณชลพร กองคำ และคุณสกวรัตน์ พวงลดา ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณ พูนสิน เจริญวัฒน์ คุณพรพรรณ ศรีโสภา และคุณเนตดา วงศ์ทองมานะ ผู้ช่วยวิจัย ที่ได้ช่วยดำเนินการ อย่างดียิ่ง นอกจากนี้ยังได้รับความกรุณาจาก คณะกรรมการฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้พิจารณาตรวจสอบเอกสาร จริยธรรมในการวิจัยในคน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมถึงบุคลากร เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการดำเนินการทดลองครั้งนี้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และที่สำคัญที่สุดก็คือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โครงการครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่งและขอให้บุญกุศลครั้งนี้ได้โปรดอำนวยพรให้ท่านเหล่านี้ พบแต่ความสุข ความเจริญ และความสมหวังตลอดกาล

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะผู้วิจัย

กุมภาพันธ์ 2555

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	i
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ii
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	iv
สารบัญตาราง	v
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
สมมุติฐานการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย	11
การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย	25
การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
ขั้นตอนการดำเนินการ	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	57
เอกสารอ้างอิง	66

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก	46
2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน	47
3	ขั้นตอน เป้าหมาย และเทคนิค ในการดำเนินการบำบัดทางจิตสังคม	52
4	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของ กลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	53
5	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	54
6	คะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยในก่อน และหลังการทดลอง	55
7	แสดงผลการเปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในจำนวน 7 ราย ก่อนและหลัง การทดลอง ด้วย สถิติทดสอบ Wilcoxon signed-rank test	56

ภาคผนวก	หน้า
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคน	71
เอกสารยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์	77
เอกสารตอบอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย	78
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	85
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	88



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพปัญหาของประชาชนในสังคมไทยปัจจุบัน พบว่า มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน หลากหลาย เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม ปัญหาจากการแข่งขันในสังคม ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการเมือง และปัญหาพิบัติภัยจากธรรมชาติ อีกทั้งพฤติกรรมของบุคคลในสังคม คนไทยต้องตกอยู่ในภาวะเครียด มีความสับสนยุ่งยากในเผชิญปัญหาและการปรับตัว ส่งผลให้บุคคลในสังคมเกิดภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมาก และยังมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ใน ทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับการศึกษา ดังจะเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก และมีปรากฏให้เห็นเสมอแทบจะเป็นประจำวัน จากการสำรวจสภาวะการเจ็บป่วย 10 อันดับแรกในประเทศไทยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ พบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่ในอันดับแรกๆ ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 16 และระดับที่ 4 ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวัน ก็คือโรคซึมเศร้า นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก ยังได้จัดให้โรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 4 ของโรคที่คุกคามมนุษย์ และคาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray & Lopez, A. D., 1996). และมีการคาดประมาณว่า ปัญหานี้จะกลายเป็นอันดับที่ 1 ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization., 2004)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในบุคคลหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ย่อมส่งผลเสียทำให้บุคคลผู้ประสบภาวะซึมเศร้าในด้านสมรรถนะในการประกอบอาชีพการงาน หรือสูญเสียความสามารถทางร่างกาย และในที่สุดส่งผลให้บุคคลเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ก่อให้เกิดการคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ จากการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ปี 2546 ยังพบว่าโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) พบมากเป็นอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.2 และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymic disorder) พบมากเป็นอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 1.2 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้สถิติภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของคนไทย ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้รายงานไว้ถึงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในชุมชนพบอัตราป่วยประมาณร้อยละ 3.4 ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง สำหรับสำหรับสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เพิ่มขึ้นในปี 2545 และ 2546 คือ 174.78 และ 273.89 รายต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต 2548)

จากข้อมูลสภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็วนี้ เป็นผลกระทบถึงการสูญเสียอย่างอ้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรบุคคลซึ่งกำลังอยู่ในวัยทำงาน วัยแห่งการสร้างสรรค์สังคม และการสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าส่งผลถึงการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า จึงเห็นสมควรที่

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตทุกฝ่าย ให้ความสำคัญและหันมาร่วมมือร่วมใจในการดำเนินการแก้ไขทุกวิถีทาง ทั้งด้านการจัดการกับปัญหา การป้องกันแก้ไข ส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาการปรับตัวสำหรับผู้ที่ปัญหาทุกระดับ

การดูแลช่วยเหลือและบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งโรงพยาบาลและในชุมชน รูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายนี้อควรเป็นระบบที่ชัดเจนต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย โดยเริ่มมีการประเมิน การวินิจฉัยคัดกรองเบื้องต้น โดยพยาบาลจิตเวช พิจารณาส่งพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม พยาบาลดูแลติดตามการรักษา ให้การบำบัดทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการผสมผสานอย่างเหมาะสมในการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถในการเผชิญปัญหา สร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ ป้องกันการป่วยซ้ำ และสร้างเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ

#### แนวคิดและหลักการ

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ร่วมกับความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านักมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความรู้สึกทุกข์ เศร้าหมอง เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง มีแนวความคิดในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสถานการณ์ มีกิจกรรมทางกายลดลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เมื่อมีอารมณ์เศร้านานขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวล เจ็บเมื่อย เลือยชา ต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต หรือฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1979) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ ที่เรียกว่า “บุคลิกภาพซึมเศร้าผิดปกติ” (Depressive personality disorder) เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้าย เชื่อซึม ชอบตำหนิผู้อื่น มักมองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย คิดว่าไม่มีใครช่วยเหลือตนได้ (helplessness) ซึ่ง Seligmen (1995) กล่าวว่าไว้ว่าการมองโลกในแง่ร้ายนั้นมีแบบแผนเป็น 3 มิติที่สำคัญคือ 1) แบบถาวร (Permanence) พวกนี้มักเชื่อว่าเหตุร้ายต่างๆที่เกิดขึ้นมักจะเป็นอย่างถาวร 2) แบบเหมารวม (Pervasiveness) พวกนี้มักมองโลกในแง่ร้าย และเหมารวมว่าสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเหตุร้ายไปหมด และ 3) แบบเฉพาะบุคคล (Personalization) เป็นพวกที่มักจะโทษว่าสิ่งร้ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดเกิดจากตนเอง

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นความคิดที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า หรือถึงขีดสูงสุดจนเกิดความรู้สึกหรือนึกคิดว่าตนหมดหนทางในการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปเป็นความคิดที่มาจากความรู้สึกทุกข์มาก เศร้ามาก มองโลกและมองตนเองในทางร้าย คิดว่าไม่มีวันจะดีขึ้นเลยจนรู้สึกว่าจะไม่มีใครช่วยได้ และอยากตายในที่สุด จึงคิดหาทางออกด้วยการทำร้ายตนเอง

**การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า** ลักษณะของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition, 1994; American Psychiatric Association, 1994) ได้กำหนดข้อวินิจฉัยโรคและภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorders) โดยสรุปได้ดังนี้

1. โรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive Disorder) จะมีอาการซึมเศร้าระดับ น้อย มาก และรุนแรง (Mild, Moderate and Severe) มีอาการโรคชัดเจนโดยมีอาการสูญเสียการรับรู้ความจริง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน เป็นโรคซึมเศร้าต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล เช่นมักเป็นในฤดูหนาวเป็นต้น หรือเกิดขึ้นในช่วงหลังคลอด

2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder) มีลักษณะคล้ายโรคซึมเศร้าหลัก แต่มีอาการน้อยกว่าโรคซึมเศร้าหลัก มีอารมณ์เศร้า รู้สึกมีคมน เหนื่อยหน่าย มักเป็นในเด็กหรือวัยรุ่น มีอาการอยากอาหารลดลง หรือเพิ่มขึ้นมากผิดปกติ นอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ สมาธิเสีย ตัดสินใจลำบาก รู้สึกสิ้นหวัง

**สาเหตุของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย** ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุได้หลายประการ ดังนี้

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย จากการสูญเสียด้านร่างกาย เช่นการสูญเสียหน้าที่การทำงาน การสูญเสียอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย การเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกาย หรือการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนบางชนิดในตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามวัย บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้กับการสูญเสียดังกล่าว ไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย เศร้าหมอง และเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าถาวรได้ และถ้าความเศร้าไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมก็อาจต่อเนื่องไปถึงความคิดฆ่าตัวตายได้

2. สาเหตุทางจิตใจ และพัฒนาการ Beck (1979) ได้อธิบายเรื่องภาวะซึมเศร้าว่าความคิดที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากความคิดที่บิดเบือน ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนโดยอัตโนมัติ เป็นความคิดทางลบ (negative biased thinking) เป็นกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความคิดทางลบมักก่อตัวตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต ผ่านทางประสบการณ์ของบุคคล โดยที่บุคคลรับเอาความคิดของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองมาเป็นความคิดของตน ทำให้สะสมความคิดทางลบและแปลความหมาย รวมถึงการประเมินค่าของตนเองในทางลบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนเกิดภาวะซึมเศร้าและเกิดการสรุปความคิดที่ไม่ถูกต้องบิดเบือนไปจากความจริงหรือเป็นความบิดเบือนทางปัญญา (cognitive distortions)

ความรู้สึกทางด้านอารมณ์ สุขุมต วิภาพลกุล (2548) กล่าวว่า ความคิด ความรู้สึกหรืออารมณ์นั้นจะมีการ โนม้นำกัน ได้ หากบุคคลมีความคิดด้านบวกหรือด้านลบ ก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบตามมา และในทางกลับกัน คนที่มีความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็

อาจทำให้เกิดความคิดด้านบวกหรือด้านลบตามมาได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าก็อาจคิดถึงตนเองในทางลบและมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น โดยไม่รู้ตัว จนเกิดอาการสิ้นหวังและอยากตาย

3. สาเหตุด้านสถานการณ์ เป็นสาเหตุที่บุคคลเผชิญกับชีวิตและสถานการณ์ที่ล้มเหลว ผิดหวังบ่อยๆเสมอ โดยที่บุคคลนั้นไม่เคยได้รับการอบรมเลี้ยงดูหรือมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้ มีความคิดหวังล้มเหลวในชีวิตเสมอๆ ก่อให้เกิดความเศร้า มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเกิดได้ทั้งความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม จนในที่สุดมีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่าตนมีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีความนับถือตนเองต่ำ ประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆเต็มไปด้วยอุปสรรค แปรสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นไปในทางลบ ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ตนเองมีความทุกข์ มีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จนรู้สึกจนท้อแท้ สิ้นหวังกับอนาคต ทำให้เกิดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

#### การบำบัดรักษาในผู้ป่วยซึมเศร้า

การบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีวิธีการในการจัดการที่หลากหลาย การบำบัดตามสาเหตุและสถานการณ์ แนวการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี 3 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1. การบำบัดด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) ในบุคคลที่มีอาการเศร้ารุนแรง หรือเศร้ามาก จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยยา โดยแพทย์เป็นผู้สั่งยา เช่น พวก Nortriptyline, Amitriptyline เป็นต้น

2. การบำบัดด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) มักทำในผู้ที่มีภาวะเศร้ารุนแรง และผู้ที่เศร้ามากพยายามทำร้ายตนเอง ผู้ที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนร่วมด้วย

ในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดด้วยไฟฟ้านั้น เป็นการบำบัดโดยจิตแพทย์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินอาการ การให้ยา การเตรียมอุปกรณ์และการดูแลผู้ป่วยในการบำบัดด้วยไฟฟ้า ทั้งก่อนทำ ขณะทำ การเฝ้าระวัง และการดูแลภายหลังการบำบัด รวมถึงการติดตามผล ระยะยาว

3. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง หรือผู้ที่ได้รับการบำบัดในช่วงแรกที่มีอาการรุนแรงมากด้วยยามาแล้วจนอาการเริ่มดีขึ้น แต่ยังมีความคิด ความรู้สึกฝังใจอยู่กับความทุกข์ ความเศร้าไม่สามารถจัดไปได้ หรือมีปัญหาระยะยาวที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และรุนแรงได้ เป็นกลุ่มที่ต้องการการบำบัดทางจิต

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นวิธีการที่เน้นการจัดการกับตนเอง การเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งน่าจะเป็นการบำบัดที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยที่ยั่งยืน การบำบัดในลักษณะนี้ พยาบาลจิตเวชซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือและได้รับการฝึกเฉพาะทางโดยตรงสามารถจัดกระทำได้ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การบำบัดทางจิตสังคมสามารถดำเนินการได้ ดังต่อไปนี้



3.1 การใช้สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลใช้สัมพันธภาพเป็นสื่อในการพัฒนาผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งด้านการดูแลตนเอง ด้านร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหา และการเผชิญปัญหาเพื่อการดำเนินชีวิตทุกด้าน

3.2 การให้คำปรึกษา (Counseling) พยาบาลใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาในการช่วยเหลือให้ผู้มีปัญหาและผู้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม และสามารถจัดการกับปัญหาเผชิญปัญหา ได้ด้วยตนเอง ตลอดจนดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

3.3 การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) เป็นการใช้ความรู้ความชำนาญ และทักษะของการบำบัดทางจิต ในรูปแบบของการพูดคุย วิเคราะห์ปัญหาทางจิตทั้งรายบุคคลและกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ให้รู้และเข้าใจสภาพปัญหาของตน และแสวงหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการสอน การสร้างเสริมความรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหา การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

3.5 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการปรับเปลี่ยน ความคิดที่ผิดๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีปัญหา มองโลกและตนเองในแง่ร้าย หันกลับมาพบกับความจริง ยอมรับและเข้าใจสถานการณ์ต่างๆอย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง พัฒนามองโลกและมองตนในทางที่ดี จนเกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถปรับตนเองและพฤติกรรม ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยแนวคิดของ Beck (1979) ที่เชื่อว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักเกิดจากความเชื่อผิดๆ คิดผิดๆเกี่ยวกับตนเอง มองโลกและสังคมในทางลบ จนเป็นอัตโนมัติ การบำบัดจึงต้องใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยให้เหมาะสม เป็นไปในทางบวก และตรงกับความเป็นจริง

Seligman (2003) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นเครื่องมือที่สำคัญทำให้เกิดประโยชน์ และต่อสู้กับความซึมเศร้าได้ ช่วยให้ประสบความสำเร็จและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งบุคคลที่มองโลกในแง่ดีนั้นจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีด้วย ทำให้อารมณ์ด้านลบลดน้อยหายไป สอดคล้องกับ Fennell (1989) กล่าวว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย หรือมีความคิดทางลบ (negative biased thinking) เป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด เป็นการคิด การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ผิดๆ โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดของบุคคลนั้นทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆได้ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาด หรือบิดเบือนจากความจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดด้านลบ มองโลกในแง่ร้ายเพิ่มขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง ความคิดที่มีเหตุผลก็ลดลง

การบำบัดในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกระบวนการ มีระบบที่มีประสิทธิภาพ เริ่มต้นด้วยการคัดกรองอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ทั้งความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ ที่มีความแม่นยำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ควรได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจากจิตแพทย์ ได้รับการบำบัดด้วยยา ตามการรักษาของแพทย์ในเบื้องต้น และมีพยาบาลเป็นผู้ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สามารถใช้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพถาวรคงทน ลดการเจ็บป่วยเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ

### รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชนี้ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางการแพทย์ และทฤษฎีทางพยาบาลศาสตร์มาใช้ในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการถูกวางเงื่อนไขในอดีต เป็นการดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรุนแรงไปแล้วระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยจะควรได้รับการบำบัดที่ต่อเนื่อง โดยผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลจิตเวช

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางการพยาบาล และบูรณาการรูปแบบการบำบัดทางจิตที่มีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้ในการบำบัดตามสภาพอาการของผู้ป่วย เน้นการช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย พัฒนาศักยภาพการปรับตัวด้านจิตใจ การปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นก่อนดำเนินการ** สร้างสัมพันธภาพรายบุคคล ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย
2. **ขั้นดำเนินการ** ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้
  - 1) **การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)** เป็นการทำพยาบาลใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ การให้ความรู้ การชี้แนะ และสร้างเสริมพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย นำผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม
  - 2) **การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)** เป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้เทคนิคและแนวคิดของการให้คำปรึกษาในการช่วยผู้รับบริการให้ เข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง (Relaxation Training) เป็นการจัดการกับอาการในเบื้องต้น ในขณะที่ผู้รับการบำบัด มีอารมณ์ และความรู้สึกตึงเครียดมาก จนขาดสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น มีสมาธิและอารมณ์ดีขึ้น

4) การให้ความรู้แบบระดับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education) เป็นการใช้เทคนิคการสอนแบบระดับประคอง โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การบำบัดด้วยตนเอง การดูแลตนเอง รวมถึงการปรับตัว และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในลักษณะการสอนเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์และพฤติกรรมไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ จนเกิดทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง

5) การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Restructuring) เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ มองตนเอง มองโลกในแง่ร้าย จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบ มองตนเองในทางร้ายจนไม่อาจมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเอง การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง จัดความคิดในทางลบต่อตนเองและเลิกคิดทำร้ายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป ผู้บำบัดฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหา ทบทวนการปรับตัวต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงแนวทางแก้ไข สรุป และประเมิน ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 6

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินระดับอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการในสัปดาห์สุดท้าย

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชแล้ว ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง จะลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ภายหลังใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชแล้ว ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### เหตุผลที่เลือกทำวิจัยในหัวข้อนี้

ปัจจุบันได้มีการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในการลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายหลายรูปแบบ เช่น การสร้างสัมพันธภาพบำบัด การให้คำปรึกษา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งรูปแบบการบำบัดดังกล่าวเป็นรูปแบบที่ได้มีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถใช้ได้ผล แต่ยังไม่ได้มีการบูรณาการใช้อย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยจิตเวชของแต่ละหน่วยงาน โดยตรง ซึ่งปัจจุบันรูปแบบการบำบัดจะเน้นการรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไว้ในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นที่สุด ประมาณ 1-2 สัปดาห์ และเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมของเขาโดยเร็ว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยการบูรณาการหลักการบำบัดที่พยาบาลจิตเวชสามารถกระทำได้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วย การตรวจประเมินภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจส่งรับการบำบัดจากจิตแพทย์ และการดูแลช่วยเหลือด้วยการบำบัดทางจิตสังคมเป็นขั้นตอนตามลำดับอาการของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น พร้อมทั้งจะปรับตัวในการเผชิญปัญหาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ลดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงครอบครัวเพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมที่มีความสุขและมีคุณภาพที่ดี

### องค์ความรู้ใหม่ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ มีขั้นตอนในการดำเนินการ สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง โดยพยาบาลจิตเวชและทีมการพยาบาลเป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้รับบริการก้าวเข้ามาใช้บริการจากสถานบริการ จนกระทั่งกลับสู่ชุมชน โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

### วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายทุกระดับ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง
- 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



### ขอบเขตในการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ตามการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของBeck (Beck Depression Inventory & Beck Scale for Suicidal Ideation)

### ตัวแปรที่ศึกษา

**ตัวแปรต้น** คือ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

**ชุมชนที่ศึกษา** คือ ผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มารับบริการ ณ หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาศัยในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

### คำจำกัดความในการวิจัย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช หมายถึง แบบแผนของการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางแพทยศาสตร์ และทฤษฎีทางการพยาบาล ที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพ โดยผสมผสานใช้ในลักษณะที่พยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship) เป็นการที่พยาบาลจิตเวชใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ การให้ความรู้ การชี้แนะ และสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการที่พยาบาลจิตเวชใช้เทคนิคและแนวคิดของการให้คำปรึกษาในการช่วยผู้รับบริการให้ เข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง (Relaxation Training) เป็นการจัดการกับอาการในเบื้องต้น ในขณะที่ผู้รับการบำบัด มีอารมณ์ และความรู้สึกตึงเครียดมาก จนขาดสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น มีสมาธิและอารมณ์ดีขึ้น

4) การให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education) เป็นการให้เทคนิคการสอนแบบประคับประคอง โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การบำบัดด้วยตนเอง การปรับตัว การดูแลตนเอง และการเผชิญปัญหาที่

เหมาะสมในลักษณะการสอนเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์และพฤติกรรมไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ จนเกิดทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการกับอาการด้วยตนเอง

5) การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Restructuring) เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ มองตนเอง มองโลกในแง่ร้าย จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบมองตนเองในทางร้ายจนไม่อยากมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเอง การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ขจัดความคิดในทางลบต่อตนเองและเลิกคิดทำร้ายตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทบทวนการปรับตัวและแนวทางแก้ไขปัญหา สรุป และประเมิน

การดูแลตามปกติ หมายถึงการดูแลที่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชศาสตร์ได้รับ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย การทำคู่มือกิจกรรมบำบัด โดยการพบปะสังสรรค์พูดคุยกัน มีพยาบาลหรือนักจิตวิทยาเป็นที่ปรึกษาเป็นบางครั้ง

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชศาสตร์ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่ามึระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จนถึงรุนแรง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck Depression Inventory and Beck Suicidal Ideation Scale) โดยได้รับการยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจิตเวช ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่นๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.3 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
  - 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
2. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 2.1 หลักการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
  - 2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
3. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

##### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

##### 1.1.1 ภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และอธิบายไว้ดังนี้

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่มิมีโนทัศน์ในด้านลบ ตีเคียดตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมาเบคและคณะ (Beck et al,1979) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป

ศิริพร จิรวัฒนกุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์ ความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1) นัยทางอารมณ์ ( Mood )และความรู้สึก (Feeling)โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมด

หวัง 2) นัยทางอาการ Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการ หงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจใน กิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการป่วยทางกายเรื้อรังที่ หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย และ3) นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของ การเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตและเป็นความ ผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าภาวะซึมเศร้า คือภาวะ จิตใจที่ หม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อยร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำร้ายตนเอง

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเรา การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้นั้นจะเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มีความสามารถ แต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสาเหตุและไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถ รักษาให้หายได้โดย

สรุป ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งทางอารมณ์ ความรู้สึก ของบุคคลที่รู้สึกอ่อนแอ ผิดหวัง ล้มเหลว เหนื่อยหน่าย หมดหวังในชีวิต ทำให้มีพฤติกรรม ถดถอย หม่นหมอง เศร้าสร้อย หมด อารมณ์ ความรู้สึกย็นดึย็นร้ายต่อสถานการณ์ที่เผชิญ ภาวะซึมเศร้า อาจมีอาการมาก หรือน้อย อยู่ กับสภาพการณ์ สาเหตุ ลักษณะการปรับตัวของแต่ละบุคคล บางครั้งสามารถอธิบายสาเหตุได้ บางครั้งไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่แท้จริงได้

**1.1.2 โรคซึมเศร้า** สำหรับคำว่าโรคซึมเศร้านั้น ได้มีการศึกษาและอธิบายไว้พอประมาณ ได้ดังนี้

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึก เศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง กิดอยากตายเป็นต้น อาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคม และอาชีพ ทำให้คนมีพฤติกรรมหรือนุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บขริม รวมทั้ง มีสมรรถภาพในการทำมีกิจกรรมลดลง

อำไพวรรณ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่



หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิตและอาการต่างๆที่กล่าวมาจะเป็นอยู่มาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ได้แก่อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และความคิดกังวล (ดวงใจ กสานติกุล 2542)

**การจำแนกโรคอารมณ์แปรปรวนตาม DSM-IV (Diagnostic of American Psychiatric Association IV)** ตามระบบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา DSM-IV ได้แบ่งความผิดปกติของโรคทางอารมณ์ไว้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ โรคอารมณ์ซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) โรคอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับเศร้า (Bipolar Disorders) และโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดอื่นๆ

สำหรับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) มีลักษณะอาการและเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

- 1) การวินิจฉัยดูที่อาการแสดงครั้งเดียวหรือกลับเป็นอีกมากกว่า 2 ครั้ง
- 2) พิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการที่เป็นว่ามีอาการ น้อย อาการมาก และอาการรุนแรง ( mild, moderate และ severe)
- 3) มีอาการโรคจิตชัดเจน โดยมีการสูญเสียการรับรู้ความจริง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน
- 4) มีอาการของโรคซึมเศร้า เรื้อรัง ต่อเนื่องและนานเป็นเวลา อย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป
- 5) มีอาการของโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล มักเป็นในฤดูหนาวเป็นประจำ
- 6) เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดในช่วงเวลาหลังคลอด โดยผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด

จากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า มีความหมายในลักษณะเหมือนและต่างกันตรงที่ ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะทางจิตใจ อารมณ์ที่หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการตามมาเช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิรู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขต่างๆ ส่วนโรคซึมเศร้า ก็เป็นภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติ เกิดจากอาการแสดงที่ซึมเศร้ามากไปจนถึงอยากตาย มีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระมีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอยู่มาเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

### 1.1.3 ความคิดฆ่าตัวตาย

Beck, Steer and Ranieri (1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็น แผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) หมายถึงความคิดหรือการกระทำใด ๆ ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่ ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide)

นอกจากนี้ Stengel (1977) ได้กล่าวถึง การฆ่าตัวตาย ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันว่าการฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่เป็นการจบชีวิตตนเองหรือตายด้วยน้ำมือตนเอง หรือมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง และ Faberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำให้ ตนเองบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง หรือทำลายตนเอง

โดยสรุป ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำเพื่อให้ตนเองจบชีวิตลง สามารถประเมินได้จาก แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck(1988) คือ Beck Scale for Suicidal Ideation

## 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า พอสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของrecurrent depression(มาโนช ห่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราสูงกว่าโอกาสทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 – 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคคนใดคนหนึ่งเป็น โรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็น โรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็น โรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็น โรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ14 และการศึกษาโรคนี้อันบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็น โรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาปกติ(สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

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

3) Neuroendocrine factors พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Post – partum depression) ซึ่งมีภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆซึ่งมีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH) Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) ซึ่งการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke and Schatzberg, 2001; Nelson, Sax, and Strakowski, 1998 cited in Lewin, 2003)

4) ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับเช่น steroid, amphetamine และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อ๋ำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) นี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (Inadequacy) ผังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดจากอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิตต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไปเมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พฤษชาติคุณากร, 2533; อ๋ำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (Learned Helplessness Theory) สไลแมน (Seligman, 1975) ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดและไม่สามารถควบคุมได้ มีผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ เฉยชา หมดพลังอำนาจ และซึมเศร้าซึ่งมีประเด็นมาจากบุคคลมองเหตุการณ์ต่างๆรอบตัวไม่สามารถควบคุมได้ การอ้างเหตุในปัจจุบันโดยคำนึงถึงเหตุการณ์ในปัจจุบันร่วมกับการรับรู้ของบุคคลนั้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความคาดหวังว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นตนเองไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ ทอดอาลัย เศร้า นำไปสู่อาการซึมเศร้า ในเวลาต่อมาแนวคิดนี้ได้เปลี่ยนมาเป็น The helplessness theory ทฤษฎีนี้ได้เสนอว่าความหมดหวังเป็นสาเหตุให้เกิดความซึมเศร้า และการคิดถึงผลลัพธ์ในทางลบ มีความคิดต่อตนเองในทางลบเป็นองค์ประกอบสำคัญของอาการซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ ทอดอาลัย ถูกมองว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรู้สึกหมดหวัง การรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้เป็นบทบาทที่สำคัญรองลงมา

3) ทฤษฎีเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด (Life Events and Stress Theory) บราวน์ และ ทาลิส (Brown and Tharris, 1978) รายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคม เช่น การตายของบุคคลที่รัก เหตุการณ์ในชีวิตเป็นเสมือนปัจจัยเร่ง จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ในชีวิต ความรุนแรง และการไม่ได้รับการประคับประคองจากสังคมมีผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของภาวะแมนเนียและภาวะซึมเศร้า Maciejewski PK และคณะ (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามามาก่อน เมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจน้อยลงในการจัดการกับปัญหา ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ ขณะที่ผู้ซึ่งไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามามาก่อนพบว่าความเครียดจะไม่มีผลใดๆต่อความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

4) ทฤษฎีด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพ (Personality traits) หรือความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) ใด ที่เป็นพื้นฐานในการทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะ แต่ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชนิด oral-dependent, obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial, paranoid ที่มีกใช้กลไกทางจิตแบบโทษภายนอก (projection) เพื่อป้องกันตัวเองมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยโรค major depressive disorder 404 ราย โดย Fava และคณะ (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี จะมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด avoidant, histrionic, narcissistic และ borderline ร่วมด้วย มากกว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกหลังอายุ 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 โดยประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบที่



สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง(reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด( cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของBeck (Beck' s cognitive theory)มีรายละเอียดดังนี้

อารมณ์ซึมเศร้า จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974 อ้างใน Lewin, 2003) อธิบายว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคล หรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของพฤติกรรม และอาการอื่นๆเช่นความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง

อารมณ์ซึมเศร้า บางครั้งเกิดจากการเรียนรู้ว่าสภาพการนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่บุกรุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้นเนื่องจากประสบความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

6) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง กรรับรู้สภาพแวดล้อมและสภาพการณ์อนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้อาจกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin,2003)

### 1.3 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

1.3.1 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่าอาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรงคือมีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยมีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆได้แก่

1) อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน ( anhedonia)ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนสีหน้าเคร่งเครียด สนใจหรือทำกิจกรรมที่เลขชอบ

2) รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิวต้องฝืนใจรับประทานทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

3) อาการนอนไม่หลับ มีอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ก่อนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia ) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน ( total insomnia) อาการ



นอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depression insomnia) คือนอนหลับได้ง่ายแต่รู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

4) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ลุ่มคอคดก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านี้วก็วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

5) ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น สดความภาคภูมิใจความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

6) อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่เด่น ชี้ถึมเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อมแต่ตรวจไม่พบว่ามี ความสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดาจนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

7) อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมิดังแต่รู้สึกกลัวตายคิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อน ใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าความตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

8) อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงระดับ cortisol ในพลาสมา ซึ่งหลังออกมากสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดลงต่ำสุดในช่วงเย็น

9) อาการวิตกกังวลวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติได้แก่ ใจสั่นใจหวิว ตกใจง่ายใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆนานากลับไปหมด

10) อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายมีอาการทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลงทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

11) อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้านคือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al. 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1) ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไปโดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

ข. ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จโทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

ค. ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายคิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2) ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวันแต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่นบางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลงความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

ข. ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร่ารุนแรงและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกลดตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจลดลงและสิ่งแวดล้อมลดลงไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้ไม่มีเหตุผล

ค. ระดับรุนแรงมีอารมณ์ซึมเศร่ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมและเฉา

3) ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวออกจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตายมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรืออ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นมีความต้องการที่จะตาย

ข. ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคมเกิดความวิตกกังวลตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตาย

ค. ระดับรุนแรง หมดแรงงูใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมดแทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากที่เผชิญอยู่จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

4) ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เป็นอาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ก. ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

ข. ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิทรู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

ค. ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

#### 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิด เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ(syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว(single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งกลุ่มการประเมินได้ดังนี้

1.4.1 Self rating scale เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้างแต่มีประโยชน์คือใช้ง่าย ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย

1.4.2 Clinical rating scale เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ(Structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546)

Beck และคณะ ได้แบ่งเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยารณ, 2548)

**1.4.3 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค ( Structured Psychiatric Interview for Diagnosis)** มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

1) Structure Clinical Interview for DSM-III/ DSM-III-R(SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้ง โครงสร้างประกอบกับการสังเกตสร้างขึ้นเพื่อให้บุคคลกรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM -III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบันและมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง(Self report rating scale questionnaire)

**1.4.4 Beck Depression Inventory (BDI)** สร้างขึ้นโดย Beck ในปีพ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ อาการทางร่างกาย 15 ข้อแรกที่เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจได้แก่ อารมณ์เศร้า(sadness) การมองโลกในแง่ร้าย(permission or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว(sense of failure) การไม่พึงพอใจ(dissatisfaction) ความรู้สึกผิด(guilt) การคาดหวังจะถูกลงโทษ(expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง(self dislike) การตำหนิตนเอง(self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย(suicide ideation) การร้องไห้(crying) การหงุดหงิด(irritability) การแยกตัวเองออกจากสังคม(social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ(indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(somatic preoccupation) ส่วน 6 ข้อที่เน้นอาการทางกายได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง(unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน(work inhibition) การนอนไม่หลับ(insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย(fatigability) การเบื่ออาหาร(loss of appetite) น้ำหนักลด(weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ(loss of libido)

แบบประเมินนี้ สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์และให้ตอบคำถามในขณะนั้นเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไปเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ(normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย(mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง(mild –moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก( moderate –severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง(severe depression)

**1.4.5 Zung Self Rating Depression Scale (SDS)** สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น



ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือสามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

**1.4.6 Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D)** สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายสะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

**1.4.7 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอน ประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observe Scale; Semi-Structured, Goal Direct interview)** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้งตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อและวัดอาการอื่นๆอีก 4 ข้อ สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำแต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและการตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

2) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือคู่มือประสิทธิภาพของยามีย่อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความง่ายและเหมาะสมกับสังคมไทย แบบประเมินนี้สามารถบอกถึงระดับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน โดยสามารถบอกถึงระดับภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับมาก จนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง



## 1.5 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้า ในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกายและการบำบัดทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิตศรีสุภานนท์และจำลอง ดิษขวณิช, 2542; สุชาติพหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

### 1.5.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา(Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants(TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้ เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doepin

ข) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด re-versible inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค) กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertarine และ Citralopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ Mianserin, trazodone, Tianeptine, Bupropion และถ้าสุด ได้แก่ Venlafaxine และ Mirtazapine

ยารักษาอาการซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน(acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง(continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ(maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants(TCA) ได้แก่ยา Imipramine ขนาด 25 มิลลิกรัม Amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) ได้แก่ยา Fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ยากลุ่ม new generation ได้แก่ Mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม Trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ(brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดอาการชักของสมอง(cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง(Major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภทและ Mood disorder อย่างกว้างขวางแม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิตและยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ใน

ปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีวิธีทำอยู่ 2 วิธีคือวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม(non- modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย(modified ECT) จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

### 1.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม(Psychosocial treatments) แบ่งเป็น

1) ทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short – term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความคิดหวังหรือความล้มเหลวมีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมากเพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง(narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง(self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง(dynamic focus) ที่สำคัญเพียงเรื่องเดียว แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษามุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร้ายังคงอยู่

2) จิตบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal psychotherapy) จากแนวคิดของ Sullivan เน้นว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก การบำบัดเน้นกระบวนการให้ความรู้ อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดประคับประคอง ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เนื่องจากการรักษามีระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferster (อ้างถึงในดวงใจ กษานติกุล, 2536; Kazdin, 2001) เป็นผู้ที่ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม(reinforcement)ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคม ซึ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

4) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) รูปแบบการบำบัดทางความคิด มีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ต่อโลก และต่ออนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดได้เหมาะสม ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้มีพื้นฐานอยู่ที่การจำแนกแยกแยะความเชื่อ ข้อกำหนด และการคิดระบบความคิดที่เกิดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้า การทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดโดยการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ และนำมาเป็นทางเลือกในการแก้ไขภาวะซึมเศร้า โดยนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาด้านความคิดที่ผิดๆ ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลายซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกันหรือบำบัดโรคซึมเศร้าได้ CBT มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดระบุนความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือน รวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม(Beck et all, 1979)

## 2. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิตมีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทางประสาทวิทยา

(neurobiological) และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ในการท้าทายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม สดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจบทบาททั้งหลายจะมีเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003)

**2.1 หลักการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากความเศร้า การสูญเสีย ผิดหวัง ล้มเหลวต่างๆ พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจกระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆเช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและการฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือ การดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงยาเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

**2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า**

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า ประกอบด้วยหลักการพยาบาล 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2549) ดังนี้

**2.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า**

การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับของอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใดโดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีระ (physiological) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินดังนี้



1) อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึกผิดหรือเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวันที่ผิดหวัง ล้มเหลว หรือไม่สมปรารถนา บุคคลจะมีลักษณะดังนี้

ด้านอารมณ์	ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ
ด้านความคิด	ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง
ด้านพฤติกรรม	เศร้า เสียใจ ร้องไห้
ด้านสรีระ	เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2) อารมณ์เศร้าระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากความเศร้าปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก ดังนี้

ด้านอารมณ์	มีความรู้สึก โกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมกมุ่น
ด้านความคิด	คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนีดตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งใจ
ด้านพฤติกรรม	น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว
ด้านสรีระ	คลื่นไส้ อาเจียน หรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3) อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์	ความรู้สึกเศร้า จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีดมน มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ
ด้านความคิด	กระบวนการคิดเชิงซ้ำ ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวอกวน มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง
ด้านพฤติกรรม	เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย พุดซ้ำหรือไม่พูด รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยตนเองน้อย เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง



ด้านสรีระ คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากไป พฤติกรรมการนอนผิดปกติ ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกดีในตอนเช้าและเลวในตอนกลางวัน ระบบสื่อประสาทผิดปกติ

4) อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอารมณ์เศร้ามากรุนแรง แสดงอาการผิดปกติต่างๆดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เหยอเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นได้เลย ไม่รู้สึกยินดีในร้ายใดๆ ทั้งสิ้น
ด้านความคิด	มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ต่ำหนืดตนเอง และคิดทำร้ายตนเอง
ด้านพฤติกรรม	พฤติกรรมการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ถดถอย มักยืนที่อ เจอ การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินช้า ยืนหรือนั่งท่าใดจะอยู่ในที่นั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
ด้านสรีระ	การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะ ประจำเดือนขาด เลื่อมสมรรถภาพทางเพศ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีด รู้สึกเลวในตอนเช้า และรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อประสาทเสื่อม

### 2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะต่างๆ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความโกรธ และการแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง
- 2) การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย การระบายความโกรธไม่เหมาะสม คัดค้านกับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
- 3) ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตน ทุกด้าน รวมถึงการดูแลด้านบุคลิกภาพ และการแต่งกาย
- 4) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

5) ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

6) แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมชดชดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น

7) กระบวนการคิดผ่นแปร แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ดำเนินและทำโทษตนเอง มองคนในทางลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ หลงผิด

### 2.2.3 การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนการพยาบาล มีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

การวางแผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1) การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้น
- อยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหา
- วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

2) การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- ประเมินระดับความเศร้า
- จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า
- สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม
- ช่วยผู้ป่วยสืบค้นต้นเหตุของปัญหาและความเศร้า

3) การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการพยาบาลควรประกอบด้วย

- ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- ให้ความช่วยเหลือในการปรับตัว
- กระตุ้นสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม

- สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง
- จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจ

4) การดูแลช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้นอนหลับพักผ่อน รับประทานอาหารได้เพียงพอ ป้องกันการขาดอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับ จากอารมณ์เศร้า วิตกกังวล กลัว นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามิด ไม่ได้พักผ่อน

- การช่วยเหลือดูแล เรื่องการจัดอาหารให้เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว สนใจดูแลตนเอง ในเรื่องการทำความสะอาด หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

1) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล พยาบาล สนับสนุนการพูดและขยายความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเองของผู้ป่วย

- สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ

2) การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน กิจกรรมพยาบาล ควรประกอบด้วย

- การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา เป็นต้น

- กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาล ร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม

- สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว เมื่อรู้สึกวุ่นวายก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้

- ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

**ผลลัพธ์ของการพยาบาล** ในการวางแผนการพยาบาล จะกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลไว้ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จะมุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตราย
- 2) ผู้ป่วยอภิปรายการสูญเสียกับบุคลากรและครอบครัว
- 3) ผู้ป่วยไม่มีความคิดซ้ำอยู่กับที่ในเรื่องการสูญเสีย
- 4) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง
- 5) ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
- 6) ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้
- 7) ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพึงพอใจ
- 8) ผู้ป่วยพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 9) ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความจริงได้
- 10) ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้
- 11) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการขาดอาหาร
- 12) ผู้ป่วยนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/คืน
- 13) ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาด โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

#### 2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามึนแวมโน้มนำในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหา ภายหลังจำหน่าย

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิค และหลักการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตาม แผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะ กำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของ ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### 2.2.5 การประเมินผล

การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลผู้มีอารมณ์ซึมเศร้า การพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้ว ว่าได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การประเมินผลการพยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูล โดยการใช้ คำถาม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกไหม?
- 2) ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม?
- 3) ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีกไหม? เมื่อเกิดความรู้สึกคิด ทำร้ายตนเอง
- 4) ผู้ป่วยได้อภิปรายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างไหม?
- 5) ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่?
- 6) ผู้ป่วยยังมีความคิดซ้ำๆ ในเรื่องของการสูญเสียอยู่อีกไหม?
- 7) ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมไหม?
- 8) ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของตนที่เป็นไปได้ได้ไหม?
- 9) ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้ไหม?
- 10) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้ไหม?
- 11) ผู้ป่วยสามารถร่วมในกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางศาสนา และพึงพอใจในสิ่งสนับสนุน เหล่านั้น เพียงใด?
- 12) ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่?
- 13) ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง และไม่มีอาการหลงผิดหรือไม่?
- 14) ผู้ป่วยมีสมาธิและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด?
- 15) ผู้ป่วยเลือกและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอย่างพอเพียงหรือไม่?
- 16) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนและตื่นนอนได้เป็นปกติหรือไม่?



- 17) ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด?
- 18) ผู้ป่วยยังบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายอีกบ้างไหม?

### 3. การบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายนี้ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัย ได้ใช้แนวคิดและหลักการบำบัดทางจิตสังคม ผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางการแพทย์ และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการถูกวางเงื่อนไขในอดีต เป็นการดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตในระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรุนแรงไปแล้วระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยจะควรได้รับการบำบัดที่ต่อเนื่อง โดยผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลจิตเวชในรูปแบบดังนี้

1. **ขั้นก่อนดำเนินการ** สร้างสัมพันธภาพรายบุคคล ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

2. **ขั้นดำเนินการ** ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) **การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)** เป็นการที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัด วิเคราะห์สภาพปัญหา ชี้แนะ และสร้างเสริมพฤติกรรมการปรับตัวที่มีเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ดำเนินการเป็นกลุ่ม ในสัปดาห์แรกของการบำบัด เน้นการพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไว้วางใจ และยอมรับการช่วยเหลือจากบุคลากร และสมาชิกกลุ่ม

- 2) **การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)** เป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้เทคนิคและแนวคิดของการให้คำปรึกษาในการช่วยผู้รับการบำบัด เข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากที่ผู้รับการบำบัด มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและกลุ่ม พยาบาลใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน และพัฒนาศักยภาพในการเผชิญปัญหาในระยะยาว และสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข

- 3) **การฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง (Relaxation Training)** เป็นการจัดการกับอาการในเบื้องต้น ในขณะที่ผู้รับบริการ มีอารมณ์ และความรู้สึกตึงเครียดมาก จนขาดสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น มีสมาธิและอารมณ์ดีขึ้น ดำเนินการแบบกลุ่ม

พยาบาลจิตเวช สอนและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อมีความตึงเครียดเกิดขึ้น

4) การให้ความรู้แบบระดับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education) เป็นการใช้เทคนิคการสอนแบบระดับประคอง โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การบำบัดด้วยตนเอง การปรับตัว การดูแลตนเอง และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในลักษณะการสอนแบบระดับประคองและสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการกับอาการด้วยตนเอง

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อผู้รับบริการมีอาการดีขึ้น สามารถรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลและจัดการกับตนเองได้

5) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring) เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ มองตนเอง มองโลกในแง่ร้าย จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบมองตนเองในทางร้ายจนไม่อยากมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเอง การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ขจัดความคิดในทางลบต่อตนเองและเลิกคิดทำร้ายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 เมื่อผู้รับการบำบัดมีอาการดีขึ้น พยาบาลจิตเวชสอนและพัฒนาพฤติกรรมความคิดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นการสร้างเสริมความรู้สึก ความคิด ที่ดีต่อตนเอง พัฒนาความสามารถในการจัดการกับตนเองในทางที่เหมาะสม ป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป ทบทวนการปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมความสามารถในการจัดการกับปัญหา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไข สรุป และสังสรค์อำลา

ดำเนินการเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 6

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการในสัปดาห์สุดท้าย

4. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

วรารัตน์ วรณพิรุณ (2545) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 3 ระยะคือ ก่อน

ทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล พบว่าหลังให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด ทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลองทันที ผลไม่มีความแตกต่างกันระหว่างหลังการบำบัดและระยะติดตามผล

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและวัดในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ

ยุพาพัทธ์ รักมณีวงศ์ (2547). ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

สุจิตรา กฤติยวรรณ (2548). ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากที่นักศึกษาพยาบาลได้รับการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง และพบข้อมูลเชิงคุณภาพว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกมากขึ้น

เขาวนีย์ ล่องชูผล (2547) ศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่เข้ารับการรักษากลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลอง ภายหลังจากกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิญา พรหมพยอม (2548). ศึกษาผลของการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา มีคะแนนภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วินัสริน ก้อนศิลา (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 22 คน ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Margolis (1992) ได้ศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย Alziemer จำนวน 4 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 2 คนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบทดสอบความซึมเศร้าของ Beck ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย Alziemer มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว กลุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (The Paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาตรวจเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับยานอกจากจะเริ่มแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ผลพบว่ากลุ่มที่บำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำ หลังจากที่ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก เมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25% มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Babyak, M. และคณะ (2000) ศึกษา การบำบัดด้วยการออกกำลังภายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 156 ราย จากการสุ่ม โดยกำหนดให้เลือกออกกำลังกายระหว่างแบบแอโรบิค หรือ sertraline หรือ ทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและ sertraline เป็นเวลา 4 เดือน โดยประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย HRSD, การสัมภาษณ์ และการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินตนเองของ Beck หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน (รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน) ผลการศึกษาพบว่า หลัง 4 เดือนและหลัง 10 เดือน กลุ่มที่ออกกำลังกายทั้ง



สามกลุ่ม มีอัตราการกลับป่วยซ้ำ / มีอาการกำเริบ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การออกกำลังกายด้วยตนเองหลังจำหน่าย (Follow up) สามารถลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Furlong, M. and Oei, T.P. (2002) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า จำนวน 30 ราย อายุในช่วงระหว่าง 18 – 69 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 12 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI และคะแนนความคิดอัตโนมัติ (ATQ) ของ Hollon & Kendall พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kwon, S.M. and Oei, T.P.S. (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ เจตคติ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 12 สัปดาห์ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ 2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ 3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอมระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้าด้วย

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาดำเนินการจากการประเมินการกลับเป็นซ้ำใน 2 ปี ผลการทดลองพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ (มี 40%) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่กลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก (มี 90 %)

Hsu, Wei-Chi and Lai, Hui-Ling. (2004) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าที่รักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเลือกฟังเพลงที่ตนเองเลือก จากดนตรี 6 ประเภท คือ Baroque music, country music, easy listening music, natural sound music, Chinese folk song, and Taiwanese folk song. เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ วัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง และวิเคราะห์ลักษณะของดนตรีที่ลดระดับคะแนนซึมเศร้าได้ดีที่สุด และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัดด้วยดนตรีกลุ่มตัวอย่างมีระดับซึมเศร้าลดลงและลดลง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประเภทดนตรีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้าคือ soft sedative music

Abt, K. L. (2005). ศึกษาผลของกลุ่มออกกำลังกายในการบำบัดภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า อายุ 25 -60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้ากลุ่มออกกำลังกายจำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับความเครียด จำนวน 14 ราย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความรู้สึกโดดเดี่ยว หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1-6 ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความรู้สึกโดดเดี่ยว

Tsai -Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงความคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าบรรเทาลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลือค้างอยู่เพียงเล็กน้อยซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คน ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS, และ BDI จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ Hollon and Beck (1994 อ้างใน Bulter et al 2006) รายงานว่าการใช้การบำบัดทางความคิดและยาต้านอาการซึมเศร้าวร่วมกันจะได้ผลดีกว่าการใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงอย่างเดียว และจากการศึกษาของ DeRubeis et al (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดลงแล้วในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยยา ซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006) ประเมินผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 51 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา จำนวน 26 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 25 คน ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้าและระดับคุณค่าในตนเอง 3 ครั้งในทั้ง 2 กลุ่ม คือ ก่อนเข้ากลุ่ม 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการบำบัด และ 1 เดือนหลังจากสิ้นสุด

การบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับความคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า บรรเทาลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

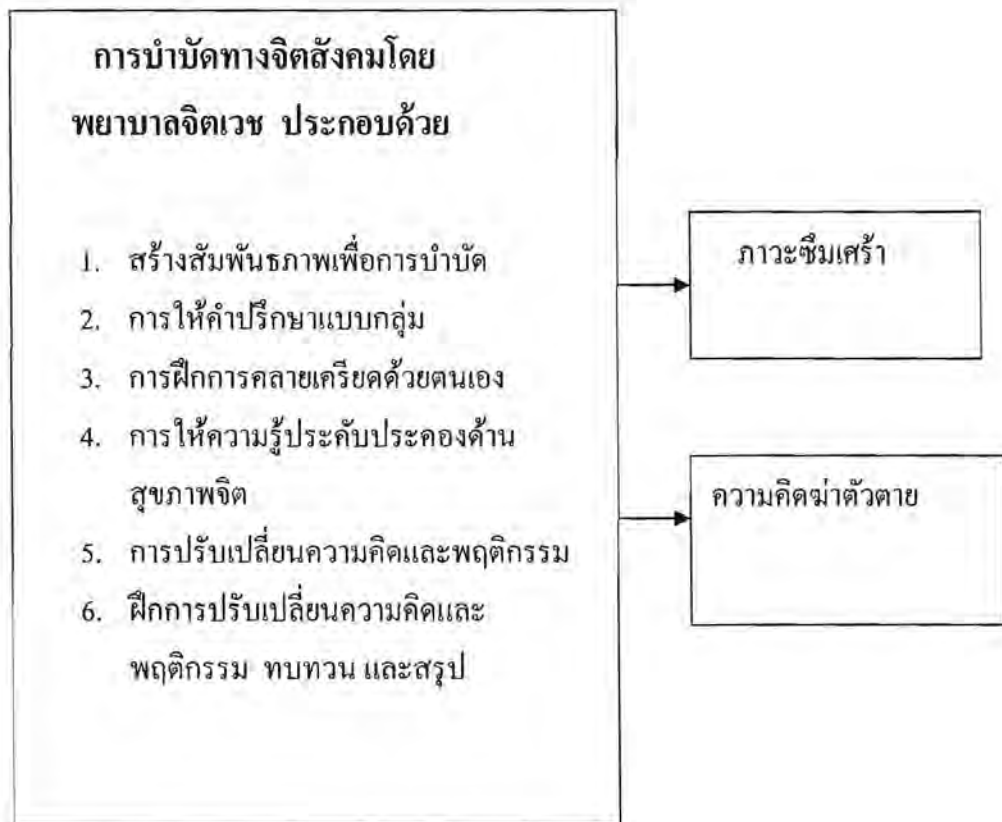
Timbie, J.W., Horvitz-Lennon, M., Frank, R.G., Normand, S.T. (2006) ศึกษาอิทธิพลของการดูแลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเปรียบเทียบ clinical outcome หลังได้รับการบำบัด ในแต่ละวิธี ด้วยวิธีวิเคราะห์ห้มภาพ จากการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2004 เฉพาะการดูแลที่มีการควบคุมการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT) พบว่า จากการการดูแล ทั้งหมด 760 รูปแบบ มี 12 รูปแบบ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งจัดลักษณะสำคัญ ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดด้วยยา (drug therapy) 2) การส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลร่วมกับการทำจิตบำบัด (Collaborative care and psychotherapy) 3) ความร่วมมือในการดูแล (Collaborative care) และ 4) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้น (Quality improvement) ประกอบด้วย ความต่อเนื่องในการรักษา, จิตบำบัด และ ความต่อเนื่องในการรักษา ร่วมกับจิตบำบัด โดยจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการรายงาน clinical outcome ร่วมด้วย

Shapiro, D. และคณะ (2007) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยโยคะต่อคุณลักษณะ และ อารมณ์ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 27 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คนได้รับการบำบัดด้วยโยคะครบทั้ง 20 ชั้นตอน ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจก่อน-หลังเข้าโปรแกรม และประเมินสภาพอารมณ์ก่อน-หลังในแต่ละชั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัดด้วยโยคะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คนมีระดับภาวะซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล อาการทางประสาท และชีพจรหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X., and Crawford, M.J., (2008). ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยดนตรี โดยทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วยดนตรี เปรียบเทียบกับการบำบัดปกติ และประสิทธิผลของการบำบัดด้วยดนตรีเปรียบเทียบกับจิตบำบัดและการรักษาด้วยยา โดยทบทวนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ค.ศ. 1980-2006 จากการทบทวนพบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 เรื่อง โดย 4 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ควบคุมการสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยดนตรีกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และการศึกษาอีก 1 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ควบคุมกลุ่มทดลองเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยดนตรี กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาทั้ง 5 เรื่อง พบว่าอัตราการออกจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีลดลง

Lin, M.F., Moyle, W., Chang, H.J., Chou, M.H., and Hsu, M.C. (2008). ศึกษาผลของการใช้ระบบการให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับการให้สุขภาพจิตศึกษาตามปกติ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 19 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 13 ราย ประเมินระดับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความต่อเนื่องในการรักษาก่อน-หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 19 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 13 ราย มีระดับความรู้และพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย





### บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest –posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นแบบบูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

รูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	MR	O <sub>1</sub>	X	O <sub>3</sub>
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	MR	O <sub>2</sub>	-	O <sub>4</sub>

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้า และ ความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนได้รับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการทดลอง

X หมายถึง รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม

M R หมายถึง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Matched Random Assignment) ด้วยการจับคู่ด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ตามการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของBeck (Beck Depression Inventory & Beck Scale for Suicidal Ideation)

### เกณฑ์การคัดเลือก คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า มารับบริการ ณ หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการซึมเศร้าหรืออาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ซึ่งประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป

2. อายุระหว่าง 18 – 65 ปี

3. เป็นผู้ที่มีการได้ยินเป็นปกติ สามารถสื่อสารได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสามารถเข้ากิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มได้

### เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้เกิน 2 ครั้ง

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดำเนินการดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คน จับเป็นคู่ 20 คู่ ด้วยลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ตาม เพศ อายุ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นใช้วิธี Matched Random Assignment เข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 20 ราย จำนวนเท่าๆกัน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยมาก จึงได้ศึกษาเป็นรายกรณี จำนวน 7 ราย

### สถานที่ทำการวิจัย

ใช้ห้องทำจิตบำบัดกลุ่ม แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดทางสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางจิตสังคมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนรูปแบบการบำบัด และผลการบำบัดที่มีการศึกษาวิจัยแล้ว นำมาปรับแก้เพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยเน้นสถานการณ์จริงที่พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินการได้ ลักษณะของแผนการดำเนินการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

ขั้นที่ 2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

ขั้นที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง (Relaxation Training)

ขั้นที่ 4 การให้ความรู้แบบระดับประคอง ด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education)

ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring)

ขั้นที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน สรุป และประเมินผล

1.2 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการทดลอง โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลทางจิตเวชที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของแผนการทดลอง จากนั้นนำข้อเสนอมาปรับแก้โดยยึดข้อคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบ ร้อยละ 90 มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเวลามากขึ้นในขั้นตอนการปรับความคิดและพฤติกรรม

1.3 นำแผนการทดลองมาทดลองใช้ ทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง จำนวน 5 ราย และนำมาปรับแก้เพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความคิดฆ่าตัวตาย ดำเนินการดังนี้

2.1 ทบทวนเครื่องมือประเมิน ทบทวนเครื่องมือประเมินที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (Beck, 1967) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck and Steer, 1988) จากเครื่องมือซึ่งได้มีการใช้กันแพร่หลายแล้ว นำมาหาความเที่ยงของแบบประเมิน

ลักษณะของเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) นำมาปรับภาษาให้เหมาะสม แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย การคิดคะแนนจะคิดรวมคะแนนทั้ง 21 ข้อ คะแนนเต็ม 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน ตั้งแต่ 0 - 9 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในช่วงปกติ (Normal range)

คะแนน ตั้งแต่ 10 - 15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)

คะแนน ตั้งแต่ 16 - 19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)

คะแนน ตั้งแต่ 20 - 29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)

คะแนน ตั้งแต่ 30 - 63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

สำหรับแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายใช้แบบประเมินของ Beck and Steer (1991) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว มีข้อคำถาม 19 ข้อ ถามเกี่ยวกับความต้องการทำร้ายตนเองในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้เลือกคำตอบ 3 ระดับ หากผู้ตอบได้คะแนนมากกว่า 2 คะแนนถือว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย ต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวัง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มาหาค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการตึกตรวจโรคของโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้จำนวน 20 ราย และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 และ .81 ตามลำดับ

### การดำเนินการ

#### 1. การเตรียมการ ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1.1 ด้านจริยธรรม ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอบรมผู้ช่วยวิจัย ที่เป็นพยาบาลจิตเวช เพื่อทำความเข้าใจลักษณะของรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จัดเตรียมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานงาน และนัดหมายผู้ป่วย

#### 1.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ชี้แจง ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ทุกขั้นตอน รวมถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และพร้อมที่จะขอลถอนตัวจากกระบวนการวิจัยได้ทุกขั้นตอน หากไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย หรือในขณะที่เข้าร่วมวิจัยหากเกิดอาการทางจิตที่ต้องได้รับการรักษา ผู้วิจัยต้องรีบนำส่งจิตแพทย์เพื่อรักษาต่อไป จากนั้นขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยนัดหมายวันประเมินหลังสิ้นสุดการดำเนินการอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตกลง นัดหมายเรื่องวัน เวลาที่เข้าร่วมในการทดลองตามโปรแกรม

#### 2. การดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ หน่วยจิตเวชศาสตร์ ตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มทดลองจำนวน 8 – 10 คน ผู้วิจัยนัดหมาย และเริ่มดำเนินการทันที ลักษณะการดำเนินการกลุ่มเป็นกลุ่มปิด จำนวนผู้เข้ากลุ่มที่นัดหมายแต่ละกลุ่มประมาณ 8 – 10 คน (Marram, 1998) เมื่อผู้ป่วยขาดก็จะไม่เพิ่มสมาชิกใหม่ และหากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เกิน 2 ครั้ง จะไม่นับเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ในการดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มสามารถดำเนินการได้กลุ่มละ 7-8 คน เมื่อดำเนินการไปบางครั้งมีผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มได้อย่างครบตามขั้นตอนเพียงกลุ่มละประมาณ 7 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครบ 20 ราย ตามที่กำหนด จึงต้องดำเนินการถึง 3 ครั้ง

การดำเนินการเป็นกลุ่มๆละ 7-8 คน ดำเนินการ 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)



พบผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มทดลอง แนะนำตัว และให้ผู้รับบริการแนะนำตัว พูดคุย สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พูดคุยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีภาวะซึมเศร้า หรือความคิดฆ่าตัวตาย ให้โอกาสผู้เข้าร่วมการวิจัยระบายความทุกข์ หรือปัญหา ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ

ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยตรง เช่น การบอก การสอน การตอบประเด็นปัญหาที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องการ โดยเฉพาะ ปัญหาที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้เวลา ประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

### ขั้นที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ( Group Counseling)

ผู้บำบัดใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ในการจัดการกับปัญหาที่พบ ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตเชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกับผู้เข้าร่วมโครงการ พัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมโครงการในการปรับตัวต่อปัญหา เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการ ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา ประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

### ขั้นที่ 3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง (Relaxation Training)

สอนและฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อคลายเครียดด้วยตนเองตามคู่มือการคลายเครียดด้วยตนเองและแจกเอกสารคู่มือการคลายเครียดพร้อมเทปการคลายเครียดด้วยตนเองให้ผู้เข้ารับการบำบัด ไปฝึกค่อที่บ้าน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้เวลา ประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

### ขั้นที่ 4 ให้ความรู้แบบประคับประคอง ด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education)

สอนผู้เข้ารับการบำบัด เรื่อง ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การจัดการกับตนเอง รวมถึงการดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีความสุข ดำเนินการ ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา ประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

### ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring)

พยาบาลพบผู้รับการบำบัดเป็นกลุ่มดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย และสาเหตุเฉพาะของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จนผู้เข้าร่วมโครงการรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง ขอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทางลบของตนเอง

2) อธิบายเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าใจ

3) ให้ผู้เข้าร่วมโครงการฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

4) ให้การบ้านผู้เข้าร่วมโครงการไปฝึกวิเคราะห์ตนเองเป็นการบ้านและเขียนรายงานมาส่งเพื่ออภิปรายในกลุ่ม จากนั้นฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

### ขั้นที่ 6 ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองและทบทวนผลที่เกิดขึ้น สรุป และ

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมิน และให้กลุ่มทดลองเขียนสิ่งที่ได้จากการดำเนินการ และความคิดเห็นต่อโครงการทดลอง หลังเสร็จสิ้นโครงการในสัปดาห์ที่ 6

**ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง**

**ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก**

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (20)
<b>เพศ</b>		
ชาย	10	10
หญิง	10	10
<b>อายุ</b>		
18-25	4	5
26-35	1	1
36-45	8	6
46-55	3	5
56-65	4	3
<b>อาชีพ</b>		
นักศึกษา	3	4
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	5
รับจ้าง	12	11
รับราชการ	1	-
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	8	9
1,000 – 5,000	1	1
5,001 – 10,000	7	7
10,001- 20,000	4	3
<b>ระดับภาวะซึมเศร้า</b>		
ระดับน้อย	12	12
ระดับปานกลาง	3	3
ระดับมาก	4	4
ระดับรุนแรง	1	1

จากตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่าๆกัน อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36 – 45 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ระดับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน	จำนวน (N = 7)
<b>เพศ</b>	
ชาย	2
หญิง	5
<b>อายุ</b>	
18-25 ปี	3
26-35 ปี	2
36-45 ปี	1
46-55 ปี	-
56-65 ปี	1
<b>อาชีพ</b>	
นักศึกษา	2
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1
รับจ้าง	3
รับราชการ	1
<b>รายได้</b>	
ไม่มีรายได้	3
1,000-5,000 บาท	1
5,001-10,000 บาท	2
10,000-20,000 บาท	1
<b>ระดับภาวะซึมเศร้า</b>	
ระดับน้อย	-
ระดับปานกลาง	-
ระดับสูง	2
ระดับรุนแรง	5

จากตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน เป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18 – 35 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ระดับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรงและระดับสูง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (dependent t-test และ independent t-test)

สำหรับผู้ป่วยใน มีข้อมูลเพียง 7 ราย ได้เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบแบบ Non-parametric ของ Wilcoxon signed-rank test



## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายทุกระดับ 2) เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง และ 3) เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

**ส่วนที่ 2** ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**ส่วนที่ 1** รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เป็นรูปแบบการบำบัดระยะสั้นที่พัฒนาจากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางการแพทย์ และทฤษฎีทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ใช้ในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวนผู้เข้ากลุ่มที่พอเหมาะประมาณ 8 – 10 คน ใช้เวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง เป็นเวลา 6 ครั้ง สัปดาห์ๆ ละ 1 – 2 ครั้ง

### ขั้นตอนการดำเนินการ

ก่อนดำเนินการ ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ่มชัดวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ทำความตกลงกับผู้เข้ารับการบำบัด นัดหมายเรื่อง วัน เวลา สถานที่ จากนั้นผู้บำบัดประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนการ ดำเนินการแบบกลุ่ม 6 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

ผู้บำบัดพบผู้เข้ารับการบำบัด แนะนำตัว และให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตัวต่อกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม (ผู้วิจัย) ทบทวนวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและกติกาในการดำเนินการ ในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสื่อสารสนทนาและสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศที่ดีและความไว้วางใจภายในกลุ่ม จากนั้นพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย ให้โอกาสผู้เข้ารับการบำบัดระบายความทุกข์หรือปัญหาของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ความทุกข์ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เน้น การระบายความทุกข์และปัญหา การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มโดยผู้บำบัด ใช้เทคนิคการกระตุ้น สนับสนุนให้สมาชิกระบายปัญหาของตนเองอย่างอิสระ สมาชิกในกลุ่มรับฟัง สนับสนุน ซึ่งเเนะซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มสนับสนุนความคิดเชิงเหตุผลที่ถูกต้อง

#### ขั้นที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

ผู้บำบัดใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ในการจัดการกับปัญหาที่พบ ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตเชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกับผู้เข้าร่วมการบำบัดในกลุ่ม พัฒนาศักยภาพของผู้เข้ารับการบำบัดในการปรับตัวต่อปัญหา เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการทำความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง และแนวทางในการจัดการกับปัญหา และเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

#### ขั้นที่ 3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง (Relaxation Training)

ผู้บำบัดสอนและฝึกทักษะการผ่อนคลายแก่ผู้รับการบำบัด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และการจินตนาการ สำหรับผู้รับการบำบัดเพื่อใช้ในการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด แจกเอกสาร การจัดการกับภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลด้วยตนเอง พร้อมเทพการคลายเครียดด้วยตนเองให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ไปฝึกเพิ่มเติมด้วยตนเองที่บ้าน

#### ขั้นที่ 4 ให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education)

ดำเนินการสอนและสนับสนุนแบบกลุ่มแก่ผู้เข้ารับการบำบัด เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และการจัดการและดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีความสุข โดยเน้นการสอนแบบสนับสนุนด้านอารมณ์และพฤติกรรมเป็นกลุ่ม ให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วม นำเสนอสถานการณ์ของตนเอง ผู้บำบัดเสนอข้อมูลที่ต้องการสนับสนุน

### ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring)

ผู้บำบัดดำเนินการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย และสาเหตุเฉพาะของผู้เข้ารับการบำบัด เชื่อมโยงเข้าสู่กระบวนการความคิดที่ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะเศร้า สนับสนุนผู้รับการบำบัดในการทบทวนความคิดของตนเอง ค้นหาความคิดทางลบของตนเองจนผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทางลบของตนเอง

2) อธิบายเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจ เกิดเจตคติที่ดีและมีความตั้งใจและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

3) ให้ผู้เข้ารับการบำบัดฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เพื่อค้นหาความคิดทางลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

4) ให้การบ้านผู้เข้ารับการบำบัด ไปฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเองตนเอง เป็นการบ้านและเขียนรายงานมาเพื่ออภิปรายในกลุ่ม

5) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

ขั้นที่ 6 ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวนผลที่เกิดขึ้น จากนั้นทบทวนสรุปและประเมินผล ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง จากนั้นทบทวนและประเมินความคิดทางลบ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เสนอแนะแนวทางในการจัดการสถานการณ์ที่ยังเป็นปัญหาในกลุ่ม สรุป ประเมินผล และสังสรรค์อำลา

### ขั้นประเมินผล

ประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมิน และให้กลุ่มทดลองเขียนสิ่งที่ได้จากการดำเนินการ และความคิดเห็นต่อโครงการ หลังเสร็จสิ้นโครงการในสัปดาห์ที่ 6

ตารางที่ 3 ขั้นตอน เป้าหมาย และเทคนิค ในการดำเนินการบำบัดทางจิตสังคม

ขั้นตอน	เป้าหมายการบำบัด	เทคนิคการบำบัด
1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	-ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ร่วมกัน เล่าประสบการณ์และ พัฒนาสัมพันธภาพในกลุ่ม	เทคนิคการสร้างบรรยากาศ และสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	-ระบุปัญหาของตนเอง -มีแนวทางการจัดการกับ ปัญหาของตนเอง	เทคนิค- การระบายความรู้สึก -การสนับสนุนในกลุ่ม -การจัดการกับปัญหา
3. การฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง	-ฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยตนเองได้	-เทคนิคการผ่อนคลาย ใช้วิธีทัศน์ เทปเสียง
4. การให้ความรู้ ระดับประกอบด้าน สุขภาพจิต	-พัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรค การจัดการกับตนเองได้ เมื่อมีปัญหา	-การสอนแบบอภิปรายเน้น ประสบการณ์ใกล้ตัว
5. การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม	-วิเคราะห์ความคิดของตนเอง -ยอมรับและพยายามปรับ ความคิดและพฤติกรรมตนเอง ที่ผิดๆ	- การพูดคุยในกลุ่ม ร่วมกัน วิเคราะห์ความคิดของกันและ กัน
6. ฝึกการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป	-พัฒนาการปรับความคิดและ พฤติกรรม -ทบทวนสภาพปัญหาและการ จัดการกับตนเอง	- อภิปรายกลุ่ม และเล่า ประสบการณ์

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง  
ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่ม  
ตัวอย่าง ภายหลังจากใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

	ก่อนและหลังการทดลอง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ของกลุ่มทดลอง	20	-9.45	5.75
	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ของกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ	20	0.20	1.54
ความคิดฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ของกลุ่มทดลอง	20	-4.80	4.41
	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ของกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ	20	-0.20	3.62

จากตารางที่ 4 จากการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย  
ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ย  
ลดลง 9.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 5.75 ในขณะที่กลุ่มควบคุม คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ย  
เพิ่มขึ้น 0.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 1.54

ส่วนความคิดฆ่าตัวตาย ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความคิดฆ่าตัว  
ตายโดยเฉลี่ยลดลง 4.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.41 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ  
คะแนนความคิดฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยลดลง 0.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.62



ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง จากการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (independent t-test)

ระดับ	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	95 % ช่วงความเชื่อมั่น ของความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ภาวะซึมเศร้า	9.65	6.95 – 12.35	0.001**
ความคิดฆ่าตัวตาย	3.30	0.72 – 5.88	0.014*

\* $P < .05$  , \*\*  $P < .01$

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย หลังการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชของกลุ่มผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ independent t-test พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมฯ ในกลุ่มทดลองส่งผลให้ทั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึง 9.65 ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้แก่ 6.95 – 12.35 ( $p < 0.001$ ) และส่งผลให้คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึง 3.30 ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้แก่ 0.72 – 5.88 ( $p = 0.014$ )

ตารางที่ 6 คะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 7 ราย

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า		คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	38	20	19	5
2	41	24	12	9
3	32	28	7	5
4	25	16	15	4
5	22	12	11	5
6	46	17	14	9
7	43	27	17	11

จากตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการทดลองอยู่ในระดับมากและรุนแรง หลังการทดลองพบว่าภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายลดลงทุกราย

ตารางที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบและทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน 7 ราย ก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

	คะแนนเฉลี่ย	SD	คะแนนเฉลี่ย	SD ของความ	p-value
			ความแตกต่าง	ความแตกต่าง	
			ระหว่างกลุ่ม	ระหว่างกลุ่ม	
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>					
ก่อนการทดลอง	35.286	9.196	14.710	8.077	.018*
หลังการทดลอง	20.571	5.996			
<b>ความคิดฆ่าตัวตาย</b>					
ก่อนการทดลอง	13.286	4.572	6.140	5.210	.028*
หลังการทดลอง	7.143	2.610			

\*P< .05

จากตารางที่ 7 ผลความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยใน จำนวน 7 ราย พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้การบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สำหรับผู้ป่วยในตั้งแต่เริ่มดำเนินการทดลองจนถึงสิ้นสุดโครงการ มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าหลัก(Major depressive disorder) เพียง 7 ราย ส่วนใหญ่มีอาการเศร้ามากถึงรุนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และได้รับการดูแลเป็นรายบุคคลไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการบำบัดทางจิตสังคมเป็นรายบุคคลก่อนในระยะแรก 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น รับรู้สังคมดีขึ้น สามารถเข้ากลุ่มได้จึงค่อยนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับผู้ป่วยอื่น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่จะนำไปใช้จริง จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการบำบัดที่สร้างขึ้นตามขั้นตอน วัดผลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อสรุปผลการดำเนินการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชแล้ว ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง จะลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
2. ภายหลังใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชแล้วภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองจะลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ตามการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของ Beck

### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า มารับบริการ ณ หน่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการซึมเศร้า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปถึงรุนแรง และอาจมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย(ซึ่งถือว่าจำเป็นต้องเฝ้าระวัง) อายุระหว่าง 18 – 65 ปี เป็นผู้ที่มีการได้ยินเป็นปกติ สามารถสื่อสารได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถเข้ากลุ่มได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปถึงระดับรุนแรง เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คน สุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน สำหรับผู้ป่วยในเป็นผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และรุนแรง จำนวน 7 ราย

สถานที่ทำการวิจัย สถานที่ที่ดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจิตบำบัดทางสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการบำบัดทางจิตสังคมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการบำบัดที่มีการศึกษาวิจัยแล้วว่ามีประสิทธิภาพ นำมาบูรณาการให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในสภาพการจริงที่พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินการได้ ลักษณะของแผนการดำเนินการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ขั้นที่ 2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ขั้นที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง

ขั้นที่ 4 การให้ความรู้แบบประทับประคองด้านสุขภาพจิต

ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ขั้นที่ 6 ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน สรุปและประเมินผล

1.2 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมฯ โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลทางจิตเวชที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของแผนการทดลอง จากนั้นนำข้อเสนอมาปรับแก้โดยยึดข้อคิดเห็นที่



ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบ ร้อยละ 90 มี จากนั้นผู้วิจัยได้นำแผนการทดลองมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง จำนวน 5 รายและปรับรูปแบบดำเนินการ โดยการเพิ่มเวลาการดำเนินการขั้นที่ 5 และ 6 จากนั้นนำรูปแบบไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck Depression Inventory ;1987 และBeck Scale for Suicidal Ideation ; Beck and Steer, 1988) หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .88 และ .81 ตามลำดับ

**การดำเนินการ ดำเนินการดังนี้**

1. ด้านจริยธรรมในการวิจัย ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อได้รับอนุมัติจึงดำเนินการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย อบรมผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จัดเตรียมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานงาน และนัดหมายผู้ป่วย

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจง ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ทุกขั้นตอน รวมถึงสิทธิของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และพร้อมที่จะขอลอนตัวจากกระบวนการวิจัยได้ทุกขั้นตอนหากไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย หรือในขณะที่เข้าร่วมวิจัยหากเกิดอาการทางจิตที่ต้องได้รับการรักษา ผู้วิจัยต้องรีบนำส่งจิตแพทย์เพื่อรักษาต่อไป จากนั้นขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยนัดหมายวันประเมินหลังสิ้นสุดการดำเนินการอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอพบเพื่อตกลง นัดหมายเรื่องวัน เวลาที่เข้าร่วมในการทดลองตามโปรแกรม จนครบทุกครั้ง

4. การดำเนินการทดลอง ดำเนินการแบบกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 1 – 1 ½ ชั่วโมง ดำเนินการ 6 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)**

พบผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มทดลอง แนะนำตัว และให้ผู้รับบริการแนะนำตัว พูดคุย สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พูดคุยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีภาวะซึมเศร้า หรือความคิดฆ่าตัวตายให้โอกาสผู้เข้าร่วมการวิจัยระบายความทุกข์ หรือปัญหา ผู้วิจัย ใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ

ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยตรง เช่น การบอก การสอน การตอบประเด็นปัญหาที่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยต้องการ โดยเฉพาะ ปัญหาที่ทำให้ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

### ขั้นที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ( Group Counseling)

ผู้บำบัดใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ในการจัดการกับปัญหาที่พบ ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตเชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกับผู้เข้าร่วม โครงการ พัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วม โครงการในการปรับตัวต่อปัญหา เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

### ขั้นที่ 3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง (Relaxation Training)

สอนและฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อคลายเครียดด้วยตนเองตามคู่มือการคลายเครียดด้วยตนเอง และแจกเอกสารคู่มือการคลายเครียดพร้อมเทปการคลายเครียดด้วยตนเองให้ผู้เข้ารับการบำบัดไปฝึกต่อที่บ้าน

### ขั้นที่ 4 ให้ความรู้แบบระดับรองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education)

ให้ความรู้ผู้เข้ารับการบำบัด เรื่อง ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การจัดการกับตนเอง รวมถึงการดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีความสุข

### ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring)

พยาบาลพบผู้รับการบำบัดเป็นกลุ่มดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย และสาเหตุเฉพาะของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย จนผู้เข้าร่วม โครงการรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทางลบของตนเอง

2) อธิบายเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้เข้าร่วม โครงการเข้าใจ

3) ให้ผู้เข้าร่วม โครงการฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

4) ให้การบ้านผู้เข้าร่วม โครงการ ไปฝึกวิเคราะห์ตนเองเป็นการบ้านและเขียนรายงานมาส่งเพื่ออภิปรายในกลุ่ม จากนั้นฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง

ขั้นที่ 6 ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองและทบทวนผลที่เกิดขึ้น จากนั้นสรุป และประเมินผล

### ขั้นประเมินผล

ประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมิน และให้กลุ่มทดลองเขียน สิ่งที่ได้จากการดำเนินการ และความคิดเห็นต่อ โครงการทดลองหลังเสร็จสิ้น โครงการ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทุกคนมีความพึงพอใจมาก และอยากให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (dependent t-test และ independent t-test)

สำหรับผู้ป่วยใน มีข้อมูลเพียง 7 ราย ได้เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบแบบ Non-parametric ของ Wilcoxon signed-ranks test

### สรุปผลการทดลอง

ผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม ภายหลังการทดลองมีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
2. ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรงจำนวนน้อย ยังไม่ถึงระดับที่ต้องรับไว้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล ยังคงใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ แต่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างสม่ำเสมอ ต้องเข้าๆ ออกๆ ในโรงพยาบาล และมารับการทำกิจกรรมกลุ่มแบบโรงพยาบาลกลางวันอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่มารับบริการมีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงมาก กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สามารถดำเนินการบำบัดทางจิตสังคมได้ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จึงได้ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนได้ทันที

ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามขั้นตอนที่กำหนด สามารถร่วมกลุ่มได้ดี ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี ในระยะแรกผู้ป่วยกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมมาก เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยขอให้จัดกิจกรรมต่อเนื่องโดยให้จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยได้สอบถามสมาชิกในกลุ่มว่าสามารถร่วมกิจกรรมได้หรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถร่วมกิจกรรมได้ เพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยบางรายขอปรับเปลี่ยนเวลา ผู้วิจัยได้ปรับเวลาซึ่งเดิมใช้เวลา 13.00 – 14.30 น. เป็นช่วงเวลา 15.00 – 16.30 น. เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่กระทบถึงภาระกิจที่ปฏิบัติของผู้ป่วย จึงเป็นข้อเสนอแนะว่า ในการจัดกิจกรรมบำบัดสามารถยืดหยุ่นเวลาได้ตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วม โดยอาจจัดได้

สัปดาห์ละ 2 ครั้งแต่ไม่ควรมากเกินไป เนื่องจากการจัดกิจกรรมบำบัดแต่ละครั้งจะเน้นการฝึกการคิด การตัดสินใจในการเผชิญปัญหา และมีการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกการคิดทบทวน และฝึกการแก้ปัญหาการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิต ผู้รับการบำบัดต้องการเวลาสำหรับการฝึกหัดต่อเป็นการบ้าน

สำหรับเทคนิคที่สำคัญ ก่อนเริ่มกิจกรรมบำบัดในครั้งแรกผู้เข้ารับการบำบัดต้องมีสัมพันธภาพที่ดี มีเจตคติที่ดีต่อการบำบัด และมีความพร้อมในการเข้ารับการบำบัด เพื่อจะได้ติดตามเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหากผู้รับการบำบัดได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการบำบัดและขั้นตอนการบำบัด รวมถึงกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม มีความพร้อมในการเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพ อาจต้องการเวลานอก และต้องเตรียมตนเองในเรื่องภาระกิจที่กระทำอยู่ ผู้บำบัดสามารถนัดหมายกลุ่มที่มีความต้องการตรงกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบตามขั้นตอน ก็จะเกิดผลดีต่อตัวผู้รับบริการ และประสิทธิภาพของการบำบัด ในการดำเนินกิจกรรมบำบัดทางจิตสังคมครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มารับการบำบัดส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมีความตั้งใจและเตรียมพร้อมเพื่อรับการบำบัดอยู่แล้ว อาจทำให้เกิดการขาดหาย การบำบัดใช้วิธีการแบบกลุ่มปิด อนุญาตให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถขาดได้ไม่เกิน 1 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยหยุดไป ผู้บำบัดจะทบทวนกิจกรรมที่ขาดเพิ่มให้จนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้พร้อมกับกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเพิ่มเติมให้ผู้รับการบำบัดไปอ่านและฝึกเพิ่มเติมที่บ้าน

การบำบัดทางจิตสังคมในครั้งที่ 2 ได้ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม(Group Counseling) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง และมองเห็นแนวทางในการพัฒนาตนเองในทางที่เหมาะสม จากการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นจากกลุ่มด้วยประสบการณ์ชีวิต ทำให้ผู้รับการบำบัดได้รับข้อคิดเห็นจากเพื่อนในกลุ่มที่มีประสบการณ์ และปัญหาคล้ายกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มที่เป็นพยาบาลจิตเวชเป็นผู้สนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ทำให้ผู้รับการบำบัดมีความมั่นใจมากขึ้นในการเอาชนะอุปสรรค ดังที่ Ohlsen (1988) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้มาขอรับการให้คำปรึกษาครั้งละหลายคน เป็นการให้โอกาสแก่ผู้รับคำปรึกษา ในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาทักษะต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมาย มีการฝึกฝนทักษะในบรรยากาศที่มีรูปแบบอย่างปลอดภัย โดยธรรมชาติพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงท่ามกลางบริบททางสังคมจริง ขณะเดียวกันบุคคลเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่ม เพราะฉะนั้น การปรึกษาแบบกลุ่ม จึงเป็นรูปแบบที่สนับสนุนการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่ม เป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติของการพัฒนาบุคคล นอกจากนี้ Marram ได้ระบุว่าประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้การปรับตัวที่ดีและ



เหมาะสมกับตนเอง โดยเพื่อนในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆกัน แสดงความคิดเห็นช่วยเหลือสนับสนุนกันได้ดี นำไปสู่การเรียนรู้ตนเอง ขอมรับตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 เป็นการฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง ผู้บำบัดสอนและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดให้กับผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง พร้อมแจกเอกสารคู่มือ การจัดการกับภาวะซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลด้วยตนเอง ผู้รับการบำบัดพึงพอใจในการฝึกทักษะการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด จากการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และการใช้จินตนาการ ผู้รับการบำบัดสนใจและได้ฝึกหัดด้วยตนเอง จนสามารถทำได้และได้ขออัดเทปไปฝึกต่อที่บ้าน ซึ่งผู้รับการบำบัดได้กลับมารายงานในครั้งต่อมาว่าได้ทดลองฝึกต่อที่บ้านได้ผลดีมาก สามารถนอนหลับได้ดี

การบำบัดครั้งที่ 4 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ในครั้งนี้สามารถให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ความคิดของตนเองที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นตนเอง เข้าใจตนเอง และค้นพบว่าตนเองได้ใช้ความคิดในทางลบมากเกินไปจนทำให้เกิดภาวะเศร้า และต่อไปจะพยายามจัดการกับความคิดทางลบเหล่านี้ให้ได้

การบำบัดครั้งที่ 5 เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ได้ใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม ในการพัฒนาการรู้จักตนเองด้านความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ผู้เข้ารับการบำบัดยอมรับและสามารถระบุความคิดที่เป็นลบของตนเองได้ ในช่วงแรกๆผู้รับการบำบัดบ่นว่ายากมากที่จะปรับเปลี่ยนจากการคิดลบให้เป็นบวกได้ ผู้บำบัดได้ให้ผู้รับการบำบัดค่อยๆปรับความคิดบางส่วนเท่าที่ทำได้ เมื่อผู้รับการบำบัดทำได้ ผู้บำบัดได้ให้การเสริมแรงตามขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จากนั้นได้ให้ผู้รับการบำบัด ได้เขียนข้อความแสดงความรู้สึกพึงพอใจ และจะไปฝึกต่อที่บ้านและกลับมานำเสนอและอภิปรายร่วมกันในครั้งต่อไป

ในการบำบัดครั้งนี้ได้ให้ผู้ป่วยได้ทดลองทบทวนความคิดของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญและพยายามหาเหตุผลเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง และให้คำมั่นสัญญาว่าจะไปฝึกต่อเป็นการบ้านแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสนใจ ตั้งใจและพยายามปฏิบัติตนในทางที่ดีขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 6 ได้ฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งทบทวนความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับตนเอง ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของผู้รับการบำบัด พบว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากกับการได้ร่วมกิจกรรมบำบัดทั้งหมด ทำให้มีชีวิตที่ดีขึ้น มีกำลังใจ มองโลกในแง่ดี รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีทางออกมากขึ้น โดยเฉพาะความคิดด้านลบต่อตนเองลดลง มีวิธีการในการจัดการกับตนเองดีขึ้น มองโลกในทางบวกเพิ่มขึ้น ผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ดีสามารถเสนอความคิดเห็นในการแก้ปัญหาและปรับตัวที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับความคิดในทางบวกชัดเจนยิ่งขึ้น ก่อนประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความคิด



ด้านลบให้ผู้รับการบำบัดทางจิตสังคมฯประเมินตนเอง ผลปรากฏว่าคะแนนความคิดด้านลบของผู้รับการบำบัดลดลงเท่าคนปกติ อย่างไรก็ตามผู้รับการบำบัดทางจิตสังคมฯ จะต้องได้รับการฝึกการจัดการกับความคิดของตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไปเพื่อให้มีความสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น ลดความคิดฆ่าตัวตายลงอย่างถาวร

### ข้อจำกัดในการวิจัย

สำหรับผู้ป่วยใน เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าระดับสูงและรุนแรงป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ชนิด Major Depressive Disorder ที่หน่วยจิตเวชศาสตร์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน จากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการทดลองกับผู้ป่วยในได้เพียง 7 ราย ผู้ป่วยในระยะรุนแรงนี้ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดได้ ผู้วิจัยได้มีการปรับแผนการวิจัยให้เหมาะสม โดยดำเนินการกับผู้ป่วยในแบบรายบุคคลในระยะแรกเริ่ม ขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากและรุนแรงในระยะแรกเริ่มต้องให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพรายบุคคล ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยต้องได้รับยาทางจิตเวชเพื่อบรรเทาอาการ พยาบาลให้การดูแลตามอาการ เน้นการประคับประคอง การป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเอง ดูแลเรื่องสุขอนามัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ได้รับอาหาร น้ำ และยาอย่างถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา ประมาณ 2 สัปดาห์แรก ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยอาการทั่วไปดีขึ้นสามารถสื่อสารได้ พฤติกรรมทั่วไปดีขึ้น สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เริ่มมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ จึงนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวช ดำเนินการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มตามที่กำหนด ร่วมกับผู้ป่วยในที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรคอื่นๆได้ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น สามารถรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ และบุคคล สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ไม่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนรุนแรง จำนวนสมาชิกกลุ่ม ครั้งละ ประมาณ 8 – 10 คน และดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับจิตสังคมบำบัดตามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น 6 ขั้นตอน เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จากนั้นสามารถประเมินผลและวิเคราะห์ผลจากคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอก

ผลจากการดำเนินการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชตามขั้นตอนที่กำหนด ผู้ป่วยในจำนวน 7 ราย สามารถร่วมในกิจกรรมบำบัดได้ทั้งหมดขั้นตอน หลังการทดลองประเมินผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

โดยสรุป การดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สามารถลดภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ทั้งภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายภายหลังการ

ทดลองใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ในการนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชที่สร้างขึ้นไปใช้ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช สามารถใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมนี้ได้โดยปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 6 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ซึ่งเป็นระดับที่อาการไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยสามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี สามารถร่วมมือในการบำบัดได้ดีมาก โดยเฉพาะการดำเนินการเป็นกลุ่ม อย่างไรก็ตามในการดำเนินการควรกระทำเป็นขั้นตอนตามลำดับ สำหรับระยะเวลาการดำเนินการสามารถปรับเพิ่มความถี่ได้เพื่อความเหมาะสม โดยปรับให้ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สำหรับขั้นตอนที่ 5 และ 6 หากได้มีการเพิ่มเวลาในการฝึกทักษะการคิด การวิเคราะห์ ในทางบวกได้นานขึ้น จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นเรื่องของความคิดและทักษะ ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกที่มากพอ เป็นการสร้างนิสัยการคิดที่ดีและคงทนในการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถนำหลักการเหล่านี้ไปจัดการกับตนเอง สร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างถาวร

สำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง ต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์จนอาการดีขึ้น ซึ่งในระยะแรกพยาบาลจิตเวชต้องให้การดูแลช่วยเหลือระดับประคองตามอาการ และใช้สัมพันธภาพรายบุคคลในการบำบัดระยะแรกประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีความพร้อมเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม จากนั้นจึงใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม 6 ขั้นตอนตามที่ได้สร้างขึ้นได้เช่นกัน

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรได้มีการติดตามผลมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากการบำบัดครั้งนี้

2. ผู้สนใจสามารถนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมนี้ไปปรับและทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคอื่นๆ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยปรับขั้นตอนบางตอนตามความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2551). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กุลธิดา สุภาคุณ (2549). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญใจ นามเชื้อ (2548). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอดส์ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- เขาวนิ ล่องชุมพล. (2547). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2547. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์
- ยูพาพัทธ์ รัทณวีวงศ์ (2547). พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบสมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545). ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: ค่านสุธาการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภานิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สรยุทธ วาสิกนานนท์ (2547). โรคซึมเศร้า **Depressive disorders**. ในพิเชฐ อุดมรัตน์, ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. 127 – 145 . สงขลา : ลิมบราเคอร์การพิมพ์.
- สุจิตรา กฤติยวรรณ (2548). รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าหลังจากที่นักศึกษาพยาบาลได้รับการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3, พิษณุโลก : รัตนสุวรรณ 3.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย . (2549). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19 (2 กรกฎาคม – ธันวาคม) : 1- 13 .
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธนาพรสการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546). ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิญา พรหมพยอม (2548). ศึกษาผลของการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**, 4<sup>th</sup> ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Abt, K. L. (2005). **The effects of group exercise intervention in the adjunctive treatment of depression**. Partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pittsburgh.

- Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W.E., Baldewicz, T.T., and Krishn, K.R. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. **Psychosomatic Medicine**. 62: 633–638.
- Beck, A.T. (1967). **Depression : Clinical, Experimental, and Theoretical aspects**. New York: Harper Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery, G.(1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer R. A, and Ranieri W. F.(1988). Scale for suicidal ideation : psychometric properties of self report version. **Journal of clinical Psychology**. 44(July) 1988): 499-505.
- Blumenthal, J.A. (1999). Effects of Exercise Training on Older Patients With Major Depression. **Arch intern Med**. 159: 2349-2356.
- Butler, A.C., Champman, J.E., Forman, E.M., and Beck, A.T. (2006). The Empirical status of Cognitive Behavior Therapy : A Review of Meta-analyses. **Clinical Psychology Review** 26:17-31.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The Evaluation of Cognitive–Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem. **Archives of Psychiatric Nursing**. 20(1): 3–11
- 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: 816-820.
- Furlong, M. and Oei, T.P. (2002) **Change to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitude in Group CBT for depress** (online). Available from :<http://eprint.up.au/archive/.pdf> (2008, November 20)
- Hsu, Wei-Chi and Lai, Hui-Ling. (2004). Effects of Music on Major Depression in Psychiatric Inpatients. **Archives of Psychiatric Nursing**, 18(5): 193-199.
- Fava,G.A., Rafanelli,C., Grandi,S., Conti, S., and Belluardo (1998). Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavior Therapy. **Archives General Psychiatry** 62: 409-416.



- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi, S. (2004). Six-Years Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. **American Journal Psychiatry**. 161 (10 October) : 1872-1876.
- Kwon, S.M. and Oei, T.P.S. (2003). Cognitive change process in a group cognitive behavior therapy of depression. **Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry**. 34: 73-85.
- Lewin, L. 2003. **The Client with Depressive Disorder in Deborah, Antai-Otong CD, editor, Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts**. United States : Thomson Learning, Inc.
- Lin, M.F., Moyle, W., Chang, H.J., Chou, M.H., and Hsu, M.C. (2008). Effect of an Interactive Computerized Psycho-education System on patients suffering from depression. **Journal of Clinical Nursing**. 17(5): 667-676
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X., and Crawford, M.J., (2008). Music therapy for depression (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Murray & Lopez, A. D. (1996). **The Global burden of Disease**. WHO and The Harvard School of public Health.
- Paykel, E., S., et al. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. **Archives General Psychiatry** 56 (September) : 829-835.
- Shadish, Cook, and Campbell. (2002). **Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference**. New York: Houghton Mifflin Company.
- Shapiro, D., Cook, L.A., Davydov, D.M., Ottaviani, C., Leuchter, A.F. and Abrams, M. (2007). **Yoga as a Complementary Treatment of Depression: Effects of Traits and Moods on Treatment Outcome**. CAM Advance Access published. 10.
- Stuart G.W. and Laraia M.T. (1998). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. St. Louis: Mosby comp.
- Stuart G.W. and Laraia M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. St. Louis: Mosby comp.
- Tsai-Hwei Chen et al (2006) . The Evaluation of Cognitive Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-esteem. **Archives of Psychiatric Nursing**. 18(October): 193-199.

- Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006).Cognitive change process during group cognitive Therapy for depression. **Journal of Affective Disorder.** 92:231-241.
- Solberg, L.I. (2001). A CQI Intervention To Change the Care of Depression: A Controlled Study. **Effective Clinical Practice.** 4:239-249.
- Timbie, J.W., Horvitz-Lennon, M., Frank, R.G., Normand, S.T. (2006). A Meta-Analysis of Labor Supply Effects of Interventions for Major Depressive Disorder. **Psychiatric Services.** 57(2): 212-215.
- Tzer, J.U., et al. (2001). Two-Year Effects of Quality Improvement Programs on Medication Management for Depression. **Arch Gen Psychiatry.** 58: 935-942.
- World Health Organization. (2004). **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted life years.** Retrieved Dec 1, 2009, from [http://www.who int](http://www.who.int).
-

# ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคน

COA No. 853/2007  
IRB No. 396/50

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**


The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

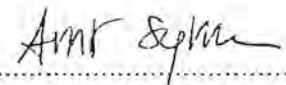
**Study Title** : PSYCHOSOCIAL INTERVENTION MODEL BY PSYCHIATRIC NURSES FOR PERSONS WITH DEPRESSION AND SUICIDAL IDEATION IN BANGKOK METROPOLIS.

**Study Code** : -

**Study Center** : Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Oraphun Lueboonthavatchai

Signature:   
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)  
Chairman of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Professor Areerat Suputtitada, M.D.)  
Committee and Secretary of  
The Institutional Review Board

**Date of Approval** : December 20, 2007

**Approval Expire Date** : December 20, 2008

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีมติให้การรับรองโครงการวิจัยนี้โดยทบทวนโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : PSYCHOSOCIAL INTERVENTION MODEL BY PSYCHIATRIC NURSES FOR PERSONS WITH DEPRESSION AND SUICIDAL INDEATION IN BANGKOK METROPOLIS

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : รศ.ดร.อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ทุก 6 เดือน

ลงนาม พรหม อภิพร  
(ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์เอนก อารีพรรค)  
ประธาน  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม กมล สุทธิ  
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรรัตน์ สุทธิธาดา)  
กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 20 ธันวาคม 2550

วันหมดอายุ : 20 ธันวาคม 2551

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน ผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งหมด 80 ราย โดยจะใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น สัปดาห์ละ 1.30 ชั่วโมง 6-7 ครั้ง ผู้วิจัยจะขอชดเชยค่าตอบแทนสำหรับการเดินทางและการเสียเวลาให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยท่าน ละ 200 บาทต่อครั้ง

#### เหตุผลของการศึกษาและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานี้ เพื่อเน้นการดูแลที่บูรณาการอย่างต่อเนื่องและเป็นไปได้ใน สภาพการณ์จริงสำหรับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายที่มารับบริการจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางการแพทย์จนอาการดีขึ้นระดับหนึ่ง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมใน โครงการบำบัดทางจิตสังคม ที่เน้นประโยชน์ของการบำบัดที่ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาความสามารถใน การปรับตัวและการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ ลดการป่วยซ้ำและป่วยเรื้อรัง สามารถนำรูปแบบ ของการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้สร้างขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานด้านการบำบัดสำหรับผู้ที่มิภาวะ ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายที่เหมาะสมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนในสังคมไทยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

#### ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น / แนวทางป้องกัน / แก้ไขความเสี่ยงหรือการแก้ไข

การศึกษานี้เป็นการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดที่มีข้อมูลหลักฐานอ้างอิงได้ว่ามี ประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการรูปแบบการบำบัดที่เน้นการดำเนินการอย่างมีระบบให้เหมาะสม กับสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานตามช่วงเวลาผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าร่วม โครงการ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและ ความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการดำเนินการ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ และนำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบในเรื่องของความเสี่ยงและผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

#### สิทธิในการเข้าร่วม หรือ การขอยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบ คำถามข้อใด ๆ ที่ไม่อยากจะตอบ และมีสิทธิที่จะหยุดการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการได้เมื่อ ต้องการ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิต่างๆที่ผู้เข้าร่วม โครงการจะได้รับใดๆทั้งสิ้น ขอขอบคุนในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)



## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. นางสาวชลพร กองคำ พยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
3. นางสาวรัตน์ พวงมาลี พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา

## รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและ ความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

### หลักการและเหตุผล

สภาพปัญหาของประชาชนไทยในปัจจุบัน พบว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและหลากหลาย เช่น ความแตกต่างทางเศรษฐกิจของคนในสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม ปัญหาจากการแข่งขันในสังคม ปัญหาการเมือง ปัญหาภัยพิบัติจากธรรมชาติและผลกระทบของบุคคลในสังคม คนไทยต้องตกอยู่ในภาวะเครียด มีความสับสนยุ่งยากในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ส่งผลให้บุคคลในสังคมเกิดภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมาก ปัญหาโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับการศึกษา คนที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้เป็นบ้าและไม่ได้เป็นคนไม่ดี แต่เป็นคนที่มีความเปราะบางอย่างหนึ่งซึ่งต้องการการรักษา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่แจ่มใส เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ลึกลับ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดร่วมกัน จะเป็นติดต่อกันยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี เป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย ภาวะกลุ่มโรคซึมเศร้านี้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้และทางพฤติกรรม รูปแบบการบำบัดจึงต้องมีการพัฒนาอย่างเหมาะสม

การช่วยเหลือบำบัดโรคซึมเศร้าประกอบด้วยการบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดด้วยการใช้ยา การบำบัดด้วยไฟฟ้า การบำบัดด้วยเทคนิคทางสังคม เช่น การใช้สัมพันธภาพบำบัด การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดพฤติกรรมความคิด และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เป็นการบำบัดที่เน้นแบบองค์รวมทั้ง ด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic, biopsychosocial approach)

การบำบัดในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องดำเนินการเป็นกระบวนการ มีระบบที่มีประสิทธิภาพ เริ่มต้นด้วยการคัดกรองอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงควรได้รับการวินิจฉัยและบำบัดอย่างถูกต้องจากจิตแพทย์ มีพยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม จะช่วยให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ลดการกลับเป็นซ้ำและการเจ็บป่วยเรื้อรัง



### การบำบัดทางจิตสังคม( Psychosocial intervention)

เป็นการผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ มาใช้ในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยที่แสดงออกในภาวะจิตสำนึกและไร้จิตสำนึก หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการวางเงื่อนไขในอดีต เป็นการดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตในระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรุนแรงไปแล้วระดับหนึ่ง ผู้ป่วยควรจะได้รับ การบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางการบำบัดทางจิตสังคม สามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลจิตเวชในรูปแบบต่างๆตามความเหมาะสม

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายโดยพยาบาลจิตเวชนี้ เป็นการบูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นก่อนดำเนินการ** ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย(Assessment) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มทำร้ายตนเอง ได้รับการรักษาจากแพทย์จนอาการอยู่ในระดับ ไม่รุนแรง จะส่งต่อให้พยาบาลจิตเวชดำเนินการให้ การบำบัดทางจิตสังคมไปด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข้อตกลงการวิจัย ยินยอมและลงนามเข้าร่วม โครงการวิจัยแล้ว

พยาบาลจิตเวชขออธิบายขั้นตอนดำเนินการ วัตถุประสงค์การดำเนินการ จนผู้เข้าร่วมโครงการ เข้าใจดีแล้ว พยาบาลจิตเวชใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1978) ประเมินก่อนทดลอง (pretest)

2. **ขั้นดำเนินการ** พยาบาลจิตเวชใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

ขั้นที่ 2 ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group Counseling)

ขั้นที่ 3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง (Relaxation Training)

ขั้นที่ 4 ให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต (Supportive Psycho-education)

ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring)

ขั้นที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมิน ให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนสิ่งที่ได้จากการดำเนินการและความคิดเห็นต่อ โครงการ

**จุดประสงค์** เพื่อให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม

1. มีความพร้อม มุ่งมั่นที่จะร่วมในกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง
2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรคซึมเศร้า ผลกระทบ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

3. เข้าใจแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด สามารถวิเคราะห์ความคิดและความรู้สึกของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
3. สามารถใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเองได้ดีขึ้น
4. มีความคิดต่อตนเองในทางที่ดี ลดภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย
5. ลดการป่วยซ้ำ และป่วยเรื้อรัง สามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้ดีขึ้น ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

1. เป็นผู้มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี
2. เป็นผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการซึมเศร้าหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางถึงสูง และมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 – 2 ขึ้นไป

### ระยะเวลาในการบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม

ระยะเวลาในการบำบัดทางจิตสังคม ดำเนินการเป็นกลุ่มๆละ 8 – 10 คน ดำเนินการ 6 ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ ในการดำเนินการครั้งละประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง

### การดำเนินขั้นตอนตามโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม

1. ขึ้นก่อนดำเนินการ ประเมินระดับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย (Assessment) โดยใช้แบบประเมินวัดระดับความซึมเศร้า Beck Depression Inventory (Beck, 1987) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย Beck Scale for Suicide Ideation (Beck and Steer, 1997)

2. ขึ้นดำเนินการ โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้
  - ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

- พบผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลองแนะนำตัว และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

- พุคคุยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พุคคุยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีภาวะซึมเศร้า หรือความคิดฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสผู้เข้าร่วมวิจัยระบายความทุกข์หรือปัญหา โดยใช้เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

- ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เน้นกิจกรรมในการจัดการกับปัญหาของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง เช่น การบอก การสอน การตอบประเด็นปัญหาที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องการ โดยเฉพาะปัญหาที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

#### ขั้นตอนที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ( Group Counseling)

- ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ในการจัดการกับปัญหาที่พบ

- ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตเชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพร้อมกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมโครงการในการปรับตัวต่อปัญหาและเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

- อภิปรายสภาพปัญหาร่วมกันในกลุ่มเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และการจัดการ

#### ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยตนเอง(Relaxation Training)

- สอนและฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อคลายเครียดด้วยตนเอง ตามคู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง และแจกเอกสารคู่มือคลายเครียดพร้อมเทปการคลายเครียดด้วยตนเองให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยไปฝึกที่บ้าน

#### ขั้นตอนที่ 4 ให้ความรู้แบบระดับประคองด้านสุขภาพจิต(Supportive Psycho-education)

- สอนแบบอภิปรายกลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการเรื่อง “ปัญหาภาวะซึมเศร้าและผลกระทบ” สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และการดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีความสุข

- ทบทวน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและการจัดการ

- ผู้ป่วยพร้อมที่จะร่วมมือในบำบัดครั้งที่ 5 (การปรับพฤติกรรมความคิด)

ขั้นตอนที่ 5 การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Restructuring) พบผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มทดลองดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ และผลกระทบ ให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ความคิดของตนเองที่ไม่เหมาะสม และต้องการการปรับแก้ จนผู้เข้าร่วมโครงการรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาตนเอง ยอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเอง

- ให้การบ้านผู้เข้าร่วมโครงการ ไปฝึกวิเคราะห์ตนเองเป็นการบ้านและบันทึกไว้

2. อธิบายเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าใจ เริ่มฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ทีละขั้นตอน ให้ผู้ปวยฝึกเองในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

3. เริ่มฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทีละขั้นตอน ให้ผู้รับการบำบัด เล่าเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับความคิดทางลบที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค และการจัดการกับปัญหา

4. ให้การบ้านผู้รับการบำบัดไปฝึกวิเคราะห์ความคิดของตนเองที่บ้าน และบันทึกไว้เพื่อนำมาอภิปราย

ขั้นที่ 6 ทบทวนการฝึกความคิดและพฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้นจากการฝึก ปัญหาอุปสรรค และการจัดการกับปัญหา สรุป และประเมินผล

**3. ขั้นประเมินผล**

- 1) ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมิน
- 2) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนสิ่งที่ได้จากการดำเนินการและความคิดเห็นต่อโครงการ
- 3) ผู้วิจัย สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมกิจกรรมภายในกลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการทำไบบงานในแต่ละกิจกรรม

**4. ขั้นวิเคราะห์ผล**

- 1) เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลอง
- 2) เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

+++++

## แผนการบำบัดทางจิตสังคม ครั้งที่ 1

### การสร้างสัมพันธภาพและใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกได้รู้จักคุ้นเคย ไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ
2. เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยตรงระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกภายในกลุ่มผู้รับการบำบัด
3. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการให้คำปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้ให้คำปรึกษาเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง เพื่อให้สมาชิกให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของสมาชิกกลุ่มโดยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันและได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า มีการแบ่งปันความรู้สึก เห็นอกเห็นใจและมั่นใจในรูปแบบการให้คำปรึกษา และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความซึมเศร้าได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มการให้คำปรึกษาบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาคาดหวัง

การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือ โดยการสร้างสัมพันธภาพนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับในศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกและนำสู่การเข้าใจอารมณ์ตนเอง มีการค้นหาและประเมินปัญหาโดยการ ระบุมเป้าหมายในการบำบัดและช่วยพิจารณาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง ภายหลังสิ้นสุดการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้รับการบำบัดสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากการทำกิจกรรมกลุ่ม และเตรียมความพร้อมของกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

#### สื่อและอุปกรณ์

- เอกสารประกอบที่ 1
- ปากกา/ดินสอ ยางลบ



### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมี รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกอื่นในกลุ่ม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์ปัญหา การระบุเป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ภายในกลุ่ม และจากการบันทึกปัญหา ผลกระทบ สิ่งที่ต้องการ ในเอกสารประกอบที่ 1

### ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม จากการที่สมาชิกกลุ่มมีปัญหาที่คล้ายๆกัน เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่กำลังประสบปัญหาอยู่
2. สมาชิกกลุ่มสามารถร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกกลุ่มเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมการบำบัดครั้งต่อไป

+++++

**เอกสารประกอบที่ 1**  
**การค้นหาปัญหาและเป้าหมายในการบำบัด**

ให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของท่าน ผลกระทบที่เกิดขึ้น และสิ่งที่ตนต้องการให้เป็นภายหลังจากการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาครั้งนี้ ดังตัวอย่าง

ปัญหาที่เกิดขึ้น	ผลกระทบ	สิ่งที่ต้องการ
- เครียด ไม่มีงานทำ โคน เจ้านายไล่ออก	รู้สึกเบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่มี สำเร็จ นอนไม่หลับ	- อยากมีงานทำ ไม่เครียดและ นอนหลับ

## แผนการ บำบัดทางจิตสังคม ครั้งที่ 2

### การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง และเข้าใจปัญหาของตน
2. ผู้รับการบำบัดยอมรับและพยายามหาวิธีการจัดการกับปัญหาของตน

#### สาระสำคัญ

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นการใช้พื้นฐานของความเข้าใจมนุษย์และสัมพันธภาพ ความจริงใจ ความเห็นใจ และเทคนิคในการให้คำปรึกษาตามสถานการณ์ และลักษณะของปัญหาที่พบ ในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อทำความเข้าใจ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และตัดสินใจเลือกวิถีทางในการคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นการรวมกันของบุคคลที่มีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มาปรึกษาหารือกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกและใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่ม และการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้เสนอแนวคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกเอง ภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

#### สื่อและอุปกรณ์ เอกสารประกอบที่ 2

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกอื่นในกลุ่ม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในกลุ่ม และตัดสินใจใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

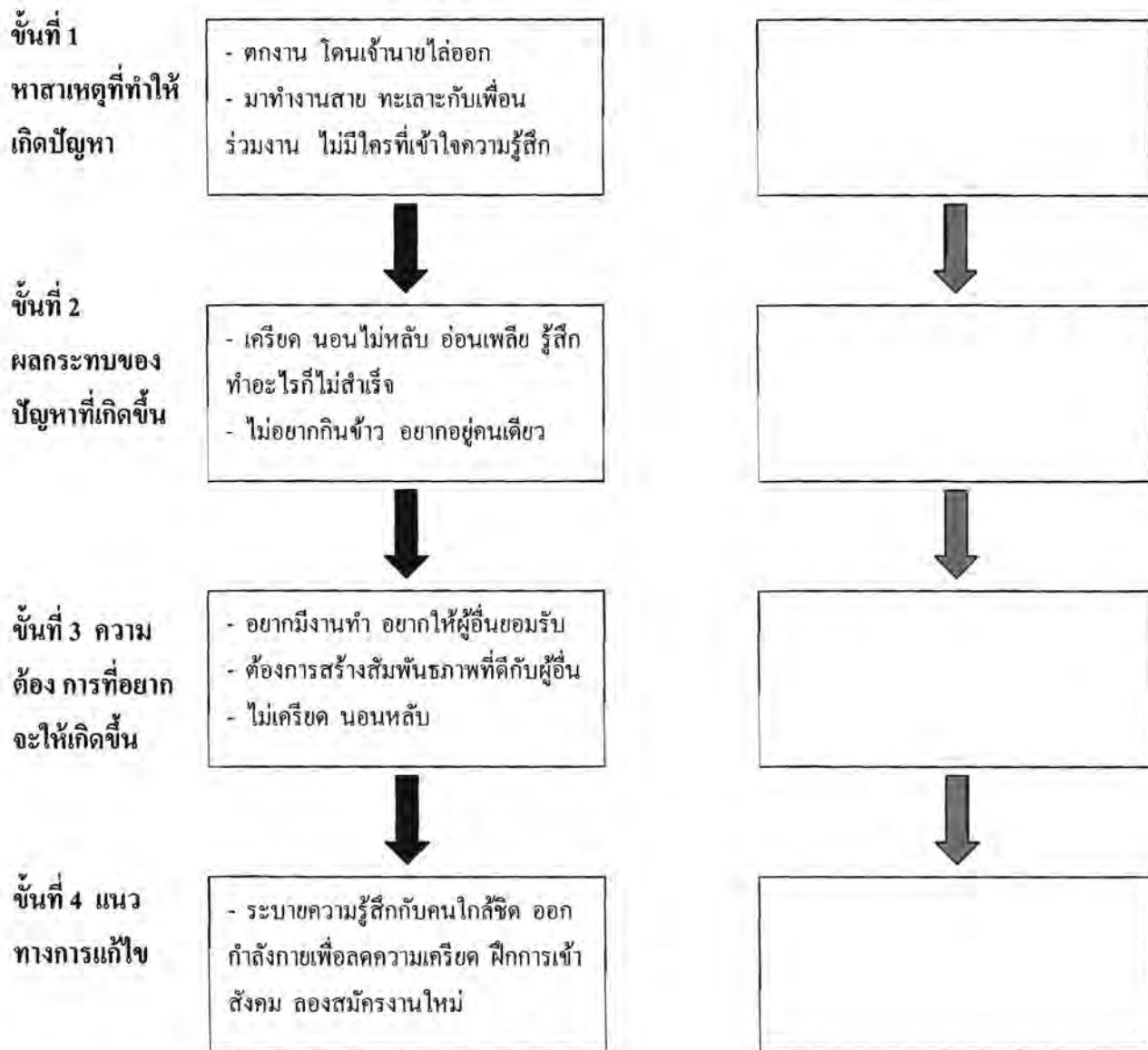
1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ใหม่พัฒนาทักษะทางสังคม
2. ผู้รับการบำบัดสามารถระบุปัญหา วิเคราะห์ผลกระทบของปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม
3. ผู้รับการบำบัดมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหของตนเองในทางที่เหมาะสม
4. สมาชิกกลุ่มเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมการบำบัดครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบที่ 2

### การค้นหาปัญหา ผลกระทบของปัญหา สิ่งที่ต้องการและแนวทางการแก้ไข

ให้สมาชิก ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของท่าน ผลกระทบที่เกิดขึ้น สิ่งที่ท่านต้องการ และเสนอแนวทางการแก้ไข พร้อมทั้งบันทึกลงในเอกสารประกอบที่ 2 ภายหลังจากการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาครั้งนี้ ดังตัวอย่าง

#### ตัวอย่าง



### แผนการบำบัดทางจิตสังคมครั้งที่ 3

#### การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีระดับความเครียดลดลงภายหลังการฝึกทักษะการผ่อนคลาย

##### สาระสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ร่วมกับความคิด และการรับรู้ ซึ่งจะนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีแนวความคิดในด้านลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสถานการณ์ มีกิจกรรมทางกายลดลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เมื่อมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะทำบุคคลนั้นมีความวิตกกังวล เฉื่อยเมื่อย เบื่อชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตหรือฆ่าตัวตาย ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาจนมีอาการเริ่มดีขึ้นแล้ว แต่ยังมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล มีความรู้สึกฝงใจอยู่กับความทุกข์ การบำบัดทางจิตสังคมเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าเชื่อถือจัดการกับตนเอง การปรับตัวและการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะการผ่อนคลายเป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้เป็นการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับเทคนิควิธีการบำบัดอื่นๆ หลักการของเทคนิคนี้ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการผ่อนคลายทางร่างกายที่ส่งผลให้หายเครียดทางด้านจิตใจ เป็นเทคนิคพื้นฐานที่ประกอบอยู่ในการขจัดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ โดยผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ที่ส่งผลไปสู่จิตใจกับการรู้จักผ่อนคลาย นอกจากนี้การฝึกการหายใจ การใช้จินตภาพ การทำสมาธิ ยังสามารถใช้เพื่อเพิ่มการผ่อนคลายได้อีกด้วย

##### สื่อ / อุปกรณ์

- เอกสารประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเครียดด้วยตนเอง
- เอกสารประกอบที่ 4 การฝึกทักษะการหายใจ เพื่อลดความเครียดด้วยตนเอง
- เอกสารประกอบที่ 5 แบบประเมินสภาวะอารมณ์ก่อนและหลังฝึกผ่อนคลาย
- เทปคลายเครียดด้วยตนเองและเครื่องเล่นเทป

##### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ขณะเข้ากลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลาย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. ประเมินจากระดับความเครียดภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย



ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการจัดกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. ผู้รับการบำบัดมีความรู้และสามารถปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายได้
2. ผู้บำบัดสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลได้

+++++

### เอกสารประกอบที่ 3.1

#### การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเครียดด้วยตนเอง



#### ♣ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

#### เพื่อควบคุมความกังวล ♣

ความเครียดจะทำให้การทำงานของร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไป โดยกล้ามเนื้อจะหดเกร็ง ตึงเครียด ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ ตันคอ ปวดหลัง ไหล่ การฝึกผ่อนคลายจะทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้หายปวด รู้สึกสบาย

คนส่วนมากไม่ทราบว่ากล้ามเนื้อส่วนไหนมีความตึงเครียดเรื้อรัง ความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า พอจะช่วยทำให้ทราบว่ากล้ามเนื้อที่จำเพาะหรือกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนใดมีความตึงเครียด และยังช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างความรู้สึกของความตึงเครียด และความผ่อนคลายที่ฝึกกล้ามเนื้อที่สำคัญมีอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. มือ แขนส่วนล่าง และแขนส่วนบน
2. ศีรษะ หน้า คอ และไหล่ รวมทั้งหน้าผาก แก้ม ตา จมูก ริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น และคอ เมื่อมองในทรวงอกของอารมณ์ กล้ามเนื้อที่สำคัญส่วนใหญ่ตั้งอยู่บริเวณและรอบ ๆ ศีรษะ
3. หน้าอก ท้อง และหลังส่วนล่าง
4. โคนขา ตะโพก แก้มก้น น่อง และเท้า

การฝึกให้เกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อตามลำดับ สามารถทำได้ในท่านอนหรือท่านั่ง ในเก้าอี้ที่มีที่รองศีรษะ กล้ามเนื้อแต่ละมัดหรือแต่ละกลุ่มถูกทำให้เกิดความเครียด เป็นเวลาห้าถึงเจ็ดวินาที และต่อมาถูกทำให้เกิดความผ่อนคลายเป็นเวลา 20-30 นาที วิธีการนี้จะต้องทำซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ถ้าบริเวณใดยังตึงเครียดอยู่ สามารถทำซ้ำได้ถึงห้าครั้งในขณะที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย อาจใช้คำพูดประกอบด้วย เช่น “หย่อน และผ่อนคลาย”

เมื่อปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวจนชำนาญแล้ว ควรหลับตาและมุ่งความใส่ใจไปที่กล้ามเนื้อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง คำแนะนำสำหรับความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า แบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกอาจบันทึกขั้นตอนต่าง ๆ ไว้ในเทป และสามารถเปิดเล่นได้อีกเมื่อต้องการ ช่วยทำให้เกิดความคุ้นเคยกับกล้ามเนื้อในร่างกาย ที่มีจะเครียดอยู่เสมอๆ ส่วนที่สองเป็นการทำให้วิธีการดังกล่าวสั้นลง โดยทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด และความผ่อนคลายในเวลาเดียวกันอย่างรวดเร็ว เพื่อทำให้เกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้ออย่างลึกในระยะเวลาอันสั้น

## วิธีการฝึกให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย

เมื่อเริ่มปฏิบัติจะนั่งบนเก้าอี้หรือนอนราบบนเตียงก็ได้ จะอยู่ในอิริยาบถใดก็ตาม พยายามให้ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย และสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลับตาทั้งสองข้าง กำหนดจิตไว้ที่ปลายจมูก หายใจเข้า หายใจออก สึก ๆ เวลาหายใจเข้าให้นึกในใจว่า “เข้า” เวลาหายใจออก ให้นึกในใจว่า “ออก” หายใจเข้าหายใจออกไปเรื่อย ๆ เมื่อรู้สึกว่าจิตใจเริ่มสงบและร่างกายเริ่มผ่อนคลายแล้ว ให้ปฏิบัติเป็นขั้น ๆ ดังต่อไปนี้

### การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแขน

ค่อย ๆ กำมือข้างขวาให้แน่น มากขึ้น ๆ ทุกครั้งที่หายใจเข้าพยายามกำมือข้างขวาให้แน่นมากขึ้น ๆ

คอยสังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่มือและแขนข้างขวาให้ชัดเจน เปรียบเทียบความรู้สึกตึงเครียดที่มือและแขนข้างขวากับความรู้สึกผ่อนคลายที่มือและแขนข้างซ้าย และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ต่อไปพูดในใจว่า “หย่อนและผ่อนคลายๆ” พร้อมกับค่อยๆ คลายมือข้างขวาออกทีละน้อยๆ คอยสังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่มือและแขนข้างขวา

ทำแบบเดียวกันที่ละขั้นทั้งหมด โดยใช้มือและแขนข้างซ้าย

### การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณหน้าและคอ ไหล่ และหลังส่วนบน

เลิกคิ้วทั้งสองข้างขึ้นเพื่อให้หน้าผากย่นเป็นรอยมากที่สุด คอยสังเกตความรู้สึกตึงเครียดหยุดเลิกคิ้ว พยายามให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าผากหย่อนและผ่อนคลาย สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

ย่นจมูกและกลอกตาทั้งสองข้างลง สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่จมูกและแก้มส่วนบน ผ่อนคลายจมูก และกล้ามเนื้อตา สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

เกร็งขากรรไกรและกักฟันให้แน่น สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่ขากรรไกรและแก้มส่วนล่าง ผ่อนคลายขากรรไกรและเลิกกักฟัน สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

ดันศีรษะไปข้างหลังให้แรงที่สุดเท่าที่จะทำได้ สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่คอ หยุดดันศีรษะ สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

ก้มศีรษะไปข้างหน้าจนกางขิดหน้าอก สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่คอ เงยศีรษะจนอยู่ในท่าปกติ สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

ค่อยๆ ยกไหล่ทั้งสองข้างขึ้น ยกให้มากที่สุด สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่ไหล่และหลังส่วนบน ค่อยๆ ลดไหล่ทั้งสองข้าง สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

### การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณอก ท้อง และหลังส่วนล่าง

หายใจเข้าให้ลึก และกลั้นหายใจเอาไว้ สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่หน้าอก ค่อยๆ หายใจออก สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

### การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณตะโพก โคนขา และน่อง

เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณก้นและตะโพก สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่ตะโพกและโคนขา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณก้นและตะโพก สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

งอข้อเท้าและให้นิ้วเท้าชี้มาทางศีรษะ สังเกตความรู้สึกตึงเครียดที่หน้าแข้ง ค่อยๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ข้อเท้าและให้นิ้วเท้าอยู่ในสภาพเดิม สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

กดเท้าและนิ้วเท้าลงล่างทำให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สังเกตความตึงเครียดที่บริเวณน่อง ค่อยๆ ค้างเท้า และนิ้วเท้าให้มาอยู่ในสภาพเดิม สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นแทน

ขณะนี้จะมีความรู้สึกว่ากล้ามเนื้อทุกๆ ส่วนในร่างกายอยู่ในลักษณะที่หย่อนและผ่อนคลาย จิตใจรู้สึกสงบ เบิกบาน เบาสบาย และแจ่มใส ปราศจากความเครียดและความวิตกกังวลใดๆ ทั้งสิ้น ควรจะสังเกตว่าเวลาที่มีความเครียดและความวิตกกังวลกล้ามเนื้อทุกๆ ส่วนในร่างกายจะมีการเกร็งตัว แต่ในทางตรงกันข้ามเมื่อกำลังผ่อนคลาย ความรู้สึกเครียดหรือความวิตกกังวลจะค่อยๆ หดหายไป ดังนั้นจึงควมสละเวลาในการฝึกให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละสองครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนก่อนเข้านอนและหลังจากตื่นนอนตอนเช้า เมื่อจะเลิกการฝึกปฏิบัติดังกล่าวขอให้กำหนดจิตไว้ที่ปลายจมูก คอยสังเกตลมหายใจเข้าและลมหายใจออกสักกระยะหนึ่ง แล้วค่อยๆ นับในใจจาก 1 ถึง 10 เมื่อนับถึง 10 แล้วขอให้ค่อยๆ ลืมตาขึ้น ด้วยความรู้สึกที่สดชื่น แจ่มใจ และเบิกบาน

## เอกสารประกอบที่ 3.2

### การฝึกทักษะการหายใจ เพื่อลดความเครียดด้วยตนเอง

#### การฝึกผ่อนลมหายใจ (Slow Breathing Exercise)

ก่อนฝึกผ่อนลมหายใจ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการหายใจกับความเครียดว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างไร ทำไมการผ่อนลมหายใจจึงลดความวิตกกังวลได้ ดังตัวอย่างการอธิบายต่อไปนี้

เวลาที่เรามีความวิตกกังวลจะทำให้เราหายใจเร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่กระตุ้นเร่งเร้าการหายใจ จนเป็นผลให้เราหายใจเร็วมากเกินไป (over breathing) เมื่อเราหายใจเร็วมากเกินไปจะทำให้ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ออกจากร่างกายเรามากเกินไป ซึ่งเป็นผลให้  $CO_2$  ในเลือดลดลง เป็นผลทำให้เกิดอาการหลาย ๆ อย่างในร่างกาย เช่น วิงเวียน หายใจไม่ได้ เย็น ซาตามปลายมือเท้า มือเท้าเกร็งจับ

เพื่อขจัดอาการเหล่านี้ ต้องเพิ่มระดับ  $CO_2$  ในเลือด วิธีทางหนึ่งที่ทำได้ง่ายคือ การหายใจในกรวยกระดาษหรือถุงกระดาษ เมื่อเราหายใจออก จะมี  $CO_2$  จำนวนมากในอากาศที่เราหายใจออก ก็ให้เราหายใจเอาอากาศเดิมที่เราหายใจออกกลับเข้าไปอีก ก็จะได้รับ  $CO_2$  มากขึ้น

ถึงแม้ว่าวิธีหายใจในกรวยกระดาษจะเป็นวิธีที่ง่ายและได้ผล แต่ก็ไม่สามารถกระทำได้เสมอในทุกแห่งทุกที่อย่างสะดวก โดยเฉพาะในที่สาธารณะหรือในการเข้าสังคม และยังไม่ใช่วิธีที่ป้องกันอาการวิตกกังวลได้ วิธีอื่นที่เหมาะสมคือ การผ่อนลมหายใจมีประโยชน์ในระยะยาว จะช่วยเราควบคุมอาการหายใจเร็วมากเกินไป และลดความวิตกกังวล รวมถึงป้องกันได้หากปฏิบัติจนเป็นนิสัย

การฝึกผ่อนลมหายใจ ควรปฏิบัติ 4 ครั้ง ทุกๆ วัน และอย่างน้อยครั้งละ 5 นาที และปฏิบัติทุกครั้งเมื่อพบอาการแรกของความวิตกกังวลเกิดขึ้น การปฏิบัติรวมกันกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะมีประโยชน์ช่วยได้มากขึ้น

#### การฝึกผ่อนลมหายใจ

ถ้าคุณรู้สึกว่ามีอาการวิตกกังวลหรือเครียด มีอาการหายใจที่เร็วมากเกินไป ให้หยุดกิจกรรมที่กำลังกระทำอยู่ แล้วนั่งลง หรือเอนกายพิงผนัง ถ้าคุณกำลังขับรถ ให้หาที่สงบแต่ปลอดภัยจอด

1. กลั้นลมหายใจ และนับ 1 ถึง 5 (ไม่ต้องหายใจลึกแล้วกลั้น)
2. เมื่อนับถึง 5 ให้หายใจออกช้า ๆ และพูดว่า “ผ่อนคลาย” พูดต่อตนเองในลักษณะที่สงบมั่นคง
3. หายใจเข้าและหายใจออกอย่างช้า ผ่านจมูก โดยระยะเวลาการหายใจเข้ากะประมาณ 3 วินาที และหายใจออก 3 วินาที เวลาหายใจออกให้พูดในใจ “ผ่อนคลาย” ทุกครั้ง ซึ่งใน 1 นาทีเราจะหายใจ 10 ครั้ง



เราสามารถใช้นับครั้งของการหายใจร่วมด้วย โดยนับในใจดังนี้

หายใจเข้า “หนึ่ง”      หายใจออก “ผ่อนคลาย”

หายใจเข้า “สอง”      หายใจออก “ผ่อนคลาย”

หายใจเข้า “สาม”      หายใจออก “ผ่อนคลาย”

.....  
 หายใจเข้า “สิบ”      หายใจออก “ผ่อนคลาย”

4. ครั้งสุดท้ายของการหายใจครั้งที่ 10 ให้กลั้นลมหายใจไว้ 5 วินาที (นับ 1 ถึง 5) แล้วฝึกหายใจ  
 อย่างในข้อ 3
5. ผ่อนหายใจต่อไปเรื่อยๆ ด้วยวิธีนี้ จนกระทั่งอาการทั้งหมดหายไป



## เอกสารประกอบที่ 3.3

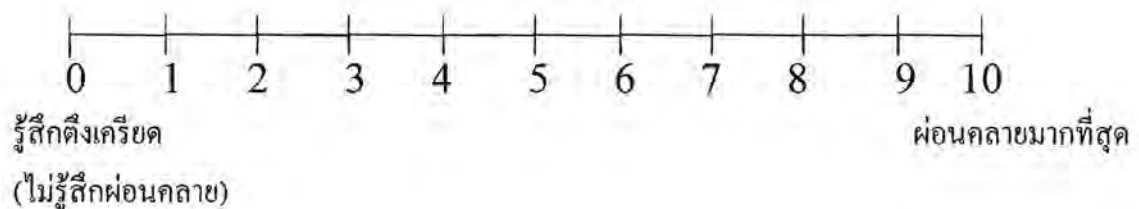
## แบบประเมินสถานะอารมณ์ก่อนและหลังฝึกผ่อนคลาย

ชื่อ.....เพศ.....อายุ.....ปี

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย X ให้ตรงกับตัวเลขที่คิดว่าตรงกับสถานะอารมณ์ของท่านในขณะนี้

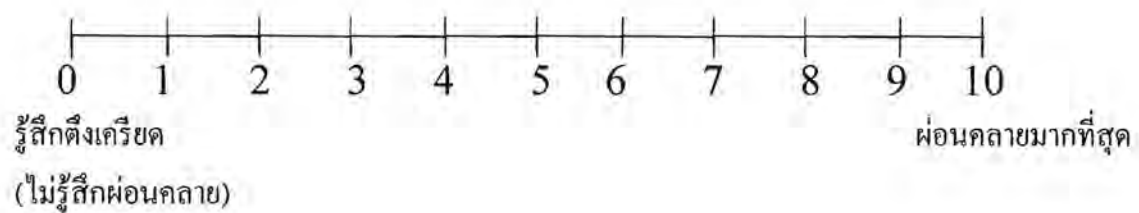
## ส่วนที่ 1 ก่อนฝึกผ่อนคลาย

ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณผ่อนคลายอยู่ในระดับใด



## ส่วนที่ 2 หลังฝึกผ่อนคลาย

ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณผ่อนคลายอยู่ในระดับใด



## แผนการบำบัดทางจิตสังคมครั้งที่ 4 ให้ความรู้ระดับประคองสุขภาพจิต เรื่อง โรคซึมเศร้าและการจัดการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและ ผลกระทบ
2. ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

### สาระสำคัญ

การให้ความรู้แบบระดับประคองด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การดูแลรักษาและการดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมี สุขภาพ ภายใต้อากาศที่เป็นกันเอง มุ่งเน้นผู้เข้ารับการบำบัดเป็นศูนย์กลางเน้นการยอมรับ และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิด ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิด โรคซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อความคิดฆ่าตัวตาย เกิดความ มั่นใจว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ถ้าผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและได้รับการรักษา ต่อเนื่อง เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดและเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของกลุ่มใน การปรับพฤติกรรมความคิดซึ่งเป็นขั้นตอนต่อไป

### สื่อและอุปกรณ์ เอกสารประกอบที่ 6 ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากพฤติกรรม ความสนใจในการซักถามปัญหา ระหว่างการดำเนินการสอน
2. ผู้รับการบำบัดสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง จากการซักถามของผู้บำบัด

### ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุ อาการ การดูแลรักษาและการดูแลตนเอง
2. ผู้รับการบำบัดสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

+++++

## เอกสารประกอบที่ 6

### เรื่อง โรคซึมเศร้าและ การจัดการ

โรคซึมเศร้าคือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะรู้สึกหดหู่ อารมณ์ ท้อแท้ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย หรือหงุดหงิดฉุนเฉียว ใจลอยไม่มีสมาธิ หลงๆลี้มๆ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เงียบซึมไป ม่อยากพูดคุยหรือพบปะกับใคร และอาจมีอาการอื่นๆทางด้าน ร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ จุกแน่นท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเป็นต้น ความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้าเริ่มตั้งแต่เหนื่อยท้อแท้ใจจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคมอย่างชัดเจนจนเกิดเป็น โรคทางจิตเวช

#### สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้านั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากน้อย ต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งสาเหตุของโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่

##### 1. สาเหตุทางชีวภาพได้แก่

- กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะของผู้ที่มี อาการเป็นซ้ำหลายๆครั้ง

- สารเคมีในสมอง พบว่าสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจาก ปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบ หนึ่ง ขาแก่เศร้าที่ใช้กันนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

##### 2. สาเหตุจากการมีความคิดในแง่ลบ ผู้ป่วยจะมองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้ จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หมดหวัง มองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบคือ มองตนเอง ว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ มองโลกหรือมองสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีใน สังคมสิ่งแวดล้อมรู้สึกถูกกดขี่ บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกกร้องจากสังคมมากจนความรู้สึก ท้อ แม้ หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่ง นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ทรมาน

##### 3. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ เป็นอารมณ์เศร้าที่ผสมผสานความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด ปราบฎให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะบุคคลที่มีมโนธรรมก่อสร้างขึ้นแล้ว

##### 4. สาเหตุทางพฤติกรรม โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้หมดหวัง ทอดอาลัย หมด กำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบกับความล้มเหลวและผิดหวังครั้ง

แล้วครั้งเล่า ภาวะหมดกำลังใจ เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัลหรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้สุข  
**อาการและอาการแสดง**

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมด้านต่างๆดังนี้

1. อาการทางอารมณ์(mood and affect) ที่สำคัญมีอยู่ 2 อย่างคือ อารมณ์ซึมเศร้าและ/หรือ การสูญเสียความสนใจและชื่นชมในกิจกรรมต่างๆที่เคยมี(anhedonia) มีความรู้สึกว่างเปล่า เศร้า รู้สึกวิตกกังวล โกรธ อ่างว้าง โดดเดี่ยว หมดหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ

2. อาการทางความคิด(cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิและความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กน้อย บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอกหรือย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษตัวเองว่าโง่หรือเลว รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่าหมดหวัง หนทางตันไม่มีทางออก คิดฆ่าตัวตาย

3. อาการทางพฤติกรรม(psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า แยกตัวไม่ยอมคบหน้าหรือพุดคุยกับใคร ผู้สูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้ากระวนกระวายแบบกระสับกระส่าย(agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติด

4. อาการทางกาย(vegetative) รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย วิทยุหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานอาหารมาก นอนมาก

### การรักษา

โรคซึมเศร้านี้หากได้รับการรักษาผู้ที่เป็นจะอาการดีขึ้นมาก อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ หรือรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ จะกลับมาดีขึ้นจนผู้ที่เป็นบางคนบอกว่าไม่เข้าใจว่าตอนนั้นทำไมจึง รู้สึกเศร้าไปได้ถึงขนาดนั้น ข้อแตกต่างระหว่างโรคนี้กับโรคจิตที่สำคัญประการหนึ่งคือ ในโรคซึมเศร้าถ้าได้รับการรักษาจนดีแล้วก็จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ขณะที่ในโรคจิตนั้นแม้จะรักษา ได้ผลดีผู้ที่เป็นก็มักจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่เหมือนแต่ก่อน ยิ่ง หากมารับการรักษาเร็วเท่าไรก็ยิ่งจะอาการดีขึ้นเร็วเท่านั้น ยิ่งป่วยมานานก็ยิ่งจะรักษายาก

การรักษาที่สำคัญในโรคนี้คือการรักษาด้วยยาแก้เศร้า โดยเฉพาะในรายที่อาการมาก ส่วนในรายที่มี อาการไม่มาก แพทย์อาจรักษาด้วยการช่วยเหลือโดยการบำบัดบำบัด ซึ่งเน้นการมองปัญหาต่างๆ ใน มุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัว หรือการหาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลง ร่วมกับการให้ยาแก้เศร้าหรือยาลดอาการกังวลเสริมในช่วงที่เห็นว่าจำเป็น



### ข้อควรทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแก้เศร้า

1. อาการของโรคไม่ได้หายทันทีที่กินยา โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่แล้วจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไปอาการจึงจะดีขึ้นอย่างเห็นชัด แต่ยาก็ยังมีส่วนช่วยในระยะแรกๆ โดยทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น เจริญอาหารขึ้น เริ่มรู้สึกมีเรี่ยวแรงจะทำอะไรมากขึ้น ความรู้สึกกดดัน กลุ่มหรือกระสับกระส่ายจะเริ่มลดลง

2. ยาทุกชนิดสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ หรือยาระบายก็ตาม แม้ว่าโอกาสที่เกิดอาการข้างเคียงจะมาน้อย และมีความรุนแรงต่างกันไป การใช้ยาจึงควรใช้ในขนาดและกินตามเวลาที่แพทย์สั่งเท่านั้น หากมีความจำเป็นที่ทำให้กินยาตามสั่งไม่ได้ และควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งหากเกิดอาการใดๆ ที่ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการข้างเคียงหรือไม่

3. ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้ากินยามากตามที่แพทย์สั่ง แพทย์สั่งกิน 4 เม็ด ก็กินแค่ 2 เม็ด หรือกินบ้างหยุดกินบ้าง เพราะกลัวว่าจะติดยาหรือกลัวว่ายาจะไปสะสมอยู่ในร่างกาย แต่ตามจริงแล้วยาแก้เศร้าไม่มีการติดยา ถ้าขาดยาแล้วมีอาการไม่สบายนั้นเป็นเพราะว่ายังไม่หายจากอาการของโรค การกินๆ หยุดๆ หรือกินไม่ครบขนาดกลับจะยิ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี และรักษายากมากขึ้น

4. ยาแก้เศร้ามีอยู่เป็นสิบขนาน จากการศึกษาไม่พบว่าตัวไหนดีกว่าตัวไหนอย่างชัดเจน เรียกว่าผู้ป่วยคนไหนจะถูกกับยาตัวไหนเป็นเรื่องเฉพาะตัวหรือลงเนื้อชอบกลางยา ซึ่งโดยรวมแล้วก็มักจะรักษาได้ผลทุกตัว การใช้ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์มีความชำนาญ คู่กันเคยกับการใช้ยาวนานไหน และผู้ป่วยมีโรคทางกายหรือกำลังกินยาอื่นๆ ที่ทำให้ใช้ยาบางตัวไม่ได้หรือไม่ ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะตอบสนองต่อยาแก้เศร้าตัวแรกที่ใช้ หากอาการยังไม่ดีในระยะแรกๆ อาจเป็นเพราะยังปรับยาไม่ได้ขนาด หรือยังไม่ได้ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ได้เต็มที่เสียมากกว่า ถ้าแพทย์รักษาไประยะหนึ่งแล้ว และเห็นว่าให้ยาในขนาดที่พอเพียงแล้วผู้ป่วยยังอาการดีขึ้นไม่มาก ก็อาจเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นต่อไป

### หากมีอาการเศร้าควรทำอย่างไร

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มักรู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า ไม่มีใครสนใจ ต้องรับความกดดันต่างๆ แต่ผู้เดียว รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากจะทำอะไรๆ อีกแล้ว แต่ขอให้ความมั่นใจว่าความรู้สึกเช่นนี้ไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา โรคนี้รักษาให้หายขาดได้ เมื่ออาการของโรคดีขึ้น มุมมองต่อสิ่งต่างๆ ในแง่ลบจะเปลี่ยนไป ความมั่นใจในตนเองจะมีเพิ่มขึ้น มองเห็นปัญหาต่างๆ ในมุมมองอื่นๆ ที่แตกต่างออกไป จากเดิมมากขึ้น

ในขณะที่คุณกำลังซึมเศร้าอยู่นั้น มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยทางร่างกายแล้ว จิตใจก็ยังจะดีขึ้นด้วย โดยในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าไม่มาก จะรู้สึกว่าจิตใจคลายความเศร้า และแจ่มใสขึ้นได้ การออกกำลังกายที่ดีจะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ ซึ่งจะช่วยให้หลับได้ดีขึ้น การกิน

อาหารดีขึ้น การขยับถ่ายดีขึ้น ถ้าได้ออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นด้วยก็จะยิ่งช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ไม่รู้สึกว่าคุณโดดเดี่ยว

2. อย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่เรายังต้องการการพักผ่อน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การกระตุ้นตนเองมากเกินไปกลับยิ่งจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่ที่ทำได้ไม่ได้อย่างที่หวัง

3. เลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ โดยมีักจะเป็นสิ่งที่เราเคยชอบ เช่น ไปเที่ยวสวนสาธารณะ ไปเที่ยวชายหาด ชวนเพื่อนมาที่บ้าน พยายามทำกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นมากกว่าที่จะอยู่คนเดียว หลักการเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างหนึ่งก็คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้จะไม่คงอยู่ตลอดไป แต่จะขึ้นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วง คนที่มีความโศกเศร้ามักจะมีความรู้สึกหมดหวัง คิดว่าความรู้สึกนี้จะคงอยู่กับตนเองตลอดเวลา ในความเป็นจริงแล้วจะมีอยู่บางช่วงที่อารมณ์เศร้านี้เบาบางลง ซึ่งจะเป็นโอกาสที่ให้เราเริ่มกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้น

4. อย่าตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต เช่น การหย่า การลาออกจากงาน ณ ขณะที่เรากำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้านี้การมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบอาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดไปได้ ควรเลื่อนการตัดสินใจไปก่อน หากจำเป็นหรือเห็นว่าปัญหานั้นๆ เป็นสิ่งที่กดดันเราทำให้อะไรๆ แย่ลงจริงๆ ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดหลายๆ คนให้ช่วยคิด

5. การมองปัญหาโดยไม่แยกแยะจะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่รู้จะทำอย่างไร การแก้ปัญหาให้แยกแยะปัญหาให้เป็นส่วนย่อยๆ จัดเรียงลำดับความสำคัญว่าเรื่องไหนควรทำก่อนหลัง แล้วลงมือทำไปตามลำดับโดยทิ้งปัญหาย่อยอื่นๆ ไว้ก่อน วิธีนี้จะพอช่วยให้รู้สึกว่าตนเองยังทำอะไรได้อยู่

#### **ผลแทรกซ้อนของโรคซึมเศร้า ผลแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย**

การฆ่าตัวตายคือ การกระทำอันเป็นการทำลายตนเอง ซึ่งผู้กระทำอาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น การกินยาพิษ การใช้ปืนยิง การกระโดดจากที่สูง เป็นต้น เป็นการฆ่าตนเองที่รุนแรงที่สุดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของคนในวัยต่างๆ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเชื่อว่าเป็นผลมาจากสภาพจิตใจที่ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือพบในผู้รับบริการจิตเวชที่มีสภาวะหลงผิดที่ไม่อาจยับยั้งตัวเองได้

#### **การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นบ่อยใน 3 ระยะดังนี้**

ระยะแรก เมื่อเริ่มมีอาการเศร้า อาการยังไม่ปรากฏชัดเจนให้เป็นที่ตระหนักแก่ผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษา

ระยะที่ 2 เป็นขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรงสูงสุด คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่ไม่เห็นอาการเศร้าหลงเหลืออยู่เลย แล้วจู่ๆ ผู้ป่วยเกิดมีอาการเศร้าหมองขึ้นมาทันทีทันใด อย่างที่ผู้ป่วยเองก็ไม่คาดคิด ทำให้รู้สึกตระหนกหวาดหวั่นกังวลว่าตนเองไม่มีทางหายขาด ท้อแท้ แต่ยังมีพลังหรือความคิดที่สามารถวางแผนหรือกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งต่างจากระยะที่ผู้ป่วยหนัก ระยะนี้เป็นระยะที่แพทย์ ครอบครัวผู้ใกล้ชิด ลดการเอาใจใส่ลงเนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยมี

อาการดีขึ้นเป็นปกติแล้ว ดังนั้นระยะ 3 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นระยะเวลาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องให้การดูแลอย่างไม่ประมาท

ระยะที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่บ่นอยากตาย หรือเขียนจดหมายลาตาย รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนที่อยู่มีอาการดีขึ้น หน้าตาอารมณ์สดชื่นขึ้น ท่าทีสงบ อาจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกปลงตกและตัดสินใจที่จะหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย จึงอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน

#### ลักษณะ / อาการที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

อาการเศร้าก่อนข้างรุนแรง ท้อแท้เบื่อหน่ายไปหมด นอนไม่หลับ คิดมาก รู้สึกไร้คุณค่า หรือหมดหวัง มีโรคจิต หุ่นแหว่เป็นเสี่ยงสูง เป็นต้น มีการสูญเสียญาติมิตรคนใกล้ชิดเร็ว ๆ นี้ และโดยเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุ โสด ม่าย หรืออาศัยอยู่คนเดียว ดิศสุราเรื้อรัง หรือใช้สารเสพติด พยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง มีโรคทางจิตหรือทางร่างกายที่ทุกข์ทรมาน มีนิสัยหุนหันว่อง ความอารมณ์รุนแรง ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีอาจพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชดผู้อื่นด้วยอารมณ์ชั่ววูบ แต่รุนแรงหรือพลาดพลังเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเช่นนี้มักจะเอายาที่ได้รับจากแพทย์ไปกินเกินขนาด หรือมีการวางแผนเช่น เขียนจดหมายสั่งลา จัดการทรัพย์สิน เป็นต้น ครอบครัวยังให้ความสำคัญกับคำพูดบ่นว่าอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรงดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจจะกระทำได้จริงๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีที่รุนแรงขึ้น

#### หลักการง่าย ๆ ในการช่วยเหลือผู้ที่จะฆ่าตัวตาย

1. ให้เวลารับฟังเขา เปิดโอกาสให้เขาพูด ไม่ต้องกังวลว่าจะพูดอะไร หน้าที่ตอนนี้คือรับฟังให้มาก
2. ทำที่เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะทำให้เขาพูดหรือไม่พูด
3. ฟังด้วยความพยายามที่จะเข้าใจความทุกข์ใจ และปัญหาในมุมมองของเขา
4. ไม่รีบให้คำแนะนำหรือบอกว่าอย่าคิดอย่างนี้ หรือหาเหตุผลมาหักล้างความคิดของเขา ยิ่งทำเขายิ่งไม่ยอมเล่า
5. ถามว่าเขามีความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายใหม่ อย่างกลัวที่จะถาม ถามความถี่บ่อย วิธีความคิดครั้งสุดท้าย
6. อยู่ใกล้เขา ให้เขารับรู้ว่าเราพร้อมที่จะช่วยเหลือตลอดในช่วงนี้
7. เก็บของมีคมหรือของที่เห็นว่าเขาอาจใช้ทำร้ายตัวเอง
8. ถ้าไม่ได้อยู่กับเขา บอกเขาว่าเราจะหมั่น โทรมาเช็ค ถ้าเขารู้สึกไม่สบายใจให้รีบโทรมาหาเราทันที
9. ถ้าไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไรให้ปรึกษาคนอื่น
10. ถ้าไม่รู้จะปรึกษาใครให้ปรึกษาหน่วยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
11. ข้อควรจำ "ทำมากกว่าทำน้อย"

## แผนการบำบัดทางจิตสังคม ครั้งที่ 5

### การปรับความคิดและพฤติกรรม

#### วัตถุประสงค์

1. เข้าใจในแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิด และสามารถวิเคราะห์ความคิดและความรู้สึกของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและ ผลกระทบ
2. พัฒนาเทคนิคในการจัดการกับความคิดทางลบและความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ โดยการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด

#### กิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 5.1 ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและผลกระทบ เน้นประเด็นของ ผู้เข้าร่วมโครงการ จนผู้เข้าร่วมโครงการ รู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ขอมรับและพร้อมที่จะร่วมมือในการจัดการเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเอง

กิจกรรมที่ 5.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม : ฝึกการวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ให้การบ้านผู้เข้าร่วมโครงการไปฝึกวิเคราะห์ตนเองเป็นการบ้านและ บันทึก

กิจกรรม ที่ 5.3 อธิบายเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ทดลองฝึกปฏิบัติ ทีละขั้นตอน แนะนำให้นำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5.4 ฝึกเทคนิคการหยุดความคิดทางลบ

ใช้เวลากิจกรรมละ 20 – 30 นาที

## กิจกรรมที่ 5.1

### ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

#### สาระสำคัญ

ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย อาการของโรคซึมเศร้าและแนวทางการบำบัดรักษา ซึ่งจะเป็ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความมั่นใจว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถรักษาและควบคุมได้ และสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำได้เหมือนคนปกติถ้าได้รับการบำบัดรักษา การปรับพฤติกรรม ความคิดเป็นแนวทางการบำบัดรักษาวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต ต่อสังคม ซึ่งความคิดในด้านลบนี้มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า การปรับพฤติกรรมความคิดนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด จากความคิดด้านลบเป็นความคิดที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมความคิดนั้น จะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมความคิด

#### สื่อ และ อุปกรณ์

เอกสารประกอบ อธิบาย การฝึกความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม

#### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนจากการซักถามปัญหา ข้อสงสัย เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจภาวะซึมเศร้าและการปรับพฤติกรรมความคิดขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสามารถแสดงความคิดเห็น และได้เปิดเผยปัญหาของตนต่อสมาชิกอื่นภายในกลุ่มได้
2. ผู้รับการบำบัดร่วมอภิปรายและบันทึกอาการของภาวะซึมเศร้า สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น



ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. ผู้รับการบำบัดมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย
2. ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจว่าโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สามารถบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมความคิด และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มตลอดการบำบัด

+++++



## กิจกรรมที่ 5.1

### การปรับความคิดและพฤติกรรม : วิเคราะห์ความคิดของตนเอง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงแนวคิดการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิด
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกับความคิดและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

#### สาระสำคัญ

การปรับพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากความคิดด้านลบของตนเอง ได้เข้าใจกลไกของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดได้อย่างไร การปรับพฤติกรรมความคิดนี้มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างไร เราสามารถประเมินความคิดความรู้สึกเหล่านี้เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถูกต้องเหมาะสมและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร

ดังนั้นการให้ความรู้และการสอนให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจตนเองและสามารถประเมินความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมานั้น เป็นขั้นตอนแรกของการปรับพฤติกรรมความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบกลไกของการเกิดภาวะซึมเศร้า และเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้ากิจกรรมกลุ่มเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดครั้งต่อไป

#### สื่อ และ อุปกรณ์

เอกสารประกอบที่ 9 แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

เอกสารประกอบที่ 10 การวิเคราะห์เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก

เอกสารประกอบที่ 11 แบบบันทึกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และจากการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนปัญหาที่ตนเองมี รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม

2. ประเมินจากการบันทึกเอกสารประกอบที่ 10,11 ที่สมาชิกกลุ่มสามารถร่วมกันวิเคราะห์ความคิดด้านลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมา ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

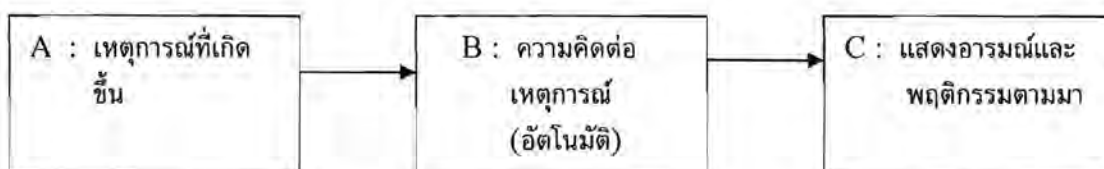
1. สมาชิกกลุ่มสามารถวิเคราะห์ความคิดด้านลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมาได้

## เอกสารประกอบที่ 5.1

### แนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิด

เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายนอก (เช่น เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน) หรือสิ่งเร้าภายใน (เช่น ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ) สิ่งเร้าเหล่านี้จะถูกกระบวนการทางความคิดรับรู้ และประเมินว่ามีลักษณะอย่างไร จะมาคุกคามหรือก่อให้เกิดอันตรายอย่างไรอย่างหนึ่งหรือไม่ ตัวอย่างเช่น กรณีทราบผลการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง การประเมินเกิดขึ้นทันที (การประเมินระดับปฐมภูมิ ขั้นที่ 1) ว่าเป็นการคุกคามและมีอันตรายความคิดที่เกิดขึ้นคือ “จากการที่ฉันเป็นมะเร็ง ฉันคงต้องเจ็บป่วยเรื้อรังจนทำอะไรไม่ได้ ฉันเศร้าใจจริง ๆ (ความคิดด้านลบ) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และเก็บตัว ในทางตรงกันข้าม ถ้าเหตุการณ์นี้ถูกมองว่าทำหาย (การประเมินขั้นที่ 2 ทูติยภูมิ) จะเกิดความคิดว่า “แม้ว่ามะเร็ง จะทำให้ฉันต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างไป แต่ก็ยังมีอีกหลายอย่างในชีวิตที่ฉันสามารถทำได้ และมีความสุขได้” อารมณ์ในทางบวกก็จะเกิดขึ้นตามมา มีความหวัง กำลังใจในการต่อสู้ชีวิตมากกว่า ซึ่งการประเมินขั้นแรกนั้นเกิดขึ้นทันที (แบบอัตโนมัติ) เมื่อรับรู้สถานการณ์ การจะเกิดความคิดทางด้านบวกหรือลบขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ตนเองได้เรียนรู้และเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาการประเมินในขั้นต่อไปคือ ขั้นที่ 2 คือกระบวนการประเมินว่า ตนจะสามารถแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาได้หรือไม่ ผู้ที่มีความพร้อมในการแก้ปัญหาที่ดี มีการช่วยเหลือประคับประคองจากสังคม ก็จะเกิดมีความมั่นใจมากขึ้น เผชิญภาวะคุกคามได้อย่างสร้างสรรค์ ถ้าบุคคลนั้นประเมินว่าตนไม่พร้อมหรือไม่สามารถแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาได้ ก็จะก่อให้เกิดซึมเศร้าตามมา อธิบายเป็นไดอะแกรมดังนี้

- (A) เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ มากระทบกับบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายนอก (เช่น เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน) หรือสิ่งเร้าภายใน (เช่น ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ)
- (B) สิ่งเร้าเหล่านี้จะถูกกระบวนการทางความคิดรับรู้/และประเมินว่าจะมาคุกคาม หรือก่อให้เกิดอันตรายอย่างไรอย่างหนึ่ง ความคิดนี้เกิดขึ้นมาทันที (แบบอัตโนมัติ)
- (C) ถ้าคิดด้านลบ อารมณ์ที่ตามมาคือ กังวล เศร้า เก็บตัว ถ้าคิดด้านบวก อารมณ์ด้านบวกก็จะตามมา มีความหวัง กำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต



**\* อารมณ์และความคิดมีความสัมพันธ์กัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิด  
อารมณ์และพฤติกรรมโดยตรง แต่เกิดจากระบวนการคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้นซึ่งเกิดขึ้นแบบทันที  
อัตโนมัติ\***

ดังนั้นจะเห็นว่า ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเกิดจากระบวนการคิดในการประเมิน  
สถานการณ์ที่ผิดพลาดและความคิดที่บิดเบือนจากความจริง แม้จะมีอยู่และทำให้เกิดอารมณ์ที่เป็น  
ลบตามมาอย่างมากและยาวนาน แต่บุคคลก็มักจะไม่รู้ตัว เนื่องจากความคิดนี้มีลักษณะเกิดขึ้น  
ทันทีหรืออัตโนมัติ เมื่อเผชิญสถานการณ์ ดังนั้นการจะปรับเปลี่ยนได้ ต้องทำให้บุคคลนั้นทราบ  
ความคิดที่เกิดขึ้นเสียก่อน โดยการบันทึกความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวัน การแก้ไขโดย  
ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีที่เหมาะสมกว่าเดิม จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทาง  
อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีคิดใหม่ที่  
เหมาะสมกว่าเดิมนี้นี้ เรียกว่า การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม







## กิจกรรมที่ 5.3

### เทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือน
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีรูปแบบความคิดที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

#### สาระสำคัญ

รูปแบบความคิดที่ผิด(dysfunction) และบิดเบือนไปจากความเป็นจริง(distorted) จากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ต่างๆ เป็นสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีตามมาเช่น เกิดความวิตกกังวล กลัว หมดกำลังใจ โกรธ เศร้า เป็นต้น และความคิดดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นทันทีแบบอัตโนมัติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ บุคคลมักไม่รู้ตัว ไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะรู้สึกว่ามีความอันตราย มีภัยคุกคาม หรือที่เรียกว่าเป็นความคิดอัตโนมัติ(automatic thought) การเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผลกว่าไม่คิดไปในแง่ลบ จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ตอบสนองเหมาะสมกว่า วิธีการช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด(cognitive restructuring) ต้องทำให้บุคคลนั้นทราบความคิดที่เกิดขึ้นเสียก่อน และหยุดความคิดอันเป็นความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติให้ได้เสียก่อน เพื่อที่จะได้ทดแทนด้วยความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม

#### สื่อ และอุปกรณ์

เอกสารประกอบ รูปแบบความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เอกสารประกอบที่ 13 แบบบันทึกการวิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้าน และความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไป

เอกสารประกอบที่ แบบบันทึกด้วยตนเอง วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้าน และความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไป

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และจากการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนปัญหาที่ตนเองมี รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม

2. ประเมินจากการบันทึก แบบบันทึกการวิเคราะห์ความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น การหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนและคัดค้าน และรูปแบบของความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. ผู้รับการบำบัดสามารถปรับพฤติกรรมความคิดและเรียนรู้การหาเหตุผลสนับสนุนความคิดที่ถูกต้อง

+++++

## เอกสารประกอบที่ 5.3

### รูปแบบความคิดที่บิดเบือน

คิดแบบนี้แหละ!! มีแต่เศร้า



1. คิดสรุปเอาเองจากความรู้สึกของตน เช่น เมื่อรู้สึกโกรธก็สรุปว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง เมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเป็นคนไม่ดี เมื่อท้อแท้ก็สรุปว่าตนเป็นคนที่หมดหวัง
2. มองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด โดยสรุปจากประสบการณ์เดียว เช่น การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตนก็กลายเป็นคิดว่า ทุกคนไม่ชอบตนเองไปหมด การได้ฟังข่าวเครื่องบินตก ก็คิดว่าการเดินทางโดยเครื่องบินไม่
3. ความคิดที่ผิดพลาดแบบแปลสถานการณ์ให้รุนแรงสุดขีดเป็นความหายนะ เช่น คิดว่าการเป็นโรควิตกกังวลเรื้อรัง แปลว่า ตนเองจะกลายเป็นบ้าหรือโรคจิต
4. การคิดเกี่ยวกับปัญหาของตนหรือความผิดพลาดของตนถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง หรือคิดเรื่องที่ดีของตนเป็นเรื่องเสีย เช่น การคิดตนเองไม่เก่งเลย คนอื่นเก่งกว่าตนไปหมด การสอบได้ ถูกมองว่าเพราะบังเอิญ เพราะตนไม่เก่งเลย
5. ความคิดแบบมองเรื่องราวในลักษณะบวกหรือลบไปหมดโดยไม่จำเป็น เช่น ทำงานผิดพลาดจุดเดียวก็มองว่าล้มเหลวไปหมด
6. การคิดบังคับตนว่า “ต้อง” “ควร” หรือน่าจะต้องเป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น “ต้องขายของให้หมด” “ต้องได้เงินมาใช้หนี้”
7. การคิดในแง่ร้าย หรือทำนายในทางลบหรือคิดว่าสิ่งที่ล้มเหลวมาจะเกิดขึ้นอีก เช่น คิดว่าจะเกิดเรื่องร้ายๆ ขึ้นกับครอบครัวของตนอีกเมื่อถูกตุ๊กแกทัก เพราะเคยมีเหตุการณ์เช่นนี้เมื่อถูกอุบัติเหตุตาย
8. การแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ภายนอกกว่าเป็นตัวแสดงให้เห็นตนไม่ดี เช่น ลูกสาวเรียนไม่ดี ก็คิดว่าตนผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี
9. คิดถึงแต่เรื่องราวที่เป็นลบ ย้ำคิดและกลัวใจถึงแต่เรื่องไม่ดี โดยไม่สนใจเรื่องที่ดีเลย
10. ความคิดหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ไม่ดี ถูกมองว่าเป็นเรื่องที่รุนแรง ไม่มีทางเอาชนะได้ จึงต้องปิดบังหรือหลีกเลี่ยงไม่เผชิญด้วย
11. คิดแปลสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การที่ใจสั่น วิงเวียน แน่นหน้าอก หรือซาว่าจะเกิดอันตรายอย่างร้ายแรงขึ้นเช่น หัวใจวาย หรือช็อค



## กิจกรรมที่ 5.4

### เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม : การหยุดความคิด

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการหยุดความคิดที่เหมาะสม
2. ให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการปรับพฤติกรรมความคิดเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า

#### สาระสำคัญ

การฝึกการหยุดความคิดเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว และตระหนักในความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์นั้นเสียก่อน การเรียนรู้ทักษะในการหยุดความคิดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องเรียนรู้ และฝึกฝนอย่างกระบวนการหยุดความคิดให้มีความชำนาญ รู้เท่าทันความคิดของตนเอง กระบวนการหยุดความคิดมีความสำคัญที่จะช่วยไม่ให้เกิดอารมณ์เศร้ารุนแรงและความคิดฆ่าตัวตายได้

#### สื่อ และอุปกรณ์

เอกสารประกอบที่ 14 เทคนิคการหยุดความคิด

เอกสารประกอบที่ 15 แบบบันทึกการวิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้าน และความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไป

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และจากการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนปัญหาที่ตนเองมี รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. ประเมินจากการบันทึก แบบบันทึกการวิเคราะห์ความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น การหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนและคัดค้าน และรูปแบบของความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. สมาชิกกลุ่มสามารถใช้วิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองได้
2. สมาชิกสามารถนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

## เอกสารประกอบที่ 5.4

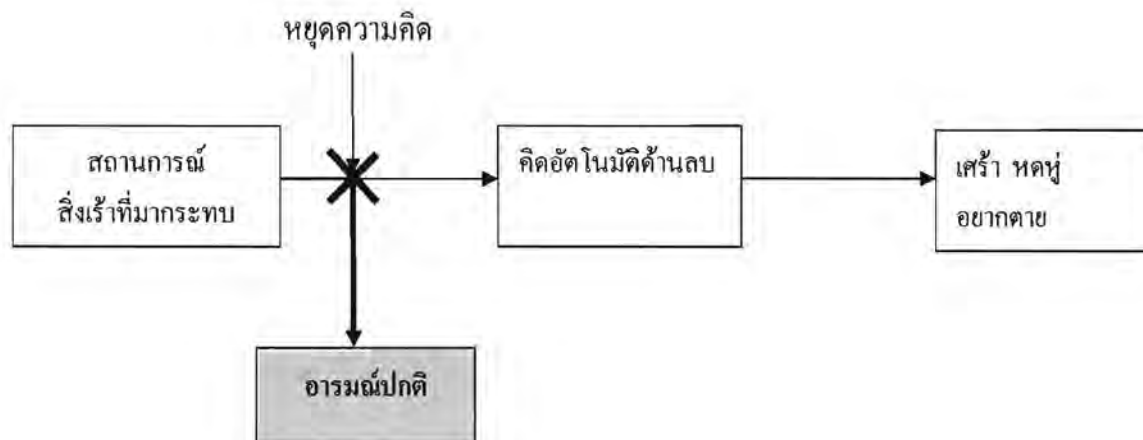
### เทคนิคการหยุดความคิด



- หยุดคิดซักประเดี้ยว แล้วมองย้อนกลับไปที่  
ตะกั่วเกิดอะไรขึ้น และมีความคิดอะไรแวบขึ้น  
มาในสมอง(ความคิดอัตโนมัติของคุณงัย)
- ลองพิจารณาว่าความคิดนั้นมันถูกต้องแค่ไหน  
ผลจะเป็นอย่างไรถ้ายังคงยึดถือความคิดนี้ต่อไป
- มีคำอธิบายอื่นต่อเรื่องที่เกิดขึ้นหรือไม่ และ  
ควรเป็นอย่างไร

ความรู้สึกเศร้าเกิดได้จากการที่เรามีความคิด  
อัตโนมัติในด้านลบจากการคิดที่บิดเบือน

การช่วยลดความรู้สึกเศร้าที่สามารถทำได้อย่างหนึ่งซึ่งเป็นขั้นตอนเริ่มต้นในการ  
ปรับพฤติกรรมความคิด คือ การหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบ นั้น เพื่อให้สามารถคิดใน  
ด้านอื่นได้แทน ดังแผนภูมิต่อไปนี้



เราสามารถฝึกเทคนิคการหยุดความคิดได้โดยใช้กลวิธีต่างๆเหล่านี้

- ฝึกใช้จินตนาการ โดยสร้างภาพเปิด-ปิด สวิตช์ไฟฟ้า หรือคันโยกให้เกิดขึ้นในใจ  
จินตนาการให้ตัวคุณเป็นคนเปิด-ปิดสวิตช์ไฟเพื่อหยุดความคิด
- การสวดมนต์เป็นวิธีการวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการหยุดความคิด
- การฝึกการหายใจ (รายละเอียดอยู่ในเอกสารประกอบที่ 4)
- พูดคุยกับบุคคลอื่น เป็นทางออกที่ดีและเป็นการระบายความรู้สึกหรือความคิด

## เอกสารประกอบที่ 5.4

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกเหตุการณ์ / ความคิด ความรู้สึกที่ท่านพบในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งหาหลักฐานสนับสนุน / คัดค้านความคิดนั้นๆ และถ้าเกิด

สถานการณ์	ความคิด	ความรู้สึก ระดับ 1-10	หลักฐานสนับสนุนความคิด	หลักฐานคัดค้านความคิด	ความคิดที่สามารถเปลี่ยนได้	ความรู้สึกที่ เปลี่ยนไป ระดับ 1-10

เหตุการณ์นั้นอีก เราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดได้อย่างไรบ้าง



## กิจกรรมที่ 6

### ฝึกการบำบัดพฤติกรรมความคิด ทบทวนผลที่เกิดขึ้น

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการฝึกปรับพฤติกรรมความคิด
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### สาระสำคัญ

แนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดเป็นแนวคิดที่ต้องมีการฝึกและทำตลอดเวลาจนกลายเป็นนิสัย หากไม่ได้ฝึกฝนหรือทำอย่างต่อเนื่อง จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ากลับมาเป็นเหมือนเดิมอีก ดังนั้นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักและเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดนี้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องมีการทบทวนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

#### สื่อ และอุปกรณ์

เอกสารประกอบ แบบบันทึกประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมความคิดและการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

#### การประเมินผล

ประเมินจากการบันทึก แบบบันทึกประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมความคิดและการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบันทึกประโยชน์ของเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิดได้ถูกต้อง
2. ผู้รับการบำบัดสามารถนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้





ภาคผนวก

ระดับคะแนนแสดงอารมณ์

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0



(เศร้าและเสียใจมากที่สุด)



(อารมณ์ปกติ)

ภาคผนวก ง.

ตัวอย่างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

## ส่วนที่ 1

## แบบวัดระดับความซึมเศร้า

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้ววงกลมรอบหัวข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกซึมเศร้า
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า
  - ค. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว
  
2.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - ค. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
  
3.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
  - ค. เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
  
4.
  - ก. ข้าพเจ้ามีความพอใจในทุกอย่างเสมอ
  - ข. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกพอใจในสิ่งต่างๆดังเช่นเคย
  - ค. ข้าพเจ้าไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
  
5.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่เคยรู้สึกผิด
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
  - ค. ข้าพเจ้ารู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกผิดตลอดเวลา
  
6.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่าข้าพเจ้าถูกลงโทษ
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าอาจถูกลงโทษ
  - ค. ข้าพเจ้าคาดว่าข้าพเจ้าต้องถูกลงโทษ
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าถูกลงโทษ
  
7.
  - ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง
  - ข. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าผิดหวังในตนเอง
  - ค. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบในตนเอง
  - ง. ข้าพเจ้ารู้สึกเกลียดตนเอง



8. ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่าข้าพเจ้าเลวกว่าคนอื่น  
ข. ข้าพเจ้าชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด  
ค. ข้าพเจ้ากำหนดตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ผิด  
ง. ข้าพเจ้ากำหนดตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. ก. ข้าพเจ้าไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย  
ข. ข้าพเจ้าคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง  
ค. ข้าพเจ้าอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน  
ง. ข้าพเจ้าจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. ก. ข้าพเจ้าไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น  
ข. ข้าพเจ้าร้องไห้มากกว่าที่เคย  
ค. ทุกวันข้าพเจ้าร้องไห้เสมอ  
ง. ข้าพเจ้าเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เหลือเกิน
11. ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึคนเฉยๆ  
ข. ข้าพเจ้าเป็นคนเฉยๆมากกว่าเมื่อก่อน  
ค. ข้าพเจ้าเป็นคนซีร่าคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา  
ง. ข้าพเจ้ารู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
12. ก. ข้าพเจ้ายังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ  
ข. ข้าพเจ้าสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย  
ค. ข้าพเจ้าเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา  
ง. ข้าพเจ้าเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง
13. ก. ข้าพเจ้าตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคย  
ข. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
ค. ข้าพเจ้ามีความลำบากยากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
ง. ข้าพเจ้าไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย
14. ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่าข้าพเจ้าแตกต่างไปจากเมื่อก่อน  
ข. ข้าพเจ้าวิตกว่าข้าพเจ้าดูแก่และไม่น่าสนใจ  
ค. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของข้าพเจ้า ไม่น่ามองอีกต่อไป  
ง. ข้าพเจ้าเชื่อว่าข้าพเจ้าเป็นคนน่าเกลียดมาก

15. ก. ข้าพเจ้าสามารถทำงานได้เหมือนเคย  
ข. ข้าพเจ้าต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง  
ค. ข้าพเจ้าต้องผลัดกันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไรๆ  
ง. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. ก. ข้าพเจ้านอนได้ตามปกติ  
ข. ข้าพเจ้านอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย  
ค. ข้าพเจ้าตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อไปอีก  
ง. ข้าพเจ้าตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปอีกได้
17. ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกละอายน้อยกว่าปกติ  
ข. ข้าพเจ้ารู้สึกละอายน้อยกว่าแต่ก่อน  
ค. ข้าพเจ้ารู้สึกละอายจากการทำสิ่งต่างๆ  
ง. ข้าพเจ้ารู้สึกละอายเกินกว่าจะทำอะไรได้
18. ก. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารได้ตามปกติ  
ข. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย  
ค. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไม่ค่อยลง  
ง. ข้าพเจ้าไม่อยากจะรับประทานอาหารใดๆเลย
19. ก. น้ำหนักของข้าพเจ้าไม่ลดลง  
ข. น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม  
ค. น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม  
ง. น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. ก. ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ  
ข. ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด หรือ ท้องผูก  
ค. ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น  
ง. ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. ก. ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้ายังปกติ  
ข. ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย  
ค. ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก  
ง. ข้าพเจ้าไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

## ส่วนที่ 2

## แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (BSS)

คำชี้แจง ขอให้ท่านเลือกคำตอบจากคำถามต่อไปนี้ โดยวงกลมรอบหัวข้อที่ตรงตามความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน

1. ท่านมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่
  - ก. ปานกลางถึงมาก
  - ข. เล็กน้อย
  - ค. ไม่ปรารถนาเลย
2. ท่านมีความปรารถนาที่จะเสียชีวิต
  - ก. ไม่ปรารถนาเลย
  - ข. เล็กน้อย
  - ค. ปานกลางถึงมาก
3. เหตุผลของท่านสำหรับการที่จะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต
  - ก. การมีชีวิตอยู่มีค่ามากกว่าการที่จะเสียชีวิต
  - ข. การมีชีวิตอยู่มีค่าเท่ากับการที่จะเสียชีวิต
  - ค. การที่เสียชีวิตมีค่ามากกว่าการมีชีวิตอยู่
4. ความต้องการที่จะลงมือกระทำหรือพยายามฆ่าตัวตาย
  - ก. ไม่ปรารถนาเลย
  - ข. เล็กน้อย
  - ค. ปานกลางถึงมาก
5. ความต้องการฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม
  - ก. เตรียมการไว้ล่วงหน้าเพื่อรักษาชีวิตไว้
  - ข. ต้องการเสียชีวิตหรือฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส เช่น ไม่ระมัดระวังในขณะที่ข้ามถนนที่มีรถคับคั่ง
  - ค. หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นจำเป็นสำหรับการมีชีวิตหรือรักษาชีวิต เช่น คนป่วยโรคเบาหวานหยุดการฉีดยาอินซูลิน
6. ช่วงเวลาของการมีความคิดฆ่าตัวตาย
  - ก. ประเดี๋ยวเดียว
  - ข. เวลาชานาน
  - ค. ต่อเนื่อง(เรื้อรัง)
7. ความถี่ของการพยายามฆ่าตัวตาย
  - ก. นานๆครั้งเมื่อมีโอกาส
  - ข. ทำๆ หยุดๆ
  - ค. พยายามทำบ่อยๆ หรือต่อเนื่อง
8. คุณคิดหรือรู้สึกต่อความคิดฆ่าตัวตาย
  - ก. ปฏิเสธ
  - ข. ไม่แน่ใจ
  - ค. ยอมรับ
9. การควบคุมการกระทำการฆ่าตัวตาย
  - ก. มีความรู้สึกต้องการที่จะควบคุม
  - ข. ไม่แน่ใจที่จะควบคุม
  - ค. ไม่มีความรู้สึกต้องการที่จะควบคุม

10. สิ่งคุกคามที่มีต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ครอบครัว, ศาสนา, ความบาดเจ็บ ที่เกิดขึ้นแล้วถ้าทำไม่สำเร็จ จะเอากลับคืนไม่ได้
- ไม่ทำการฆ่าตัวตายเพราะว่าเป็นสิ่งคุกคาม
  - บางสิ่งบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายก็เป็นสิ่งคุกคาม
  - น้อยที่สุดหรือไม่มีสิ่งคุกคามก็เป็นสิ่งคุกคาม
11. เหตุผลที่ใช้ในการพิจารณาการพยายามฆ่าตัวตาย
- สภาพแวดล้อมบังคับ, ได้รับความสนใจ, ความพยายาม
  - ทั้ง ก. และ ค.
  - หนี, หวาด, และแก้ปัญหา
12. มีการวางแผน โดยเฉพาะในการพยายามฆ่าตัวตาย
- ไม่มีการวางแผน
  - วางแผน แต่รายละเอียดไม่ชัดเจน
  - รายละเอียดชัดเจนมีการวางแผนดี
13. โอกาสและความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
- ไม่มีโอกาสและไม่ง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
  - มีโอกาสดีและง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
  - ในอนาคตมีทั้งโอกาสและมี ความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
14. ความสามารถในการกระทำการฆ่าตัวตาย
- ไม่มีกำลังใจ, อ่อนแอเกินไป, กลัว, ความไม่พร้อม
  - ไม่มั่นใจในความสามารถ
  - มั่นใจในความสามารถ
15. ความคาดหวังต่อการกระทำการฆ่าตัวตาย
- ไม่มีความคาดหวัง
  - ไม่แน่นอน, ไม่มั่นใจ
  - มั่นใจ
16. การเตรียมการในการลงมือฆ่าตัวตาย
- ไม่มีการเตรียมการ
  - มีบ้างบางส่วน เช่น เริ่มสะสมยาฆ่าตัวตาย
  - เตรียมการเรียบร้อย เช่น มียาครบแล้ว, เตรียมมีด โคน, บรรจุกระสุนปืนในรังปืน
17. การเขียนจดหมายลาตาย
- ไม่มีการเขียนจดหมาย
  - เริ่มเขียนแต่ไม่สำเร็จ
  - เขียนสำเร็จตามความคิด
18. การกระทำสุดท้ายก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น ทำประกันชีวิต, ทำพินัยกรรม, ทำของที่ระลึก และอื่นๆ
- ไม่มีเลย
  - ทำหนึ่งอย่าง
  - ทำมากกว่าหนึ่งอย่าง
19. การปิดบังความตั้งใจฆ่าตัวตายไม่ให้ใครทราบ
- แสดงออกมา
  - มีความตั้งใจที่จะแสดงออกมา
  - พยายามที่จะปิดบัง, โกหก