

ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครั้วต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL FAMILY THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION
OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Miss Pantip Rattanabunpoj



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบ
	ครอบครว้ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นางสาวพันธ์ทิพย์ รัตนบรรพต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีตรัตน์)

พันธทิพย์ รัตนบรรพต : ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL FAMILY THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: ศ. ดร.วิณา จีระแพทย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 153 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 40 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ได้รับการจับคู่ให้ผู้ป่วยมีเพศและลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเหมือนกัน และสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบ CES-D ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีและทีคู่

ผลการวิจัยพบดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.232, p < .05$)
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=-4.459, p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677193136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: COGNITIVE BEHAVIORAL FAMILY THERAPY

PANTIP RATTANABUNPOJ: THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL FAMILY THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 153 pp.

The purpose of this quasi-experimental pretest-posttest with control group research design was to determine the effect of cognitive behavioral family therapy program on depression of patients with major depressive disorder. The subjects were 40 families of adult patients diagnosed with major depressive disorder attended the psychiatric clinic at an out-patient department of a community hospital. Each family consisted of two members of depressive patient and his/her caregiver. They were matched pairs by patients gender and caregiver characteristic and randomly assigned into either the experimental or a control groups, 20 family in each group. The experimental group received the cognitive behavioral family therapy program whereas the control group received the routine nursing care. Research instruments included the cognitive behavioral family therapy, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Thai version and Automatic Thought Scale. All research instruments were validated for content validity by professional experts. The CES-D Thai version and Automatic Thought Scale had the Cornbach's alpha reliability of .89 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

The findings were as follows:

1. The mean depression score of patients with major depressive disorder after receiving the cognitive behavioral family therapy program was significantly lower than that before receiving the program ($t=8.232$, $p < .05$).

2. The mean depression score of patients with major depressive disorder in the group receiving the cognitive behavioral family therapy program was significantly lower than that of the group receiving routine nursing care ($t=-4.459$, $p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ และคอยชี้แนะแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ ส่งเสริมและให้กำลังใจ เป็นพลังให้หนีความมุงมุ่นและมีความพยายามให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอย่างสูงสุดที่ได้รับ การประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา มอบเวลาอันมีค่าในการมอบความรู้ และคำแนะนำ เพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาในการอ่านเครื่องมือ เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา ที่เอื้ออำนวยสถานที่ในการดำเนินการวิจัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่คอยให้การช่วยเหลือ ดูแล ให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพยาทุกท่านที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวรัตนบรรพต และครอบครัววนนทารมย์ ที่คอยให้กำลังใจมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ขอให้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพลังในการดำเนินชีวิตและต่อสู้กับปัญหาต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ	ฏ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	6
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	15
1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า.....	15
1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า	16
1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า	18
1.4 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	19
1.5 การประเมินโรคซึมเศร้า.....	21
1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	23

1.7 การดำเนินและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า.....	31
1.8 การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	32
1.9 บทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	33
1.10 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)	35
2. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	36
2.1 ขั้นตอนการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	36
3. แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม : Cognitive behavioral therapy	49
3.1 นิยาม.....	49
3.2 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด	49
3.5 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด.....	52
3.6 รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด	53
3.9 การประเมินผลการบำบัด.....	58
3.10 ระยะเวลาในการรักษา.....	59
4. ครอบครัวยกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	59
4.1 ความหมายของครอบครัว	59
4.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	60
5. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Dattilio. 1997, 2002).....	61
5.1 แนวคิด	61
5.2 สมมติฐานทางทฤษฎีที่สำคัญ 4 ประการ	61
5.3 เป้าหมายการบำบัดที่สำคัญ 3 ประการ	62
6. โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Dattilio. 1997, 2002)	62
7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	69
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	72

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	74
เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว	74
เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (exclusion criteria).....	74
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	75
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
การวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	111
การวิเคราะห์ข้อมูล	115
สรุปผลการวิจัย.....	115
อภิปรายผลการวิจัย.....	116
ข้อเสนอแนะทั่วไป	124
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	124
รายการอ้างอิง	126
ภาคผนวก.....	131
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	132
ภาคผนวก ข ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Informed Consent Form).....	134
ภาคผนวก ค. แบบสอบถามและตัวอย่างโปรแกรม.....	139

ภาคผนวก ง. ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	148
ภาคผนวก จ. ประวัติการเข้ารับการอบรม	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	153



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้าตาม ICD – 10.....	27
ตารางที่ 2	การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยการประเมินความรุนแรงของอาการ ตามรหัส ICD 10 .29	
ตารางที่ 3	รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	37
ตารางที่ 4	โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	64
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched Paired) ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ จำแนกตามเพศและลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล	77
ตารางที่ 6	ระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (n=20).....	86
ตารางที่ 7	กิจกรรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	92
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล.....	104
ตารางที่ 9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	105
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40).....	107
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40).....	108

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลต่างของ
คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 109



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 Summary Management of Major Depressive Disorder (อ้างอิงจาก : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554).....	40
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย.....	72
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่าง	76



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่าเป็นปัญหาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั่วโลกในขณะนี้คาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากว่า 350 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบมีรายงานข้อมูลของประเทศในทวีปเอเชีย ถึงอัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ คิดเป็นอัตราร้อยละจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด โดยพบว่าประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศเกาหลี มีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 และ 2.9 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และยังเป็นภาระที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังการศึกษาของ Murray & Lopez (1997) ซึ่งเป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health เพื่อคาดการณ์ภาระของโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก (ทำการศึกษาใน 47 ประเทศทั่วโลก) โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (Disability Adjusted Life Years, DALYs) พบว่าในปี 2020 คาดการณ์ว่าจะมีสาเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โดยมีสาเหตุ 10 อันดับแรกนั้น ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า อุบัติเหตุการจราจรทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง วัณโรค การบาดเจ็บจากสงคราม โรคอุจจาระร่วง และเอชไอวี จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าในอนาคตนั้นโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศตั้งจะเห็นได้จากผลการสำรวจระดับชาติในปี 2556 ซึ่งพบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในภาพรวมของประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 156,663 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 (กรมสุขภาพจิต, 2556) และในภาพรวมภาคกลาง ร้อยละ 2.4 (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2553) และจากข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ซึ่งทำการรวบรวมสถิติ ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คือ 233.16, 260.78, 242.13 และ 290.82 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาภาวะทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ซึ่งเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะ

บกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability : YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจัดเป็นการสูญเสียอันดับที่ 1 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ก็ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นานกว่าโรคอื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2552) สอดคล้องกับ การศึกษาของสรยุทธ วิสิฎกานนท์ (2547) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวได้สูงถึงร้อยละ 15 ดังนั้นจึงจัดได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติ เกิดเป็นภาระต่อครอบครัว รวมถึงมีผลกระทบต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมาด้วย จึงนำไปสู่การเกิดภาวะโรคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรุนแรงตามมา และจากการจัดทำเครื่องมือชี้วัดภาวะโรคครั้งที่ 2 ดำเนินการในปี 2547 พบว่าโรคซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability:YLDs) ในผู้หญิงจะอยู่ในอันดับที่ 1 และผู้ชายอยู่ในอันดับที่ 2 (กองแผนงาน, 2553) และผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือความคิดฆ่าตัวตายซึ่งพบร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994; ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) และมีโอกาสเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 (Beck et al., 1979)

แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ โดยแพทย์จะนัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหาคือ มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนทำให้อาจมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อยครั้ง ซึ่งหากมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ จะยิ่งทำให้มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำในอนาคตได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Burcusa & Lacono (2007) พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อ ๆ ไป โดยร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองตามมา ร้อยละ 70-80 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สาม และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สามจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สี่ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่ศึกษาเพื่อติดตามการดำเนินของโรคและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 51 ราย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ จำนวน 45 ราย ที่มีการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 88.2) ในขณะที่มีเพียง 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ

ละ 11.8) ที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสการกลับเป็นซ้ำประมาณ ร้อยละ 38.6 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำในอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงกล่าวได้ว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้น เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าก็ตาม ก็ยังพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่หดหู่ เศร้าสร้อย และจิตใจที่หม่นหมอง เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนทำให้มีอาการต่าง ๆ ตามมา เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบียดเบียนชีวิต รู้สึกไม่มีความสุขจนมีความคิดอยากตาย และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) จนทำให้มีการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ของโรคได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Hollon et al., 2005 พบว่าร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี ได้ จึงทำให้โรคซึมเศร่ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่การไร้ซึ่งศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว ดังนั้น การให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการดูแลและให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าที่ลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Burcusa and Iacono (2007) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่า พบว่าประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส เพศ และเศรษฐกิจฐานะ 2) ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก เช่น จำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก 3) ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม high neuroticism การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้วนั้น ปัจจัยด้านจิตสังคมนับเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการแก้ไขเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลักษณะต่างๆ อาทิเช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง การตกงาน ปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว สูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร่า และจากการศึกษาของ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ (2549) พบว่าการที่ครอบครัวมีปัญหาอันอย่างรุนแรง เป็นหนึ่งใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร่า (OR=7.2) ด้วยเหตุนี้ การลดอาการซึมเศร่าที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่า จึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขด้วยการจัดการกับปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่า โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำและแก้ไขปัจจัยเหตุดังกล่าว ซึ่งพบว่าการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบและปัญหา

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยเหตุด้านจิตสังคมที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังคงมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้าแยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มแรกเป็นการรักษาทางร่างกายด้วยยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลางที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีสารทั้ง 2 ลดลง ทำให้สมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาแล้วจะได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองให้กลับเข้าสู่ภาวะสมดุล และกลุ่มที่สองเป็นการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial treatment) โดยใช้การบำบัดทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดีขึ้นได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) เช่น interpersonal psycho therapy เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นรวมถึงการปรับพฤติกรรม short – term psychotherapy เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจในเวลาไม่เกิน 6 เดือน (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542) และ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (cognitive behavioral therapy : CBT) ซึ่งมุ่งเน้นแก้ไขให้ผู้ป่วยมีความคิดสอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า มากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคม ซึ่งโดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว ก็ยังคงต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อามีอาการของภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Navjot, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 15-20 แต่หากได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมจะสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 65-80 (Stoudemire, 1986; Frank, 1993 อ้างในอรพรรณ ศรีโสภา, 2552) และเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยจึงได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สู่วิทยาบาลชุมชน และอาจได้รับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เช่น โรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีคลินิกจิตเวชและมีบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมและทักษะในการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดถือเป็นการบำบัดที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ใกล้เคียงกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542;

De Rubeis et al., 1999) โดยมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ทั้งแบบรายบุคคล (Individual CBT) รายกลุ่ม (Group CBT) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการนำ CBT มาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างได้ผล เช่น การศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ซึ่งใช้การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล และ พจนีย์ สุคติภูมิ (2550) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการนำ CBT มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาติดตามผู้ป่วยระยะยาวกว่า 23 ปี ของ Kamen et al. (2011) ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ปวีณา นพโสทร (2556) ซึ่งพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้วยการเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เนื่องจากการส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเสมือนเป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความหมายต่อสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

Dattilio (1997) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Cognitive-behavioral family therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงปรับโครงสร้างทางความคิดความเชื่อและการรับรู้ที่บิดเบือน (distorted beliefs and perceptions) อันเป็นผลเนื่องมาจากปฏิสัมพันธ์แบบผิดๆ ในครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการประเมินโครงสร้างหรือแก่นของความเชื่อ (schema or core beliefs) ที่กระทบกับอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khodayarifard et al. (2007) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวในกรณีศึกษาผู้ใหญ่ พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยและสนับสนุนให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และยังพบอีกว่าการบำบัดแบบกลุ่มได้ผลดีกว่าการบำบัดรายบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการบำบัดที่ใช้หลักการเดียวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) นั่นคือ มีการตรวจสอบแบบแผนความคิดซึ่งทำให้เกิดกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วแก้ไขให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นต้นเหตุของอาการซึมเศร้าและทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) แม้ในปัจจุบันจะมีการนำ CBT มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิด ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต้องรับดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ที่รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต และจึงสนใจนำแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวของ Dattilio (1997) มาบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

สาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองแล้ว ยังเกิดจากความคิดที่บิดเบือนและขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่า เป็นโรคที่สามารถเป็นซ้ำได้ โดยร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี ได้ จึงทำให้โรคซึมเศร่ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่การไร้ซึ่งศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว Hollon et al.(2005) หากครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Friedberg, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamen et al. (2011) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยระยะยาวกว่า 23 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ขาดในเรื่องนี้ รวมถึงการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ที่สามารถลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นต้นเหตุของอาการซึมเศร้าและทำให้อาการของโรคซึมเศร่าลดลงได้ (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวของ

Dattilio (1997, 2002) ที่มีพื้นฐานมาจากแนวความคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck et al. (1979)

Dattilio (1997) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว จะเน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว โดยมีสมมติฐานทางทฤษฎีที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) สมาชิกในครอบครัวมุ่งมั่นที่จะรักษาสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและใช้สภาวะสมดุลนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของพวกเขา 2) กระบวนการทางความคิดของสมาชิกในครอบครัว (family member's cognitive processes) จะมีอิทธิพลต่อชีวิตครอบครัว เช่น การอ้างเหตุผลความคาดหวัง มาตรฐาน และความคิดที่บิดเบือน 3) ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการคิดไปปิดกั้นความรู้สึกพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว และ 4) การเข้าใจองค์ประกอบทางความคิดของปัญหาจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ไขความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ และแบบแผนพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของสมาชิกในครอบครัว

โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวเป็นการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับตนเองและการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว มีเป้าหมายการบำบัดที่สำคัญ 3 ประการ คือ เพิ่มพฤติกรรมด้านบวกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด ช่วยให้เกิดความสามารถในการรับรู้ความคิดที่บิดเบือนไปของผู้ป่วย และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยการให้ความรู้เพื่อให้เกิดทักษะในเรื่องของการสื่อสาร การแสดงออก ทักษะการฟัง การเจรจา และการแก้ปัญหา และให้ความสำคัญกับการยอมรับตนเองและการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ในปัจจุบันทฤษฎีนี้มองปัญหาที่มีผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของสมาชิกในครอบครัวเพียงใด มุ่งเน้นให้สมาชิกมองไปที่ปัญหาของครอบครัว และทำให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำแนวความคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดโดยครอบครัว จากการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) มาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทย เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัว โดยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Dattilio 1997, 2002) ที่พัฒนาเพื่อใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทยครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ทำแบบกลุ่มครอบครัว โดยนัดมาครั้งละ 5 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ร่วมกันวาง

แนวทางในการแก้ไขปัญหและรูปแบบของพฤติกรรมความคิดที่เหมาะสม โดยจำแนกเป็นการบำบัด 7 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว ขั้นตอนที่2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change) ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

ประกอบด้วยการดำเนินการบำบัด 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา การดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัว ช่วยให้มีเข้าใจและทราบถึงปัญหาภายในครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Beck et al., 1979; Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว การดำเนินการครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) โดยการสังเกต บันทึกพฤติกรรม ความคิด ของตนเองและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สามารถร่วมกันวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ยอมรับต่อปัญหาซึมเศร้าของผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า รวมถึงเกิดการตระหนักรู้และแสดงเจตนาารมณ์ถึงความมุ่งมั่นและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับครอบครัว การเปิดเผยความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงการวางแผนร่วมกันตามแนวทางการบำบัด (Beck et al., 1979; Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมกันค้นหาความคิดบิดเบือนของครอบครัวและหาแนวทางแก้ไข การดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกให้ครอบครัวค้นหาและสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ใช้หลักการการมองตนเอง (Self-instruction) โดยมุ่งไปที่เนื้อหาของความคิด กระบวนการคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงความผิดปกติทางลบของครอบครัวที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

รุนแรงมากขึ้น ซึ่งการฝึกค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบนี้จะช่วยให้ครอบครัวพิจารณาว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นมีความสมเหตุสมผลหรือไม่และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน อีกทั้งได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Beck et al., 1979; Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว การดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของครอบครัวให้มีเหตุผลและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยยึดหลักให้ครอบครัวฝึกการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล (Rational analysis) ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และช่วยให้เกิดความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยพิจารณาจากปัจจัยเหตุของปัญหา แล้วมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดมุมมองด้านบวกมากขึ้น (Reframing) ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาทุกแง่มุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย อย่างรอบด้าน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (Beck et al., 1979; Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า การดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองในครอบครัวและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการจัดการพฤติกรรม (Behavior enactment) เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้มองเห็นพฤติกรรมของตนเองและการทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัว และสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ได้ เช่น การให้ทำแบบฝึกหัดในห้องเรียน การบันทึกพฤติกรรมประจำวันที่ได้รับมอบหมาย (Beck et al., 1979)

ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน การดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้มากขึ้น โดยมีการจัดกิจกรรม (Scheduling activity) ในครอบครัว และมีการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and Pleasure technique) มีการมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) และการทำการบ้าน (Homework) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และหัดมีทักษะใหม่ ๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยหัดทำแทนการพูด ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการพฤติกรรมของตนเองร่วมกับครอบครัว (Beck et al., 1979; Dattilio 1997,2002)

ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล การดำเนินการครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการสรุปและทบทวนขั้นตอนของการบำบัดในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาร่วมกับครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้อีก ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องร่วมกันในครอบครัว และจริงจังกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วและยุติสัมพันธ์ภาพ (Beck et al., 1979 ; Dattilio 1997, 2002)

จากแนวเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้ว
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ ครอบคร้วของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) รับการดูแลต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบคร้วของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 40 ครอบคร้ว แต่ละครอบคร้วประกอบด้วยสมาชิก 2 คนได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 -F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ซึ่งเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง มกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 40 ครอบคร้ว ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ครอบคร้ว ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันในเรื่อง เพศ และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัดบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้ว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แล้วได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า

เป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0-F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ แสดงออกทางความคิด พฤติกรรม และอาการทางกาย โดยแสดงอาการเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การตำหนิตนเอง หงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความไม่สนใจของตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานและสังคม และอาจส่งผลให้เกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายได้

โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครั หมายถึงรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัของ Dattilio (1997, 2002) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) เพื่อใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการบำบัดเป็นแบบกลุ่มครอบครัวจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งการดำเนินการออกเป็น 7 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

ครอบครัว หมายถึง หน่วยของการศึกษาในครั้งนี้นี้ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยและผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารหัส F32 และผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นคู่สามีหรือภรรยา หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย อีกทั้งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตามที่แพทย์นัด ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการ

ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดทางจิต และสามารถนำความรู้นี้มาใช้ในการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย เป็นการแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบำบัดอีกวิธีหนึ่ง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุทธศาสตร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีรวมทั้งค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญ เป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
 - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.7 การดำเนินและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า
 - 1.8 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.9 บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.10 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)
2. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ขั้นตอนการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.2 ประเภทของการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1 นิยาม
 - 3.2 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
 - 3.3 ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
 - 3.4 ระดับความคิด
 - 3.5 รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
 - 3.6 ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 3.7 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด

- 3.8 การประเมินผลการบำบัด
- 4. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 4.1 ความหมายของครอบครัว
 - 4.2 ผู้ดูแลในครอบครัว
- 5. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
 - 5.1 นิยาม
 - 5.2 สมมติฐานทางทฤษฎีที่สำคัญ 4 ประการ
 - 5.3 เป้าหมายการบำบัดที่สำคัญ 3 ประการ
- 6. โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
- 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

1.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง เป็นโรคที่พบบ่อยมากกว่าโรคจิตเภทถึง 10 เท่า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ความชุกชั่วชีวิตต่อการเกิดโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 7 – 12 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 – 30 ในผู้หญิง โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศและทุกวัย โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 ถึง 50ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นคือ 40 ปี การเริ่มเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกในวัยเด็กหรือในวัยผู้ใหญ่พบได้น้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามพบโรคซึมเศร้าในวัยเด็กเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นที่มีอาการต่างๆของ major depression และวัยรุ่นที่ป่วยจนถึงขั้นเป็น major depression แล้ว มีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นปกติ 2-4 เท่า ต่อการป่วยเป็น major depression เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่ามาตรฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2546) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ซึมเศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิ ตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลาานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายทุกอย่าง จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดังหรือมีคนมารบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเฉยๆ

โดยสรุป โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเป็ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่

โรคเศร้าเสียใจ หดหู่รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วรวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542: 82)

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในคู่แฝด(twin studies) พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว (monozygotic twins) เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ(dizygotic twins) เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ10-25 (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ serotonin , norepinephrine และ dopamine โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อสภาวะซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547) การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิดโดยเฉพาะในส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitarythyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้งcortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับTSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TSH) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับระดับฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีที่สำคัญๆ ดังนี้

ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) โดยนักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึก

ผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด (primitive) ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีโมธรรม (Superego) เกิดขึ้นแล้ว (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ทฤษฎีด้านการรู้คิด (Cognitive Model) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้ เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า และ ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542, สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น เหตุการณ์เครียดในชีวิต (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) และมีรายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคมเช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้าบรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับกับอาการของโรคซึมเศร้า (Myrna M. Weissman, 2000) ได้แก่

1. อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) บุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิด เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องใกล้ชิด

2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal role disputes) ซึ่งคือความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transition) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การมีบุตร วิกฤตวัยกลางคน การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

4. ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธ์ภาพ หรือทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพ หรือการรักษาสัมพันธ์ภาพที่มีให้คงอยู่หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการแยกตัวทางสังคม

สรุป การเกิดโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 สาเหตุใหญ่ๆ คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านจิตสังคม และในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าทั้งสามปัจจัยมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในเรื่องของสาเหตุโรคซึมเศร้า

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการหลักของโรคซึมเศร้ารุนแรง คือมีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวันเป็นนานกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการร่วมอื่น คือ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia)

ในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา ทั้งๆที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ทำให้ น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก นอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับเป็นที่รูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกว่าตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดซ้ำๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) สีหน้าเฉยเมย หรือน้ำหนักตัวลดลง มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

- 1) ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ ไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก
- 2) อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ซ้ำลิ้ม เนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการอาจมีความรุนแรงได้จนคล้าย มีความจำเสื่อม
- 3) อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย
- 4) อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ในพลาสมาซึ่งหลั่งออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น
- 5) อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปหมดทุกอย่าง
- 6) อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษา ในผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน
- 7) อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) มักจะไม่นิยมรับว่าตนเองมีอารมณ์เศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดงที่แสดงออกถึงความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

- 1) ระดับเล็กน้อย คือ มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า
- 2) ระดับปานกลาง คือ มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย หรือ วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3) ระดับรุนแรง คือ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม ตัดสินใจไม่ได้เลย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย คือ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน

2) ระดับปานกลาง คือ มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา

3) ระดับรุนแรง คือ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย คือ ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลีกเลียงการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลางไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย คือ ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ เล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง คือ แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ

1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง คือ ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้ว นอนต่อไปไม่ได้ ไม่มีความต้องการทางเพศ และทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้

1.5 การประเมินโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด โดยคะแนนอาการซึมเศร้าของแต่ละแบบวัดจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของอาการ ณ เวลาที่ได้ทำการประเมินขณะนั้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) และจากการศึกษาแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบว่ามีหลายรูปแบบ ผู้ศึกษาจึงขอสรุปแบบประเมินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้บ่อย ดังนี้

1.5.1 self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

1.5.2 clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1) แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (structure psychiatric interviews for diagnosis) มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้วตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ เช่น structure clinical intervention for DSM-III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (self report rating scale questionnaire)

2.1) beck depression inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ใน ค.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามความซึมเศร้าของ Beck

2.2) zung self rating depression scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่ม

อายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

2.3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุง จากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota (multiphasic personality inventory depression scale) ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (observer scale; semi-structured, goal direct interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

3.1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS – D) เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง ศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ เป็นผู้พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้น และรายงานในปี ค.ศ. 1967 โดยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression นี้ ได้มีการพัฒนาต่อไปอีกหลายฉบับ แต่ฉบับที่ได้รับความนิยม ได้แก่ฉบับประเมินอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในแง่ของอาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อได้แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 ในการให้คะแนนนั้น แพทย์หรือผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือจากแหล่งอื่น ๆ เช่น การรายงานของพยาบาล การแจ้งอาการเพิ่มของญาติผู้ป่วย ทั้งนี้โดยมีคำอธิบายประกอบถึงแนวทางการให้คะแนนในแง่ของความรุนแรงของแต่ละอาการ ประกอบอยู่ในแบบวัดด้วย ในปัจจุบัน Hamilton Rating Scale for Depression จัดได้ว่าเป็น gold standard ในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อนำไปใช้แทบทั่วโลก เช่น ในประเทศจีน Zheng และคณะ ได้รายงานการทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาจีน พบว่า interrater reliability นั้นดีมาก internal reliability อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ และ item total-score correlation จัดว่าดี ยกเว้น item ของ insight ซึ่งพบว่ามี correlation ต่ำกับ total score

ในปี พ.ศ 2539 นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิซ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ได้ทำการพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ขึ้น โดยทำการแปล Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และทำการทดสอบความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ กับผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อดูว่าแบบวัดนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยไทยได้ดีหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้พบว่า HRSD ฉบับภาษาไทยมีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.7380 ซึ่งโดยทั่วไปจะถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีหากค่า standardized Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ขึ้นไป ส่วนค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้ กับ Global Assessment Scale ได้เท่ากับ -.8239 แสดงว่าแบบวัดนี้มี negative correlation กับ Global Assessment Scale อยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ นอกจากนี้ HRSD ฉบับภาษาไทยยังสามารถวัดระดับความรุนแรงของอาการได้ค่อนข้างดี โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยโดยมีค่า Global Assessment Scale สูง จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนน HRSD ต่ำ และเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นค่าเฉลี่ยของคะแนน HRSD ก็เพิ่มขึ้นตามลำดับ กล่าวโดยสรุปพบว่าแบบสอบถามนี้ มีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ดังนั้น Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) จึงเป็นแบบวัดที่สามารถนำไปใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ดี

3.2) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีสื่อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6

1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th หรือ ICD -10) และระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM -IV-TR) ซึ่งในปัจจุบันทั้งสองระบบนี้มีแนวคิดส่วนใหญ่ที่คล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามการลงรหัสของแต่ละโรคยึดตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโรคเพื่อให้สามารถลงในใบรายงานสถิติในประเทศได้ โดยมีเกณฑ์ในการบ่งชี้ depressive episode ที่เหมือนกัน สองข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 กำหนดจำนวนขั้นต่ำของอาการหลัก (typical symptoms) และอาการที่เกิดร่วม(associated symptoms) และข้อที่ 2 กำหนดระยะเวลาขั้นต่ำที่มีอาการ โดยอย่างน้อยต้องมีอาการติดต่อกัน 2

สัปดาห์ และใน DSM IV เพิ่มข้อบ่งชี้ที่ 3 คือ ต้องมีการบกพร่องในหน้าที่การงานหรือสังคม ซึ่งใน ICD-10 ไม่ได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1.6.1 ระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10)

การวินิจฉัย Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ของ ICD – 10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว่พลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมากอาการอื่นๆที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่

- 1) มีสมาธิและความใส่ใจลดลง
- 2) ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
- 3) มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่าอาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง
- 4) รู้สึกหงาและมองอนาคตอย่างแง่ร้าย
- 5) มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย
- 6) มีการนอนที่ผิดปกติ
- 7) มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น depressive episode ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องซึมเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรงและเป็นเร็ว อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ แต่สภาพอารมณ์ซึมเศร้ากลับแปรเปลี่ยนในวันหนึ่งๆ คือช่วงเช้าอารมณ์ซึมเศร้าจะรุนแรง ช่วงสายหรือช่วงบ่ายอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าอาจจะไม่เป็นไปตามแบบฉบับโดยเฉพาะในวัยรุ่น กล่าวคือ แทนที่จะแสดงอาการอารมณ์ซึมเศร้าตรงๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการต่อไปนี้เป็นการเด่น เช่น วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง นอกจากนี้อาจจะมีอาการหงุดหงิด ตี๋มสุรามากๆ มีพฤติกรรมแบบ histrionic อาการกลัวอย่างผิดธรรมชาติ อาจมีอาการย้ำคิดแบบที่เคยเป็นกลับมา กำเริบซ้ำๆ หรือมีอาการหมกมุ่นอยู่กับ hypochondriasis ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอาจจะมีอาการ somatic symptoms ได้ ซึ่งการวินิจฉัยว่ามี somatic symptoms ผู้ป่วยจะต้องมีอาการดังกล่าวข้างล่างนี้ อย่างน้อย 4 อาการ ดังต่อไปนี้

- 1) ไม่สนใจใยดีหรือรู้สึกไม่ยินดีไม่ตั้งใจในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข

2) ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เคยทำให้ตนเองมี
ความสุข

3) ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า

4) สภาพอารมณ์ซึมเศร้าทรุดลงในตอนเช้า

5) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) หรือใจและการ
เคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation) อาการในข้อนี้จะต้องเป็นอาการเชิงวัตถุวิสัย
(objective)

6) ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง

7) น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา

8) ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

1.6.2 ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM
IV) ซึ่งการวินิจฉัย Major Depressive Episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ผู้ป่วยต้องมีอาการ
ดังต่อไปนี้

1) มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการ
เปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อ ของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2)
เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข (ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากความเจ็บป่วยทาง กาย หรือ mood-
incongruent delusions หรือ hallucinations)

ก) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอก
เล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ (ในเด็ก
หรือวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด)

ข) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลง
อย่างมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือ
จากการสังเกตของผู้อื่น)

ค) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นมาจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมี
ความสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือมีการเบื่ออาหาร
หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน (ในเด็กควรดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น)

ง) นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน

จ) จิตใจและการเคลื่อนไหว(psychomotor) ระส่ำระสาย (agitation)

หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระวนกระวายหรือช้าลง)

ฉ) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

ช) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไปจนถึงขั้น หลงผิดแทบทุกวัน มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย

ซ) สมารถหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

ณ) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆมิใช่แค่กลัวว่าจะตาย คิดอยากจะทำอยู่เรื่อยๆโดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

2) อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

3) อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง

4) อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด) หรือจาก ภาวะเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5) อาการเข้าไม่ได้กับ ความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมี หน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ โร คจิต หรือ psychomotor retardation การวินิจฉัย Major depressive disorder, single episode ตามเกณฑ์ ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ก) มี Major Depressive Episode หนึ่งครั้ง

ข) Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นอย่างก่อนอยู่แล้ว

ค) ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed episode, หรือ Hypomanic Episode (ยกเว้นว่า manic-like episode หรือ mixed-like episode หรือ hypomanic-like episode นั้นเกิดจากสารหรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากภาวะความเจ็บป่วย ทางกาย

การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้า (กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์)

ประเทศไทยได้นำบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10= International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) มาใช้ตามที่ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตาย เพื่อจัดจำแนกโรคกลุ่มต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจากผู้ชำนาญการพิเศษและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาในประเทศไทย และต่างประเทศในการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย เพื่อความสะดวกในการใช้สำหรับบุคลากรทุกระดับ โดยรหัสโรคของโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้แก่ F32- F39 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

ตารางที่ 1 การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้าตาม ICD – 10

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32	Depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว
F32.0	Mild depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ไม่รุนแรง
F32.1	Moderate depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ปานกลาง
F32.2	Severe depressive episode without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง และมีอาการโรคจิต
F32.8	Other depressive episodes	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว แบบอื่น
F32.9	Depressive episode, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F33	Recurrent depressive disorder	อารมณ์ซึมเศร้าซ้ำ
F33.0	Recurrent depressive disorder, current episode mild	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำกำลังเกิดขึ้น ไม่รุนแรง
F33.1	Recurrent depressive disorder, current episode moderate	อารมณ์ซึมเศร้ากลับมาเป็นใหม่ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F33.2	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต
F33.3	Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรงและมีอาการโรคจิต
F33.4	Recurrent depressive disorder, current in remission	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ระยะหาย
F33.8	Other recurrent depressive disorders	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ แบบอื่น ๆ
F33.9	Recurrent depressive disorder, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F34	Persistent mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวชนิดถาวร
F34.0	Cyclothymia	โรคจิตชนิดตื่นเต้นสลับหดหู่
F34.1	Dysthymia	ดิสไทเมีย
F34.8	Other persistent mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกว ชนิดถาวรอื่น ๆ
F34.9	Persistent mood [affective] disorders, unspecified	โรคอารมณ์แกว่งไกว ชนิดถาวรที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F38	Other mod [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวอื่น ๆ
F38.0	Other single mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวเกิดครั้งเดียวอื่น ๆ
F38.1	Other recurrent mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวเกิดขึ้นซ้ำอื่น ๆ

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F38.8	Other specified mood [affective] disorder	โรคอารมณ์แกว่งไกวที่ระบุเฉพาะอื่น
F38	Other mod [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวอื่น ๆ
F38.0	Other single mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวเกิดครั้งเดียวอื่น ๆ
F38.1	Other recurrent mood [affective] disorders	โรคอารมณ์แกว่งไกวเกิดขึ้นซ้ำอื่น ๆ
F38.8	Other specified mood [affective] disorder	โรคอารมณ์แกว่งไกวที่ระบุเฉพาะอื่น
F39	Unspecified mood [affective] disorder	โรคอารมณ์แกว่งไกวที่ไม่ระบุ

ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD -10 รหัส F32 (F32.0-F 32.9)

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยการประเมินความรุนแรงของอาการ ตามรหัส ICD 10

คะแนนจากแบบ	รหัส ICD 10
ประเมิน 9Q	Major depressive disorder, single episode (F32)
7-12 คะแนน	Mild depressive episode (F32.0)
13-18 คะแนน	Moderate depressive episode (F32.1)
≥ 19	ไม่มี psychotic symptoms severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2) มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ หูแว่ว ประสาทหลอน: Hallucination, หลงผิด:delusion) severe depressive episode with psychotic symptoms (F32.3)

การแบ่งชนิดย่อยของโรคซึมเศร้า (ธรรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2553)

1. Melancholia (depression with somatic symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการทางกาย แสดงถึงการมี disturbance of biorhythm1 ลักษณะสำคัญได้แก่การเคลื่อนไหวช้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข ตื่นตีกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ เบื่ออาหารน้ำหนักลด ไม่รู้สึกเป็นสุขกับสิ่งน่าสนุกทั้งหลาย มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระหว่างวัน และความรู้สึกทางเพศลดลง และพบว่าสัมพันธ์กับ biological marker เช่น การไม่ตอบสนองต่อ dexamethasone suppression test และ The latency of rapid eyes movement (REM) sleep และมีอัตราการเกิดโรคในครอบครัวเดียวกันสูง

2. Depression with psychotic symptoms ความชุกของโรคในประเทศไทยกลุ่มนี้ ร้อยละ 0.38 ถือว่า โรคซึมเศร่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่สุดจะสัมพันธ์กับ biological markers บางอย่าง เช่น มีระดับ dopamine- β -hydroxylase ในเลือดต่ำ และมีระดับ 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG) ในน้ำไขสันหลังต่ำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเมตาบอริซึมของ dopamine และ norepinephrine ในระบบประสาท รวมทั้งการไม่ตอบสนองต่อ dexamethasone suppression test

3. Atypical depression อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งจะตรงข้ามกับอาการในผู้ป่วย melancholia เช่น มีอาการนอนมากเกินไป (hypersomnia) รับประทานอาหารมากเกินไป (hyperphagia) น้ำหนักเพิ่ม และการมีความรู้สึกไวต่อการถูกปฏิเสธอย่างมาก ต้องเกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ตามลักษณะ major depression หรือระยะ 2 ปีตามเกณฑ์ของ dysthymia การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOI) มากกว่า ยากลุ่ม tricyclics

4. Recurrent brief depression ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนดไว้โดย ICD-10 จะต้องเกิดอาการ depression อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และแต่ละครั้งที่เกิดอาการจะมีอาการไม่ถึง 2 สัปดาห์ (โดยทั่วไปจะมีอาการประมาณ 2-3 วันและหายเป็นปกติ) ช่วงเวลาที่เกิดอาการไม่สัมพันธ์กับการมีประจำเดือน และอาการที่เกิดขึ้นไม่เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยของ mild, moderate and severe depressive episode ความเสี่ยงที่จะเกิด manic episode น้อยมาก จึงไม่สามารถจัดอยู่ในกลุ่ม rapid-cycling ของ bipolar disorder ได้ และความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 10% และพบบ่อยว่า เกิดร่วมกับโรควิตกกังวลในอัตราที่สูง

1.7 การดำเนินและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆหายๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้ามีดังนี้ (Rush et al., 2006 อ้างใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

1.7.1 Response คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอาการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือ ความเจ็บปวด/ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

1.7.2 Remission คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิก ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ในการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง

1.7.3 Relapse (อาการกำเริบ) คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจากremission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดขึ้นครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV

1.7.4 Recovery คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission

1.7.5 Recurrence (การกลับเป็นซ้ำ) คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน อาจใช้เวลาหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นนำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือนเช่น อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่นานประมาณ 9 เดือนหากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมและความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 5 – 10 ของผู้ป่วย Major depressive disorder, single episode พบเกิด manic episode ในครั้งต่อๆมา (มาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อนช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคนี้ สิ่งที่ทำนายว่า จะมีอาการเรื้อรังคือ 1) จำนวนครั้งที่ป่วยถ้าเคย ป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง 2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและ เรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือหรือมี พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่บ้างในด้านสังคมไปนานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้แต่ไม่เกิน 2 เดือน (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

1.8 การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นแนวทางการรักษาแบบองค์รวมทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic , biopsychosocial approach) จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) และจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) จิตบำบัดทั้ง 2 ประเภทนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้ารุนแรงเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด จะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55-85 นอกจากนั้นแล้ว การให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate) ลงได้ ดังรายละเอียดด้านล่าง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.8.1 การรักษาทางกาย (somatic treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (pharmacological therapy) แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์

ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA), กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor, กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และ กลุ่ม new generation ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษา แบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

1.8.2 การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ได้แก่

1) การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy) ใช้บำบัดรักษาผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย

2) Problem Solving Therapy (PST) ใช้บำบัดในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับ

น้อยถึงปานกลาง

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) ใช้บำบัดในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง

4) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ใช้บำบัดในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง และ 5) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychosocial therapy) ใช้บำบัดในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง

1.9 บทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า เป็นโรคของอารมณ์ที่มีความแปรปรวน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจในตัวผู้ป่วย ทั้งหมดเป็นองค์รวม การวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ครอบคลุม ถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง Neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคม เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ได้เสนอกระบวนการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1.9.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิด ผิดหวัง เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความคิดในการทำร้ายตนเอง และ (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า การรับประทานอาหาร การนอนและการดูแล สุขอนามัย โดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้ายกระดับรุนแรง

1.9.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดความสนใจ ในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย การแยกตัวออกจากสังคม กระบวนการคิดผันแปร

1.9.3 การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาล มีทั้ง (1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว โดยช่วยให้

ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริม พฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ (2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่ง

1.9.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

ดังนี้

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึก และฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม
- 6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

1.9.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จ ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัย และความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา มีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการในเรืองการปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ ให้การปรึกษา ประคับประคอง รวมถึงการ ฝึกทักษะโดยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของคนที่อยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่าง ถูกต้องเหมาะสม

1.10 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า หรือ F33 ตามเกณฑ์ของ ICD -10 คือ ผู้ป่วยเป็น depressive episode ซ้ำ โดยจะเป็นอย่างน้อยเล็กน้อย ปานกลางหรือรุนแรงก็ได้ อย่างน้อยที่สุดจะต้อง มี 2 episode แต่ละ episode เป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์และ episode ทั้ง 2 นั้นควรจะแยก จากกันนานหลายเดือนโดยระหว่างนั้นจะต้องไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ (สุชาติ พหล ภาคย์, 2542) ส่วนการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ DSM – IV-TR คือ ผู้ป่วยเป็น major depressive episode ครั้งก่อนและครั้งถัดมาแยกจากกันได้ต่อเมื่ออาการป่วยครั้ง ก่อนและครั้งถัดมาต้องห่างกันอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน โดย 2 เดือนที่ว่านี้ต้องไม่มีอาการจน เข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัย major depressive episode (American Psychiatric Association, 2004)

ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุตมรัตน์, (2551) ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและ ผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษา ไม่น้อยกว่า 10 ปี พบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ การขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบ (Systematic Review) ของ Burcusa and Iacono (2007) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่

1.10.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน first episode แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.10.2 อาการทางคลินิก พบว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (Age at first onset of depression) และจำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต (lifetime number of depressive episode) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของอาการใน first episode มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ใหญ่แต่มีใช้เด็ก ประวัติโรค ร่วมทางด้านจิตเวช (Comorbid psychopathology) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรือภาวะผิดปกติทาง

จิตเวชใน Axis I เช่น โรคตื่นตระหนก โรคลมชัก โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ จะเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ การกลับเป็นซ้ำในวัย เด็ก

1.10.3 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง first – degree Relative เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

1.10.4 ปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า ความคิดด้านลบ, high neuroticism, การขาดแหล่ง สนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งทั้งหมดนี้มีใช่เป็นปัจจัยใน first episode เท่านั้น แต่ยังคงพบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย ต่างๆ ตื่นซ้ำและหมดความรู้สึทางเพศ สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้านั้น นอกจากจะมีการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อรักษาอาการทางกายแล้วนั้น ก็ ควรมีการทำจิตบำบัดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษามีเพิ่มมากขึ้น โดยหลัก ของการบำบัดทางจิตสังคมนี้ เป็นการเปลี่ยนวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต การจัดการกับความเครียด และการแก้ไขปัญหาของตัวบุคคลในบางเรื่อง เช่น ความคิดเชิงลบ การ มองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็น ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมนี้ถือเป็นบทบาทหลักที่สำคัญของพยาบาลจิต เวช ในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย โดยต้องมีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าของ ผู้ป่วย ตลอดจนระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อที่สามารถเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละรายได้ รายละเอียดดังนี้

2.1 ขั้นตอนการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในปี 2554 กรมสุขภาพจิตโดยการนำของคณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชในสังกัดกรม สุขภาพจิต ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีบทสรุปในการเลือกรูปแบบการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า 2)การวางแผนเพื่อให้การบำบัดโดยประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 3)เลือกรูปแบบการบำบัด และ 4) ประเมินผลลัพธ์จากการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.1.1 ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งควรมีการสัมภาษณ์ประวัติในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Ministry of Health Malasia, 2007 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.1.1.1 อาการที่ปรากฏให้เห็น (presenting symptoms)

2.1.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด (psychosocial stressors) เช่น ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.1.1.3 ประวัติทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social history and social support)

2.1.1.4 ปัญหาความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพ (social and occupational impairment)

2.1.1.5 ประวัติการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ (substance abuse or other psychiatric illnesses)

2.1.1.6 ประวัติการเกิดโรคอื่นที่มีผลต่อการห้ามออกกำลัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคถุงลมโป่งพองระยะรุนแรง, โรคหัวใจล้มเหลว, หัวใจทำงานผิดปกติ, major stroke , การพิการแขนขา และข้ออักเสบ

2.1.2 ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผนเพื่อให้การบำบัดโดยประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยนำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าที่ประเมินได้ ในขั้นตอนแรก มาร่วมพิจารณาร่วมกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

ประเภทการบำบัดทางสังคมจิตใจ	ระดับความรุนแรงของอาการ โรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q
การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (Exercise therapy : ET)	อาการระดับน้อย	7-12
การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (Problem solving therapy : PST)	อาการระดับน้อยถึงปานกลาง	7-18
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT)	อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป

ประเภทการบำบัดทางสังคมจิตใจ	ระดับความรุนแรงของอาการ โรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q
จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy :IPT)	อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป

2.1.3 ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเลือกรูปแบบการบำบัดตามแผนการที่วางไว้ ในขั้นตอนที่ 2 โดยการเลือกรูปแบบการบำบัดนี้จะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าของแต่ละบุคคล ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.1.3.1 อาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) มีหลักฐานทางวิชาการที่พบว่าการบำบัดทางสังคมจิตใจ สำหรับผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลางที่ได้ผล ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงหรือหายทุเลา ดังนี้

ก) การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ได้รับการแนะนำใน Clinical Practice Guideline : Management of Major depressive disorder ให้นำไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม mild to moderate depression สำหรับผู้ป่วยทุกวัยที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย แม้จะมีการศึกษา Exercise for depression (Review) ที่ผลพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Exercise therapy มีข้อจำกัดเนื่องจากขนาดของประชากรและรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัยไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า Exercise therapy สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบ Systematic review ของ RCT ที่พบว่าการออกกำลังกาย aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์จะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า

ข) การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา มีการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม mild to moderate depression และสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน primary care ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3.2 อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression) ในการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงที่ได้ผล ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงหรือหายทุเลาดังนี้

ก) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ได้รับคำแนะนำจากแนวทางการรักษาคุณภาพสูงว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย moderate to severe depression รวมทั้งมีคำแนะนำว่าการใช้ CBT ร่วมกับยา antidepressants เป็นสิ่งที่ควร

ดำเนินการในกลุ่ม severe depressive disorder เนื่องจากจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา มากยิ่งขึ้น

ข) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล มีการศึกษา Systematic review ที่พบว่าเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลักในด้านสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม moderate to severe depression อย่างมีนัยสำคัญมากกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแต่จากการศึกษาแบบ RCT ที่เปรียบเทียบ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในกลุ่ม moderate to severe ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่มี severe depression การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จะได้ผลที่ดีกว่า

2.1.4 ขั้นตอนที่ 4 เป็นการประเมินผลลัพธ์จากการบำบัด ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินผลโดยการวัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งวัดได้ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) Primary outcome

ก) ระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร่าลดลง หากประเมินด้วย แบบวัด 9Q จะต้องมึคะแนนน้อยกว่า 7

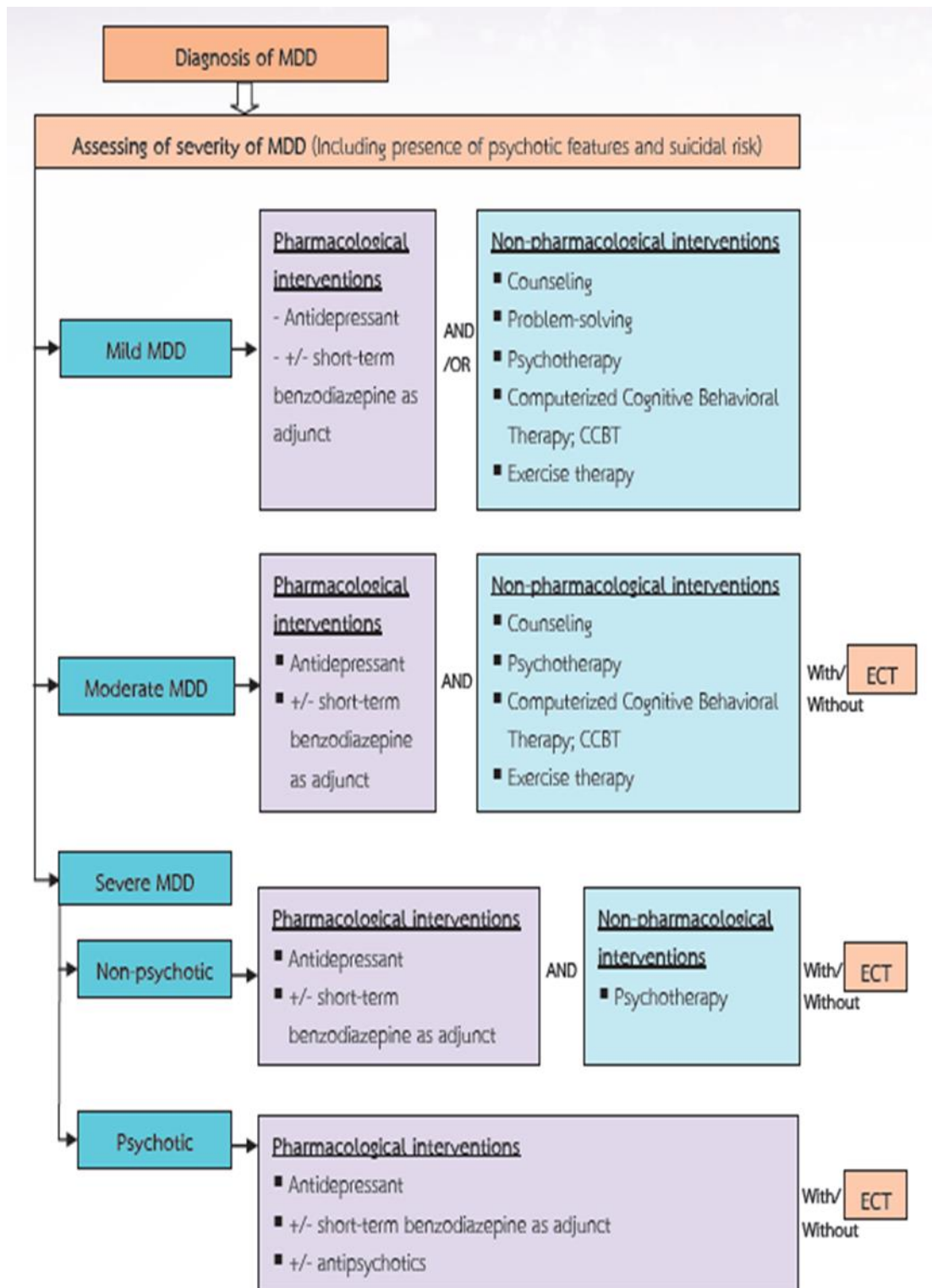
ข) อัตราการกลับเป็นซ้ำ ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากที่อาการซึมเศร่าทุเลา หรือหาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20

2) Secondary outcome

ก) แบบแผนความคิดทางลบเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ข) สัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล

ค) ทักษะในการแก้ไขปัญหาดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา



ภาพที่ 1 Summary Management of Major Depressive Disorder (อ้างอิงจาก : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.2 ประเภทของการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

วิธีการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ใช้กันแพร่หลายและมีการทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือได้ว่าสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ เช่น การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางจิตด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีการต่างๆ เหล่านี้เป็นวิธีการที่ได้รับการศึกษามาเป็นอย่างดีและได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพของวิธีการเหล่านั้นแล้วว่าสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าที่ลดลงได้ นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมต่างๆ เหล่านี้ ยังลดความเสี่ยงต่อการกลับสู่สภาพเดิมในระยะยาว โดยมีการประยุกต์ใช้จนเกิดผลสำเร็จอย่างมากทั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการบำบัด ทั้ง 4 รูปแบบ ดังนี้

2.2.1 การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย : Exercise therapy (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) นิยาม

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย หมายถึง แผนการจัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน โดยกำหนดความหนักในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60- 80 ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุด (HRmax) ใช้เวลาวันละ 30 นาที ความถี่อย่างน้อย 3 วัน /สัปดาห์ ทำนานระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Peraton, Kumar, Machotka, 2010 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2) Clinical Evidence for Exercise Therapy

มีการศึกษาแบบ Systematic review ของ RCT ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบ aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคซึมเศร้า และจากคำแนะนำของ Clinical Practice Guideline Ministry of Health Malaysia ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย ถึงปานกลาง แนะนำให้รับการรักษาแบบ Exercise Therapy ซึ่งแพทย์สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติ (ถ้าผู้ป่วยสมัครใจ) เพื่อใช้เป็นทางเลือกในการรักษา ได้เหมือนกับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังมีการศึกษา RCT ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบ Aerobic ที่ใช้พลังงาน 7.0 kcal/kg/week หรือ 17.5 kcal/kg/week ด้วยความถี่ 3 วัน/สัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย mild to moderate depression ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามจากหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันที่สุดในเรื่อง Exercise for depression (Review) พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ exercise therapy มีข้อจำกัดในขนาดของ

ประชากรรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัย และการวัดผลลัพธ์ของการบำบัดโรคซึมเศร้า จึงไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า exercise therapy สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

3) ขั้นตอน/วิธีการบำบัด

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ชั้นเตรียมการ
ขั้นตอนการ บำบัด และขั้นตอนการประเมินผลการบำบัด ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 การคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดพิจารณาคุณสมบัติของ
ผู้ป่วย ดังนี้

1.1.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (Mild) ถึงปานกลาง (Moderate)

1.1.2 ไม่เป็นโรคที่ห้ามการออกกำลังกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรค
ถุงลมโป่งพองระยะรุนแรง โรคหัวใจล้มเหลว หัวใจทำงานผิดปกติ Major stroke และข้ออักเสบ

1.2 เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ ดังนี้

1.2.1 เครื่องเดินสายพาน (Treadmill) และจักรยานนั่งปั่น อยู่กับที่ (cycling) ให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกายหรือปั่นจักรยาน เพื่อประเมินค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อการ
ออกกำลังกายแต่ละครั้ง

1.2.2 อุปกรณ์ส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น เทปเพลง เครื่องเสียง

2. ขั้นตอนการบำบัด

2.1 ประเภทของการออกกำลังกาย (type) คือ การออกกำลังกายแบบแอ
โรบิก

2.2 วิธีการออกกำลังกาย (mode) ประกอบด้วย เดิน วิ่ง วิ่งเหยาะ ออก
กำลังกายแบบลงน้ำหนักประกอบดนตรี และปั่นจักรยาน โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการออกกำลังกายตามความชอบ และความเหมาะสมกับความสามารถในการออกกำลังกายของแต่ละคน

2.3 ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ และเพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องควรมี
การออกกำลังกายไปจนครบ 16 สัปดาห์

2.4 ขั้นตอนของการออกกำลังกายประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะ
อบอุ่นร่างกาย (warm up phase) ใช้เวลา 10 นาที 2) ระยะออกกำลังกาย (exercise phase)
ใช้เวลา 30 นาที และ 3) ระยะผ่อนการออกกำลังกาย (cool down phase) ใช้เวลา 5 นาที

2.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแล/ติดตามตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะออกกำลังกาย

2.6 การออกกำลังกายภายใต้การดูแลแนะนำ (supervise) ของผู้บำบัดจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามลำพังโดยไม่มีการดูแล ให้คำแนะนำ

2.7 การออกกำลังกายแบบกลุ่ม (group) หรือออกกำลังกายแบบเดี่ยว (individual) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประสิทธิภาพการบำบัด แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำของผู้บำบัด

3. การประเมินผลการบำบัด

3.1 การประเมินผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การลดลงของอาการซึมเศร้า

3.2 การประเมินผลลัพธ์รองโดยการประเมินสมรรถภาพทางกาย เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3 ติดตามดูผลการออกกำลังกายรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

2.2.2 การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา : Problem solving therapy (National Clinical Practice Guideline, 2009 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) นิยาม

การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา หมายถึง การบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์พิจารณาเชิงเหตุผล มีข้อจำกัดของเวลา มีโครงสร้างเหมือนจิตบำบัด แต่เน้นไปที่การจัดการและแก้ไขปัญญาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องคิดวิเคราะห์ร่วมกันในการที่จะค้นหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญญาได้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นการช่วยให้มีการพัฒนาพฤติกรรมแก้ไขปัญญาของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นได้

2) Clinical Evidence for problem solving

มีการศึกษา Meta-analysis ที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย ถึงปานกลาง และการศึกษา Meta-analysis ที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการช่วยเหลือทางจิตสังคมอื่นๆ เช่น Brief CBT หรือ Counseling และมีการศึกษา systematic review ที่พบว่า การ

บำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา เป็นการบำบัดที่ทำร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จะเป็นที่ยอมรับ และได้ผลลัพธ์ดีในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหายาอย่างเดียว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม (RCT) ที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการบำบัดระหว่างการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา กับ การบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) ในผู้ป่วย MDD สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม (dysfunction) ร่วมด้วย โดยใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา มีประสิทธิภาพในการลดภาวะพร่องในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติของผู้สูงอายุมากกว่า การบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งหากภาวะพร่องในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติลดลง เชื่อว่าจะทำให้อาการซึมเศร้าลดลงตามมา

3) การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา มี 3 รูปแบบ ได้แก่

ก) Social Problem Solving Therapy (SPST) เป็นรูปแบบการทำกลุ่ม 10- 12 session ไม่ได้เน้นไปที่ปัญหา หรือทักษะของผู้ป่วยอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความเชื่อที่เป็นนิสัย ซึ่งอาจจะมีผลต่อความพยายามที่จะแก้ไขปัญญาให้หมดไปได้

ข) PST for Primary Care (PST-PC) เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 6 session เน้นไปที่องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการแก้ไขปัญญา

ค) Self Examination Therapy (SET) วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับเป้าหมายในชีวิต ค้นหาพลังและศักยภาพในตนเองเพื่อแก้ไขปัญญาให้สำเร็จ และสามารถที่จะยอมรับกับสถานการณ์ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงได้ ถือเป็นองค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ PST เป็น guide-format ที่จะนำมาใช้กับ individual or group

4) เป้าหมายเฉพาะของ PST คือ

ก) ช่วยให้มีมุมมองทางบวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (A positive problem orientation) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การประเมินว่าปัญหาคือความท้าทายหรือโอกาสที่เป็นประโยชน์ 2) เชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และ 3) เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข) ช่วยทำให้รู้จักและยอมรับความจริงว่าการแก้ไขปัญญาที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เวลา และความพยายาม

ค) กระตุ้นให้เกิดการได้มาซึ่งการใช้ทักษะในการแก้ไขปัญญาที่สมเหตุ สม

ผลในชีวิตจริงประกอบด้วยทักษะในการแก้ไข้ปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้คำนิยามของปัญหา และทำความเข้าใจกับโครงสร้างของปัญหา 2) กำหนดทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา 3) ตัดสินใจเลือก ทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา และ 4) ดำเนินการตามทางเลือก และประเมินผล

5) ขั้นตอนการบำบัด

ผู้ป่วยควรได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการบำบัด จำนวน 6-7 session แต่ละ session ใช้เวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ดังนี้

- ก) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Clarification and definition of problem
 - ข) กำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล (Choice of achievable goals)
 - ค) สร้างทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา (Generation of solutions)
 - ง) เลือกแนวทางในการแก้ไข้ปัญหาที่ตนเองพึงพอใจ (Choice of preferred solutions)
 - จ) ทดลองปฏิบัติแนวทางการแก้ไข้ปัญหาที่เลือกประเมินผล (Implementation of preferred solution)
 - ฉ) ประเมินผล (Evaluation)
- ขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (Stage & clinical action of Problem solving Therapy)
- 6) การประเมินผลการรักษา
 - ก) ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลง
 - ข) ความสามารถในการแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Problem – solving ability)
 - ค) ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

2.2.3 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล : Interpersonal Psychotherapy (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) นิยาม

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง จิตบำบัดที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตน และสามารถควบคุมอาการให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการแก้ไข้ปัญหาหลักในปัจจุบัน ที่นำมาสู่ปัญหาสัมพันธภาพเพียงหนึ่งหรือสองเรื่องหลักเท่านั้น และ

เน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในสัมพันธภาพ โดยไม่ได้เน้นเหตุการณ์ในอดีตหรือการปรับแก้บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย มีระยะเวลาการบำบัดที่แน่นอน ภายใต้แนวคิดหลักที่สำคัญสองประการที่ต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ คือ ประการแรก โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นความผิดหรือความบกพร่องส่วนบุคคล และสามารถที่จะรักษาได้ และประการที่ 2 อาการของโรคซึมเศร้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

สิ่งสำคัญในการบำบัด คือ การเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการของโรคและเหตุการณ์ที่มากระตุ้น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านใดด้านหนึ่ง ใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านดังกล่าวกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและใช้เทคนิควิธีการรักษาทางด้านสัมพันธภาพเพื่อแก้ปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วยนั้น ก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้ (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2551) ซึ่งเมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเหล่านี้ได้รับการแก้ไข อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น ซึ่งบทบาทของผู้บำบัดและผู้ป่วยที่ทำงานร่วมกัน คือ

1. การค้นหาปัญหาหลักที่กระทบต่อความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการขาดทักษะทางสังคม ซึ่งกระทบต่ออาการ ความรู้สึกซึมเศร้า

2. หาแนวทางการลดอาการซึมเศร้า ด้วยการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา หรือแก้ไขปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ลักษณะเฉพาะของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นจิตบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักในปัจจุบันที่นำมาสู่ปัญหาสัมพันธภาพเพียงหนึ่ง หรือสองเรื่องหลัก และเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในสัมพันธภาพ โดยไม่ได้เน้นเหตุการณ์ในอดีต หรือการปรับแก้บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย

2) ความเป็นมาของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

Adolf Meyer (1975) แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkins และผู้ร่วมงานของเขา Harry Stack Sullivan ซึ่งเป็นผู้นำของ Interpersonal School เป็นผู้วางรากฐานแนวคิดที่ว่าปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคทางจิตเวช ผู้ที่นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นวิธีการบำบัดรักษา ได้แก่ Myrna Weissman(2000) และ Gerald Klerman(1993) ทั้ง 2 ท่านพบว่า

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าโดยใช้วิธีการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และเมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ ก็จะช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ทั้งโรคซึมเศร้าหลักและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ โรควิตกกังวล โรคการรับประทุกันต์ผิดปกติ กลุ่มอาการทางกายหลายระบบแต่ไม่พบสาเหตุทางกาย รวมถึงปัญหาบุคลิกภาพที่ผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorders) นอกจากนั้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีการพัฒนาคู่มือที่เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและการฝึกอบรม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย มีประสิทธิภาพในการรักษา งานวิจัยต่างๆ ที่ยืนยันประสิทธิภาพในการรักษา และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าจิตบำบัดที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพอย่างชัดเจน

3) ขั้นตอน/วิธีการบำบัด

โครงสร้างของการบำบัด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้น (Initial phase) 2) ระยะกลาง (Intermediate phase) และ 3) ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Initial phase) ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยในระยะเริ่มต้นควรให้การบำบัด 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1-3 โดยมีกิจกรรมที่ครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้ได้แก่ การจัดการกับกลุ่มอาการโรคซึมเศร้า การค้นหาและประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความคาดหวังเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้น พร้อมประเมินแบบแผนกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังต้องอธิบายเกี่ยวกับโรค อละการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีการประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา

ขั้นตอน ที่ 2 ระยะกลาง (Intermediate phase) สิ่ง que ผู้บำบัดจะต้องปฏิบัติ ในครั้งที่ 4 -11 คือ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเลือกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการโรคซึมเศร้ามากที่สุด หรือที่สำคัญที่สุดมาทำการแก้ไขก่อน โดยอาศัยเทคนิคต่างๆ ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามประเด็นปัญหา ซึ่งมีขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. Grief/ Complicated Bereavement เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิตได้ โดยมีวิธีการที่สรุปได้ดังนี้ 1) ค้นหาประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ 2) เชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสียกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความสูญเสียและอาการซึมเศร้า 3) ทำความเข้าใจ และทบทวน ประสบการณ์ การสูญเสีย และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง 4)

ช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย 5) ช่วยทำให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพใหม่ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม

2. Interpersonal role dispute (conflict, disagreement, argument, problem) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ ซึ่งการบำบัดในรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเดิมที่มีปัญหาให้เป็นรูปแบบการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

3. Role transition การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลมีความยากลำบาก ในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ 1) รู้สึกสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ 3) ต้องการทักษะทางสังคมใหม่ และ 4) ความมีคุณค่าในตนเองลดลง

4. Interpersonal deficits เป็นการวินิจฉัยปัญหาการขาดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้อื่น ซึ่งผู้ที่ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนี้ มักจะแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้ที่คุ้นเคย รวมทั้งกลุ่มเพื่อน และขาดทักษะทางสังคม ดังนั้นเป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ลดการแยกตัวทางสังคมของผู้รับการบำบัด ซึ่งมีวิธีการบำบัด ได้โดยผู้บำบัดทำการทบทวนสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผ่านมา โดยให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงเพื่อน/ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มีผลต่อสัมพันธภาพ ว่ามีความคิดต่อพวกเขาเหล่านั้นบ่อยแค่ไหน มีความสุข สนุกกับเขาเหล่านั้นอย่างไร และมีปัญหาอะไรกับเขาเหล่านั้น จากนั้นทบทวนสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ว่าได้พบเพื่อน / บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว แล้วได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกสนุกสนาน ซึ่งการบำบัดนี้ต้องตั้งเป้าหมาย กำหนดการเริ่มต้นการแก้ไขปัญห และเป้าหมายหลักคือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ลดอาการซึมเศร้า และลดการแยกตัวทางสังคม

ขั้นตอน ที่ 3 ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็นสิ่งที่ผู้บำบัด ต้องทำในครั้งที่ 12-16 โดยมีกิจกรรมหลักๆ อยู่ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นอิสระและมีสมรรถนะ (sense of dependence and competency) โดยการทำให้เกิดความตระหนัก และคำนึงถึงสิ่งที่ได้รับจากการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดซ้ำขึ้นได้ในอนาคต 2) เสริมทักษะในการจัดการปัญหา การจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตขณะเดียวกันก็ยังคงเน้นที่ลักษณะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน

4) การประเมินผลการบำบัด โดยการประเมินตามประเด็น ดังนี้

ก) การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น

ข) ประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ค) ประเมินการไม่สามารถดำเนินงานการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้

(drop out)

3. แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม : Cognitive behavioral therapy

3.1 นิยาม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน หรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต ได้แก่ 1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (social modeling) อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549, ; Stuart and Laraia, 2005)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม พัฒนาขึ้นโดย Beck ในปี 1950 และเริ่มมีการนำมาใช้เพื่อการบำบัดในปี 1970 เป็นแนวคิดแรก ที่เน้นรูปแบบของความคิด ในจิตใต้สำนึก และการใช้เหตุผลของผู้ป่วย เกิดเป็น Cognitive model อธิบายว่าเมื่อมีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมุ่งไปที่มุมมองด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต ผู้บำบัดต้องให้ความรู้ในการที่จะคิดและร่วมมือในการค้นหาความคิดทางลบ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะรู้จักกับรูปแบบความคิดด้านลบของตนเอง และมีการประเมินซ้ำเกี่ยวกับความคิดตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยแบบนี้จะต้องฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดของตนด้วยพฤติกรรมใหม่ การช่วยเหลือแบบนี้ไม่ได้เน้นไปที่ความขัดแย้งของจิตไร้สำนึก ที่นำมาอธิบายกลไกทางจิตเหมือนจิตบำบัดแบบ psychotherapy CBT

3.2 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron Beck (1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time – limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่

บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT) จิตบำบัดซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือนให้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

โดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การบำบัดที่มีโครงสร้าง มีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยทำให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

3.3 ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2549)

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck นี้เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในทรีนี้ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์, (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอาการเสียและมีผลกับปฏิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

3.4 ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) มี 4 ระดับ ได้แก่

3.4.1 ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เทียงนี้ฉันจะกินข้าวที่..... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะ

แทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

3.4.2 ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่ง

3.4.3 ความคิดที่เป็นแกน หมายถึง ความคิดหลักเกี่ยวกับตนเอง คนอื่น และอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ตัวอย่างในแง่บวก เช่น ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ ในแง่ลบ เช่น สังคมเต็มไปด้วยอันตราย เป็นต้น

3.4.4 Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่าง ๆ บุคคลที่ Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ต่อยำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว

ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์กรจิต, 2545)

1) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียว โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมด

2) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา

3) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น

4) การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย

(Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ

5) การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction)

6) การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า “เพื่อน ๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก” เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน

7) การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุป เดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่ตั้งใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”

8) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification / Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่ง จนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน

9) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นการคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมากคิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียว ย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเองละลายใจ หรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย

10) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก

3.5 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549 : Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาจิต, 2549) และยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดลบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่น ๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักซ้อม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

3.6 รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

การให้การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคำแนะนำจาก Clinical Practice Guideline ของ NICE ว่าสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบของ Group CBT และ Individual CBT โดยผู้บำบัด ที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ รายละเอียด ดังนี้

3.6.1 Individual CBT

3.6.1.1 ควรทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มรักษาแล้วทุเลา หรือหายขาด

3.6.1.2 จำนวนครั้งในการบำบัด คือ 12-20 ครั้ง ในระยะ 3-4 เดือน โดยผู้ป่วยซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ควรให้การบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2-3 สัปดาห์แรก และควรติดตามผลการบำบัด 3-4 ครั้ง ในเวลา 3- 6 เดือน

3.6.2 Group CBT

มีงานวิจัย RCT ที่พบว่า Group CBT Program จำนวน 10 ครั้ง และจำนวนสมาชิกในกลุ่ม 7-8 คน ภายหลังจากการบำบัดพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1) ควรทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง

2) องค์ประกอบของการบำบัดแบบ Group-based CBT สำหรับ mild to moderate depression มีรูปแบบโครงสร้างการบำบัด (Model) ที่ชัดเจน ผู้บำบัดต้องมีทักษะความสามารถและประสบการณ์ในการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด รวมทั้งการติดตามผล คือ 12-16 สัปดาห์ ประกอบด้วยการบำบัด 10-12 ครั้ง จำนวนสมาชิกในกลุ่ม 8-10 คน

3.7 ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่

- ก) ประเมินอาการโรคซึมเศร้าและความคิดอยากตายของผู้ป่วย
- ข) ประเมินโรคร่วมที่พบ
- ค) ประเมินความเหมาะสมในการทำจิตบำบัด
- ง) อธิบายบทบาทของผู้ป่วยในการรักษา
- จ) อธิบายความสำคัญของการบ้าน
- ฉ) หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการทำ case formulation

3.8 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดยเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการ

บำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุขชาติ พหลภาคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; สุขชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1) การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุขชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

2) การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้ต่างอื่น (alternative possible

interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้น อย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3) พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยึด มูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติ ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิด ในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมองสิ่งเร้าหรือ ประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4) วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ใน ขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อ สันนิษฐานดีแล้ว หรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหามา เป็นวิธีการเพื่อให้ ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาใน แนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 1997) เช่น

1) การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ

2) การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

3) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามทีวางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4) การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูดในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดการให้ผู้ป่วยทำการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

วิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) ในขั้นแรกจะเริ่มต้นที่การขจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

ก) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training)

ข) การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (bio – feedback) ที่ใช้กัน ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้มีความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด

ค) การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

ง) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มีการฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

จ) การไม่ให้เกิดการทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้เกิดการทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้น ๆ

2) วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ก) การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ความรู้สึก (monitoring thoughts and feeling) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่

ข) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย

ค) การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลาย ๆ วิธีออกมาด้วยตนเอง

ง) ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร

จ) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่บวกทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

ฉ) การหยุดความคิด (thought stopping) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิด

โดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่

3) วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

ก) การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่าง ๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมกรรหลีกหนี

ข) การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่นการให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

ค) การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

ง) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

จ) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลาย ๆ ราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

ฉ) การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะทำให้ผู้ป่วยติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้าคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

3.9 การประเมินผลการบำบัด

ใน Clinical Practice Guideline ของ Ministry of Health Malaysia ปี 2007 และ Clinical Practice Guideline ของ NICE ปี 2009 แนะนำว่าผู้ป่วยที่รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมควรมีการติดตามผลการบำบัดโดยใน Individual CBT ควรติดตามผล 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 3- 6 เดือน การประเมินควรดำเนินการทันทีหลังการบำบัดครบ และติดตามทุกเดือน เป็นเวลา 3 เดือน ด้วยการประเมินตัวชี้วัดการบำบัดดังนี้

- ก) ประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ลดลง
- ข) ประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Automatic Thoughts Questionnaire : ATQ) หลังได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)
- ค) ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

3.10 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 15 – 20 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ Greist and Jefferson, 1992; Wright and Beck, 1995 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมักจะใช้ในการรักษาในระยะสั้น 10 – 20 ครั้งต่อ Course แต่ White and Freeman, 2000 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 – 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้ง และต้องมีการดำเนินการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson (1992) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 7 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

4. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน และครอบครัวยังเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อจากบุคลากรทางการแพทย์

4.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census, (1988) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่าครอบครัว (family) หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าเป็นไม่ใช่ครอบครัว (Povemy & finch, 1998 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความผูกพันกันทางกฎหมายหรือสายโลหิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาท หน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะโครงสร้างเกี่ยวกับ บุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางอารมณ์ความรู้สึก ครอบครัวจะสร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) สร้างความรัก ความอบอุ่น (love and warm) อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวที่ดีต่อไป (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

สรุปได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความผูกพันทางอารมณ์จิตใจ มีการดำเนินชีวิตหรืออาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การพาผู้ป่วยปรึกษา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวได้

4.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในแง่การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนทุกด้าน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญ

คนอื่นๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชน แหล่งอาศัย

Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

4.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

4.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และครอบคลุมด้านทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค โยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง

5. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Dattilio. 1997, 2002)

5.1 แนวคิด

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวของ Dattilio. (1997, 2002) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck et al. (1979) และทฤษฎีการบำบัดทางด้านอารมณ์ของ Ellis (1978) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยมี

5.2 สมมติฐานทางทฤษฎีที่สำคัญ 4 ประการ

1) สมาชิกในครอบครัวมุ่งมั่นที่จะรักษาสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและใช้สถานะสมดุลนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของพวกเขา

2) กระบวนการทางความคิดของสมาชิกในครอบครัว (family members' cognitive processes) เช่น การอ้างเหตุผลความคาดหวัง มาตรฐาน และความคิดที่บิดเบือน จะมีอิทธิพลต่อชีวิตครอบครัว

3) ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการคิดไปปิดกั้นความรู้สึกพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว

4) การเข้าใจองค์ประกอบทางความคิดของปัญหาจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ไขความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ และแบบแผนพฤติกรรม

ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบแผนของความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม ของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมาชิกในครอบครัว การบำบัดให้ความสำคัญกับการยอมรับตนเองของสมาชิกและการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว สนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินครอบครัว ค้นหาความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในครอบครัว ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น เป็นความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

5.3 เป้าหมายการบำบัดที่สำคัญ 3 ประการ

5.3.1 เพิ่มพฤติกรรมด้านบวก

5.3.2 เปลี่ยนแปลงความคิดที่บิดเบือน

5.3.3 พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันของสมาชิกครอบครัว

จากการศึกษาของ Khodayarifard et al. (2007) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวในกรณีศึกษาผู้ใหญ่ มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 12 ครั้ง พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยและสนับสนุนให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

6. โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Dattilio. 1997, 2002)

โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวเป็นการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับตนเองและการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้เกิดความสามารถในการรับรู้ความคิดที่บิดเบือนไปของผู้ป่วย และ พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยการให้ความรู้เพื่อทำให้เกิดทักษะในเรื่องของการสื่อสาร การแสดงออก ทักษะการฟัง การเจรจา และการแก้ปัญหา ในปัจจุบันทฤษฎีนี้มองปัญหาที่มีผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมาชิกในครอบครัวเพียงใด มุ่งเน้นให้สมาชิกมองไปที่ปัญหาของครอบครัว และทำให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ใน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดโดยครอบครัว จากการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) จึงมีการประยุกต์โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว 2) การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change และ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change) เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพยา โดยเป็นการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัว จำแนกเป็นการบำบัด 7 กิจกรรมๆ ละ 45-60 นาที ดังแสดงในภาคผนวก โดยมีขั้นตอน ดังนี้แสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การประยุกต์
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship)และให้สุขภาพจิตศึกษา		
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพผู้ป่วย	1.การมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) ในประเด็น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว อันจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว	2.การมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio. (1997, 2002) ในประเด็นเรื่องของการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาภายในครอบครัวได้
ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว	2.การมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพแวดล้อมทางครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio. (1997, 2002) ในประเด็นเรื่องของการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาภายในครอบครัวได้

(ต่อ) ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การประยุกต์
ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)		
ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาความคิดบิดเบือนร่วมกัน	1.แนวคิดกระบวนการทางความคิดของสมาชิกในครอบครัว (family member 's cognitive process) ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาความคิดบิดเบือนร่วมกัน แสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกอันจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว
ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยและครอบครัว	2.สมาชิกครอบครัวตระหนักถึงกระบวนการคิดที่บิดเบือน ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวตระหนักถึงกระบวนการคิดที่บิดเบือน ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ตามการยอมรับตนเองของสมาชิกและการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว สนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหาร่วมกันในครอบครัว

(ต่อ) ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)		
ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาพฤติกรรมที่ต้องการ	1. สมาชิกครอบครัวเข้าใจองค์ประกอบของความคิดที่นำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์และแบบแผนพฤติกรรมในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจองค์ประกอบของความคิดที่นำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์และแบบแผนพฤติกรรมในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาพฤติกรรมที่ต้องการ วิเคราะห์พฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว
ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการหาแหล่งสนับสนุน	1.สมาชิกครอบครัวเข้าใจองค์ประกอบของความคิดที่นำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์และแบบแผนพฤติกรรมตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจองค์ประกอบของความคิดที่นำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์และแบบแผนพฤติกรรมในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันมากขึ้น ส่งเสริมให้ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร เพื่อเพิ่มการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

(ต่อ) ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล	1.สมาชิกครอบครัวมุ่งมั่นรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัว เข้าใจกระบวนการคิดของสมาชิก เข้าใจปัญหาของกระบวนการคิดที่บิดเบือนอันจะส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002)	ผู้วิจัยยึดหลัก ให้สมาชิกครอบครัวมุ่งมั่นรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัว เข้าใจกระบวนการคิดของสมาชิก เข้าใจปัญหาของกระบวนการคิดที่บิดเบือนอันจะส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตามการศึกษาของ Dattilio. (1997, 2002) โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดกระบวนการคิดที่ถูกต้อง สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมการบำบัด ในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ใช้แนวคิดของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้น ซึ่งนอกจากจะมีการผสมผสานแนวคิดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดแล้วนั้น ยังได้มีการคำนึงถึงในส่วนของระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ภายในระยะเวลาที่เร็วที่สุด เป็นการช่วยลดระยะเวลาที่ต้องอยู่กับโรคที่เป็น ของผู้ป่วยอีกทางหนึ่งด้วย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมไว้ที่ สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าโปรแกรม นาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา การดำเนินกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัว ช่วยให้มีสมาธิและทราบถึงปัญหาภายในครอบครัวที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว การดำเนินกิจกรรมนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) โดยการสังเกต บันทึกพฤติกรรม ความคิด กระบวนการระหว่างผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถร่วมกันวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ยอมรับต่อปัญหาซึมเศร้าของผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า รวมถึงเกิดการตระหนักรู้และแสดงเจตนา รวมถึงความมุ่งมั่นและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับครอบครัว การเปิดเผยความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงการวางแผนร่วมกันตามแนวทางการบำบัด (Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมกันค้นหาความคิดบิดเบือนของครอบครัวและหาแนวทางแก้ไข การดำเนินกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกให้ครอบครัวค้นหาและสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ใช้หลักการการมองตนเอง (Self-instruction) โดยมุ่งไปที่เนื้อหาของความคิด กระบวนการคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัวที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น ซึ่งการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบนี้อาจช่วยให้ครอบครัวพิจารณาว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นมีความสมเหตุสมผลหรือไม่และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน อีกทั้งได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว การดำเนินกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของครอบครัวให้มีเหตุผลและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยยึดหลักให้ครอบครัวฝึกการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล

(Rational analysis) ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และช่วยให้เกิดความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยพิจารณาจากปัจจัยเหตุของปัญหา แล้วมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดมุมมองด้านบวกมากขึ้น (Reframing) ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาทุกแง่มุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย อย่างรอบด้าน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า การดำเนินกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองในครอบครัวและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการจัดการพฤติกรรม (Behavior enactment) เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้มองเห็นพฤติกรรมของตนเองและการทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัว และสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ได้ เช่น การให้ทำแบบฝึกหัดในห้องเรียน การบันทึกพฤติกรรมประจำวันที่ได้รับมอบหมาย (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน การดำเนินกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้มากขึ้น โดยมีการจัดกิจกรรม (Scheduling activity) ในครอบครัวและมีการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and Pleasure technique) มีการมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) และการทำการบ้าน (Homework) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และหัดมีทักษะใหม่ ๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยหัดทำแทนการพูด ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการพฤติกรรมของตนเองร่วมกับครอบครัว (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล การดำเนินกิจกรรมนี้เป็นขั้นตอนของการสรุปและทบทวนขั้นตอนของการบำบัดในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา ร่วมกับครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้อีก ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องร่วมกันในครอบครัว และจริงจังกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและยุติสัมพันธภาพ (Dattilio 1997, 2002)

7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเทศไทย

ฉัฐวิ แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ตันตสุติ (2555) ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กฉบับภาษาไทย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ได้แก่ การมองตนเองไม่ดี(OR=15.2) ความไม่พอใจในผลการเรียน(OR=12.1) ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของ
เด็กกับบิดามารดา (OR=6.1) ความคิดฆ่าตัวตาย (OR=5.9) รายได้ในครอบครัวต่ำ (OR=2.8)

สุกัญญา รักรัชชกิจกุล (2556) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง
ความสัมพันธ์กับบิดาไม่ดี ความสัมพันธ์กับมารดาไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี และการมีโรค
ประจำตัว

อนุพงศ์ คำมา (2556) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรใน
จังหวัดสุโขทัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม
ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 110 ราย กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย 220 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับ
การฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า และการมีโรคประจำตัว โรคทางจิตเวช
ปัญหาเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (OR=2.05)

ปริณดา นพโสทร (2556) ในประเทศไทยซึ่งพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
ควรมีการเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากความหวัง
มีความสำคัญกับการหายของผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเสมือน
เป็นแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีความหมายต่อสมาชิกครอบครัว
ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

ซาฤทธิ วรวิชญพงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ
ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้า
ร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

กุลธิดา สุภาคณ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่รับการพยาบาลตามปกติ
ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ

พจนีย์ สุดติภูมิ (2550) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง

สุภาวดี ธัมมะรักขิต (2550) การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะ
ซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าจำนวน 20 คน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันที และระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาในต่างประเทศ

Dattilio (1997) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว จะเน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

Duarte, Penna et al. (2006) ได้ศึกษาการรักษาอาการปวดท้องที่หาสาเหตุไม่ได้ในเด็กอายุระหว่าง 5.1-13.9 ปี จำนวน 32 คนโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีความถี่ของอาการปวดท้องที่หาสาเหตุไม่ได้ลดลง

Hollon et al.(2005) เป็นโรคที่สามารถเป็นซ้ำได้ โดยร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี ได้ จึงทำให้โรคซึมเศร่ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่การไร้ซึ่งศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว

Friedberg, 2006 กล่าวว่า หากครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

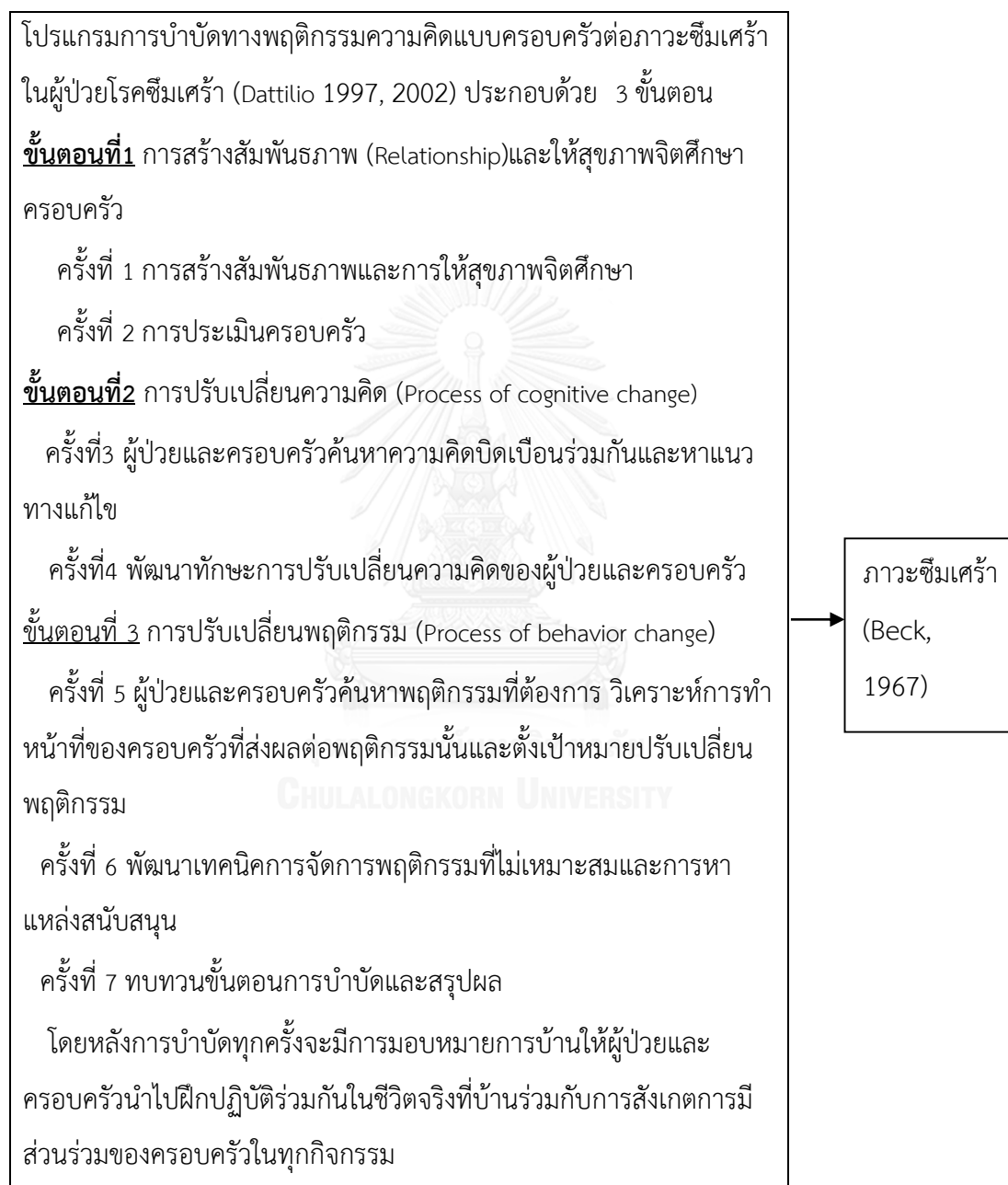
Khodayarifard et al. (2007) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในกรณีศึกษาผู้ใหญ่ มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 12 ครั้ง พบว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยและสนับสนุนให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และยังพบอีกว่าการบำบัดแบบกลุ่มได้ผลดีกว่าการบำบัดรายบุคคล

Kamen et al. (2011) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยระยะยาวกว่า 23 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) จะมีภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ขาดในเรื่องนี้

Navjot, 2000 กล่าวว่าในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคซึมเศร่า นั้น จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาต้านเศร่า มากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคม ซึ่งโดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว ก็ยังคงต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งยังคงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการของภาวะซึมเศร่าหลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

จากผลการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว แต่ยังไม่พบการศึกษาที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest randomized control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
	O3		O4	กลุ่มควบคุม
O1	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว		
O2	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว		
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว		
O3	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O4	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) รับการดูแลต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง มกราคม พ.ศ. 2559 ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (inclusion criteria) แบ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณลักษณะเหมือนกันในเรื่อง เพศหญิง และชาย และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (สามี/ภรรยาหรือญาติ) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. มีอายุ 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลตติยภูมิ แล้วส่งกลับมารับบริการต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) แปลเป็นภาษาไทย โดยอุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540)
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

เนื่องจากในงานวิจัยนี้ สมาชิกในครอบครัวจะเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการทดลองจึงกำหนดให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้แทนสมาชิกในครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นคู่สามีหรือภรรยา หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผูกพันกันโดยสายเลือดและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

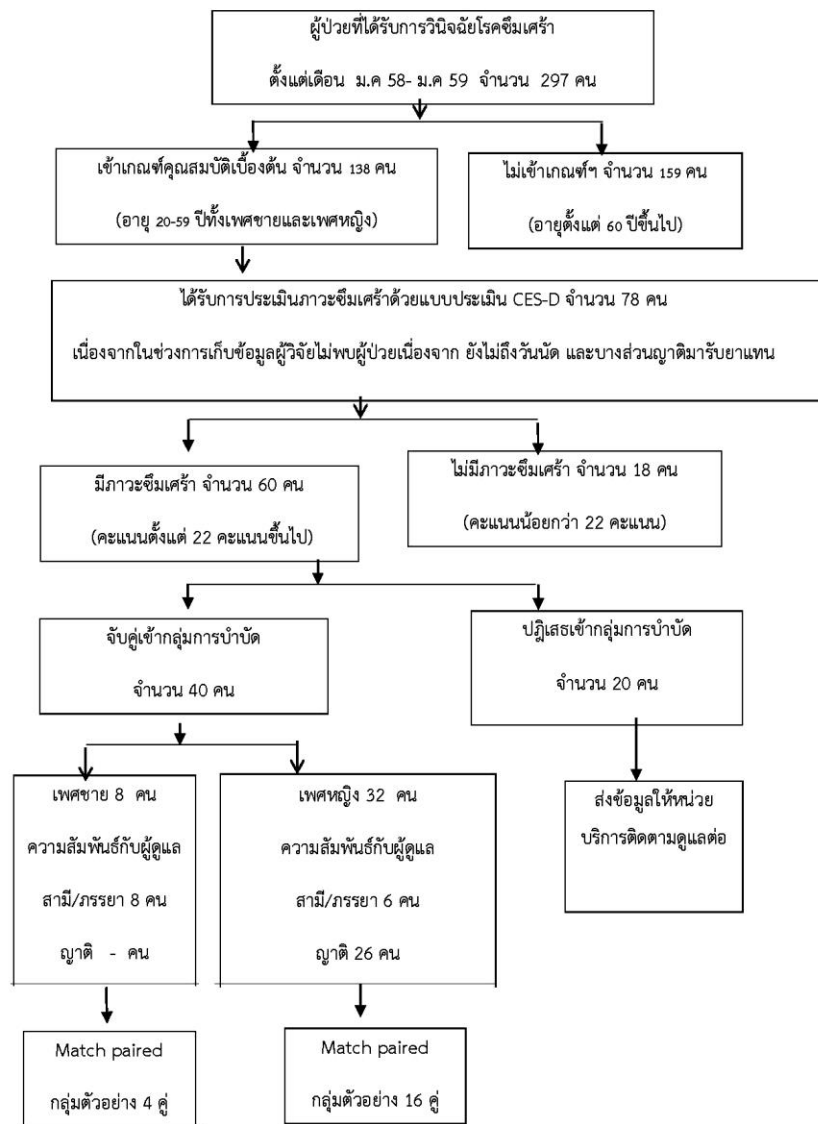
ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรครายใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แล้วส่งต่อมารับการดูแลต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 138 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะแรกๆ ดังนั้นการดูแล จึงเป็นการรักษาอาการทางกายด้วยยา และการได้รับความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และยังไม่เคยได้รับการทำกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาก่อน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) ในเรื่อง เพศหญิงและชาย และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (สามี/ภรรยาหรือญาติ) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched Paired) ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ จำแนกตามเพศและลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ดูแล	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ดูแล
1	หญิง	มารดา	หญิง	บุตร
2	หญิง	มารดา	หญิง	บุตร
3	หญิง	บุตร	หญิง	บุตร
4	หญิง	บุตร	หญิง	ลูกสาว
5	หญิง	สามี	หญิง	บุตร
6	หญิง	บุตร	หญิง	หลานสาว
7	ชาย	ภรรยา	ชาย	ภรรยา
8	หญิง	บุตร	หญิง	บุตร
9	หญิง	สามี	หญิง	สามี
10	ชาย	ภรรยา	ชาย	ภรรยา
11	หญิง	มารดา	หญิง	มารดา
12	หญิง	น้ำสาว	หญิง	พี่สาว
13	หญิง	น้ำสาว	หญิง	น้ำสาว
14	หญิง	บุตร	หญิง	บุตร
15	ชาย	ภรรยา	ชาย	ภรรยา
16	ชาย	ภรรยา	ชาย	ภรรยา
17	หญิง	บุตร	หญิง	บุตร
18	หญิง	บุตร	หญิง	พี่ชาย
19	หญิง	พี่สาว	หญิง	พี่สาว
20	ชาย	ภรรยา	ชาย	ภรรยา

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เหมือนกัน ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลอง มีเพศชาย จำนวน 4 คน และเพศหญิง จำนวน 16 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมก็มี เพศชาย จำนวน 4 คน และเพศหญิง จำนวน 16 คน เท่ากัน 2) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลพบว่า ในกลุ่มทดลองประกอบด้วย สามี/ภรรยา จำนวน 7 คน และญาติจำนวน 13 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมประกอบด้วย สามี/ภรรยา จำนวน 7 คน และญาติ จำนวน 13 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 7 ท่าน ได้แก่ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2559 หมายเลขการวิจัยที่ 3/2559 (ที่ ชน 0032.002/1694) ดังเอกสารแนบในภาคผนวก ง

เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงว่าในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น และหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในขณะที่ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อเพื่อประเมินและเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อไป และหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงขณะที่กำลังดำเนินกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรม

เป็นรายครอบครัวแทน รวมทั้งหากมีข้อสงสัยหรือคำถามใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2545)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2536)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวของ Dattilio (1997, 2002) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ตามแนวคิดของ Dattilio (1997, 2002) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 สร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และบททวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ตามแนวคิดของ Dattilio (1997, 2002) หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา การดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัว ช่วยให้ความเข้าใจและทราบถึงปัญหาภายในครอบครัวที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว การดำเนินการนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) โดยการสังเกต บันทึกพฤติกรรม ความคิดในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถร่วมกันวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ยอมรับต่อปัญหาซึมเศร้าของผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า รวมถึงเกิดการตระหนักรู้และแสดงเจตนาพร้อมถึงความมุ่งมั่นและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับครอบครัว การเปิดเผยความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงการวางแผนร่วมกันตามแนวทางการบำบัด (Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมกันค้นหาความคิดบิดเบือนของครอบครัวและหาแนวทางแก้ไข การดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกให้ครอบครัวค้นหาและสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ใช้หลักการการมองตนเอง (Self-instruction) โดยมุ่งไปที่เนื้อหาของความคิด กระบวนการคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัวที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น ซึ่งการฝึกค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบนี้อาจช่วยให้ครอบครัวพิจารณาว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นมีความสมเหตุสมผลหรือไม่และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน อีกทั้งได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบบกับภาวะซึมเศร้า (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว การดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของครอบครัวให้มีเหตุผลและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยยึดหลักให้ครอบครัวฝึกการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล (Rational analysis) ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และช่วยให้เกิดความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยพิจารณาจากปัจจัยเหตุของปัญหา แล้วมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดมุมมองด้านบวกมากขึ้น (Reframing) ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาทุกแง่มุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย อย่างรอบด้าน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (Dattilio 1997, 2002)

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า การดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองในครอบครัวและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการจัดการพฤติกรรม (Behavior enactment) เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้มองเห็นพฤติกรรมของตนเองและการทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัว และสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ได้ เช่น การให้ทำแบบฝึกหัดในห้องเรียน การบันทึกพฤติกรรมประจำวันที่ได้รับมอบหมาย (Dattilio 1997, 2002)

ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน การดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันได้มากขึ้น โดยมีการจัดกิจกรรม (Scheduling activity) ในครอบครัว และมีการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and Pleasure technique) มีการมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) และการทำการบ้าน (Homework) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และหัดมีทักษะใหม่ ๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยหัดทำแทนการพูด ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการพฤติกรรมของตนเองร่วมกับครอบครัว (Dattilio 1997,2002)

ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล การดำเนินการนี้เป็นขั้นตอนของการสรุปและทบทวนขั้นตอนของการบำบัดในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาร่วมกับครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้อีก ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องร่วมกันในครอบครัว และจริงจังกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและยุติสัมพันธภาพ (Dattilio 1997, 2002)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว จนครบ 7 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังรายนามใน (ภาคผนวก ก)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีประเด็นแก้ไขดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

ประกอบด้วยกรดำเนินการกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา ควรมีการปรับปรุงวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 และควรเพิ่มเรื่องการดูแลรักษาในการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อเชื่อมโยงว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การประเมินครอบครัว ควรปรับปรุงเรื่องการเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้สอดคล้องกัน โดยมีการปรับให้มองเห็นวัตถุประสงค์

เชิงพฤติกรรมได้ชัดเจนขึ้น คือ “เพื่อให้ครอบครัวสามารถร่วมกันวิเคราะห์โครงสร้างครอบครัวอันประกอบไปด้วยบทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม” และควรเพิ่มการอธิบายถึงการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินบทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในใบงานที่ 1/1 เรื่อง แนวทางการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยมีการปรับในส่วนของบทบาทในครอบครัวให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

กิจกรรมที่ 3 ครอบครัวยุติความคิดบิดเบือนร่วมกันและหาแนวทางแก้ไข

ควรเพิ่มการอธิบายโดยการยกตัวอย่างความคิดบิดเบือนที่พบบ่อยในใบความรู้ที่ 3/4 แต่ละหัวข้อให้ชัดเจนขณะทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในเนื้อหาได้มากยิ่งขึ้น เช่น คิดแบบสุดโต่ง ยกตัวอย่างความคิด คือ “ฉันขับรถไม่ได้เพราะฉันจะมีอุบัติเหตุ”

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว ควรตรวจสอบกิจกรรมในใบงานเพื่อให้เชื่อมโยงกับแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า

ปรับการเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในกิจกรรมเพียงใด จึงมีการปรับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมใหม่ “ เพื่อให้ครอบครัวได้ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ”

ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน

ในกิจกรรมนี้ควรเพิ่มการอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มองเห็นความเชื่อมโยงในกิจกรรมที่ผ่านมา ว่าปัญหาทางพฤติกรรมในครอบครัวที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้น ในครอบครัวควรจะมีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร ได้มีการปรับโดยการเพิ่มการอธิบายในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมต่อไป คือ พยายามอธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงการวิเคราะห์ปัญหาด้านพฤติกรรมในกิจกรรมที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้ โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลจำนวน 3 ครอบครัว จำนวน 7 ครั้ง จนครบ โปรแกรมฯ เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง ตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ในการทดลองใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว พบทั้งข้อดีและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม สรุปไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน หลังจากแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ พบปัญหาอุปสรรค คือ

1. ควรมีการอธิบายขั้นตอนของกิจกรรมอย่างชัดเจน
2. การประเมินความคาดหวังของสมาชิกต่อการทำกิจกรรม เน้นให้เขียนลงในใบงานมากกว่า ให้แสดงความคิดเห็น เนื่องจากในช่วงแรกของการทำกิจกรรม ผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยกัน จึงอาจแสดงความคิดเห็นได้น้อย ผู้วิจัยจึงสร้างตารางบันทึกความคาดหวังเพื่อให้สมาชิกสามารถบันทึกความคาดหวังของครอบครัวตนเองได้
3. การแก้ปัญหาสมาชิกในเรื่องการแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสร้างข้อตกลงร่วมกันในการเข้ากลุ่มในเรื่องของการแสดงความคิดเห็น ควรมีการยกมือก่อนที่จะแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินครอบครัว

1. พบว่าผู้ป่วยและครอบครัว ไม่เข้าใจในใบงานที่ 2/1 เรื่องของการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ในครอบครัว จึงได้นำประเด็นดังกล่าวมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ได้มีการปรับภาษาในเรื่องของบทบาทของครอบครัวแต่ละด้านให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) โดยแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคมีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.84 โดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาคสูงถึง 0.90 แบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของการประเมินตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน 1) สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง 2) สะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ 3) สะท้อนอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ 4) สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้ค่า แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็น

แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับแนวคิดความซึมเศร้าของเบคในทางคลินิก แบบสอบถามนี้ใช้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะ ค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อที่ 1 – 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ

150 คะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน คะแนนที่คิดอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือ มีความคิดด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไป ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et al., 1990 cited in Furlong & Tian, 2002)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วย ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach ' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้วในกิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบแบบสอบถามความคิดอัตโนมัติด้านลบ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งหลังการประเมินผลด้วยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบว่าระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ซึ่งถือว่า มีความคิดด้านลบในระดับที่พบได้ในบุคคลทั่วไป ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et al., 1990 cited in Furlong & Tian, 2002) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 52 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด คือ 80 คะแนน (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (n=20)

คนที่	คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ	
	(คะแนน)	แปลผล
1	74	ปกติ
2	53	ปกติ
3	74	ปกติ
4	79	ปกติ
5	79	ปกติ
6	80	ปกติ
7	79	ปกติ
8	79	ปกติ
9	65	ปกติ
10	73	ปกติ
11	68	ปกติ
12	74	ปกติ
13	80	ปกติ
14	75	ปกติ
15	77	ปกติ
16	79	ปกติ
17	52	ปกติ
18	69	ปกติ
19	65	ปกติ
20	70	ปกติ

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครั้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทุกคน (คิดเป็นร้อยละ 100) มีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ อยู่ในระดับปกติ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 52 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 80 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรมฯ มีค่าคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ซึ่งถือว่า มีความคิดด้านลบในระดับปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วไป ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et al., 1990 cited in Furlong & Tian, 2002)

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย ซึ่ง ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และเครื่องมือมีความเที่ยงของวัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มปกติ [ค่าเฉลี่ย =25.6 (SD 8.08) และ (SD 6.7), $p < 0.01$] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Nirattharadorn (2005) ได้นำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้า จาก receiver operating characteristic curve พบว่าคะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82

การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 20 โดยคะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0-60 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด หากคะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในเรื่องการปรับความคิด โดยเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้า” จัดโดยหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างวันที่ 26-28 สิงหาคม 2558 ระยะเวลาจำนวน 3 วัน ดังแสดงในภาคผนวก จ

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครบวงจร และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยค้นคว้าทาง ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาให้เกิดรูปแบบการบำบัดทางสังคม จิตใจ ที่มีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ในการคุ้มครองผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพยา เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ

และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในชุมชน โดยใช้โรงพยาบาลสรรพยาเป็นที่นัดหมายกลุ่มผู้ป่วย มาร่วมทำกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรมฯ

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ซึ่งมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของโรงพยาบาลสรรพยา โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ ในการฝึกทักษะ ตามโครงสร้างของโปรแกรมที่จะดำเนินการ และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา และความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วย ในระบบฐานข้อมูล Hos-XP ของโรงพยาบาลทั้งหมด แล้วนำมาพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าทั้งเพศชาย - หญิง และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพยา โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย หากผู้ป่วยมีผลการประเมินแล้วพบว่าปกติ ก็ให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป แต่หากพบผู้ป่วยรายใด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแต่ละคู่ เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ

สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว แก่กลุ่มทดลองว่าโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทางกระบวนการความคิด ด้วยการฝึกให้เกิดทักษะในการตรวจสอบความคิดและพฤติกรรมของตนเองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ในครอบครัว แล้ววางแผนแก้ไขความคิดและพฤติกรรมนั้น ด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวด้วย โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว โดยนัดมาครั้งละ 5 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ซึ่งมีทั้งหมด 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมตามโปรแกรมสลับช่วงเวลา เข้าและบ่าย ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวในครั้งที่ 7 ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (การกำกับการทดลอง) ทันที หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย (Post-Test)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คนอื่นๆ แต่จะได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว เพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ

4) ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว พร้อมทั้งมอบตารางการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน

1.9.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้

คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย (Post-Test)

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครบครัน ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครบครัน ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ โดยในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันทำใบงานหรือกิจกรรมในแต่ละครั้งร่วมกันภายในครอบครัว และหลังจากนั้นจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละครอบครัวตามใบงานร่วมกันภายในกลุ่ม ประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งสิ้น 7 กิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 กิจกรรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ลำดับ ดาห้ ที่	กิจกรรม	กลุ่ม/จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
1	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	4 ต.ค 59	10-11น	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	4 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	5 ต.ค 59	10-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	5 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
2	ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	11 ต.ค 59	9-11น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	11 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	12 ต.ค 59	9-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	12 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
3	ครั้งที่ 3 ครอบครัวค้นหาความคิดบิดเบือนร่วมกันและหาแนวทางแก้ไข	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	11 ต.ค 59	9-11น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	11 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	12 ต.ค 59	9-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	12 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
3	ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดในครอบครัว	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	9-11น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	14-16 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	9-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
3	ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	9-11น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	14-16 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	9-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
3	ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	9-11น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	18 ต.ค 59	14-16 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	9-11 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 4/5 ครอบครัว	19 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา

ลำดับ ดาห์ ที่	กิจกรรม	กลุ่ม/จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
4	ครั้งที่ 7 ทบทวน ขั้นตอนการบำบัดและ สรุปผล	กลุ่ม 1/5 ครอบครัว	25 ต.ค 59	9-10น	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 2/5 ครอบครัว	25 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	26 ต.ค 59	9-10น.	รพ.สรรพยา
		กลุ่ม 3/5 ครอบครัว	26 ต.ค 59	14-15 น.	รพ.สรรพยา

การดำเนินกิจกรรม โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ในแต่ละครั้ง มีผล
การประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมิน
ครอบครัว** ประกอบด้วยการดำเนินการ 2 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด รวมถึงการ
ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม และสอนผู้ป่วย
ให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและ
ปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม เป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบ
ของการบำบัดซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ และทำให้สมาชิกในกลุ่มมี
ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมการบำบัด และเป็น
การทำให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่อไปเกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยปัญหาที่ทำให้เกิด
ภาวะซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ มีการประเมินปัญหา และความ
รุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และเรียนรู้ผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่ตนเองประสบอยู่ ได้รับ
ทราบความคาดหวัง/ความต้องการของครอบครัวต่อการรักษา รวมถึงอธิบายความรู้สุขภาพจิตเรื่อง
โรคซึมเศร้า โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาการ สาเหตุ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่

ละครอบครัว และเพิ่มเติมความสำคัญของโรคซึมเศร้าซึ่งเกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการของผู้ป่วย และอธิบายความรู้สึกสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้ แล้วพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดทุกคน มีความไว้วางใจต่อพยาบาลและผู้ช่วยครอบครัวอื่นๆ ภายในกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาโต้ตอบระหว่างกัน ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลในครอบครัวของตนเอง เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ด้วยความเต็มใจ และเมื่อเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยแต่ละครอบครัวได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ก็พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ในเรื่องโรคซึมเศร้า อาการ และอาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษา ดังเช่น ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

ความหมายของโรคซึมเศร้า

“โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิต คนที่ป่วยจะไม่รู้สึกอยากทำอะไร แยกตัว ไม่ค่อยพูด”

“โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่มีอารมณ์เศร้าตลอด ทำงานไม่ได้ และกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากไปทำงาน ไม่อยากทำอะไร”

อาการและอาการแสดง

“ตอนที่ม่มีอาการช่วงแรก รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากได้อะไรดีอะไร ไม่อยากพูดจាកับใคร รู้สึกโลกนี้มันไม่น่าอยู่ อยากจะตายๆ ไปเลย ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร”

“ป้ารู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย กินข้าวไม่ได้ กลืนไม่ลง นอนก็ไม่หลับ ใจคอไม่ดี”

“ผมก็เป็น ตั้งแต่โดนให้ออกจากงาน ต้องกลับมาบ้าน เห็นหน้าลูกเมีย มันรู้สึกหมดสิ้นความหวัง รู้สึกชีวิตไร้ค่า คิดว่าเราทำให้ครอบครัวต้องผิดหวัง”

สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

“สำหรับฉันเกิดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ฉันทะเลาะกับสามีทุกวัน เกิดปัญหาสะสมมากๆ ก็ทำให้ซึมเศร้าไปเลย”

“ป้าว่าเรื่องในครอบครัว เวลามีปัญหาทะเลาะกัน ก็จะไม่พูดกัน”

“ผมว่าเกิดจากเหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ที่มันสะสมมาเรื่อยๆ ในชีวิตของเรา ไม่ว่าจะปัญหาครอบครัว การงาน ปัญหาหนี้สิน พอเราต้องอยู่กับปัญหานั้นๆ ก็ไม่รู้จะแก้ไขปัญหาอย่างไร มันก็ทำให้เราซึมเศร้าได้”

การรักษา

“เมื่อก่อนไม่คิดว่าอาการนี้มันคือโรค และต้องรักษา เคยคิดว่าแค่ปล่อยๆ ไปเดี๋ยวมันก็จะหายไปเอง แต่ตอนนี้ตั้งแต่เริ่มมาหาหมอ ก็พอจะเข้าใจว่ามันเป็นโรคที่ต้องรักษา ต้องกินยา ”

“หมอบอกป้าไว้ว่าต้องกินยาไป 1-2 ปี ห้ามขาดยา ป้าเลยมาหาหมอตลอดไม่เคยขาดนัดเลย”

จากการพูดคุย และซักถาม พบว่าปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การมีเหตุการณ์เครียดในชีวิตตามประเด็นต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

ด้านครอบครัว ได้แก่ ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว(บุตร หรือ สามี/ภรรยา) การเจ็บป่วย และการสูญเสียของบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา และ บิดา/มารดา)

ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีหนี้สิน ปัญหาตกงาน รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในบ้าน

ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

สาระสำคัญ เป็นการสัมภาษณ์ครอบครัวเพื่อประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอย่างไรหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาอย่างไร และดูว่าครอบครัวมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาอย่างน้อยเพียงใด

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวตนเอง นอกจากนี้การประเมินผลการทำใบงาน ที่ 2/1 เรื่อง “แนวทางการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของครอบครัว” พบว่าทุกครอบครัวแสดงความคิดเห็นถึงบทบาทของผู้ป่วยและบทบาทของครอบครัวในด้านต่างๆ ได้ตามใบงาน โดยในระหว่างการทำกิจกรรมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยและร่วมกันคิดวิเคราะห์ว่าการกระทำในแต่ละด้านของตนเองส่งผลกระทบต่อปัญหาภาวะซึมเศร้าอย่างไร

การประเมินผล

จากข้อมูลที่ผู้ป่วยได้ระบุไว้ในใบงานข้างต้นนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง มี 1 กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ตนกับภรรยาไม่เคยมานั่งคุยกันแบบนี้ เวลาอยู่บ้านก็ต่างคนต่างอยู่ แล้วก็ไม่ได้คิดว่าการกระทำของตนจะเป็นต้นเหตุ ทำให้ภรรยาซึมเศร้า ผมไม่รู้จริงๆ ” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำกิจกรรมต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

ครั้งที่ 3 ครอบครัวยุบรวมกันค้นหาความคิดบิดเบือนของครอบครัวและหาแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกให้ครอบครัวค้นหาและสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ใช้หลักการการมองตนเอง (Self-instruction) โดยมุ่งไปที่เนื้อหาของความคิด กระบวนการคิด และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของครอบครัว

สาระสำคัญ

ระบบครอบครัว หมายถึง ระบบย่อยในครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ มีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบและการมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาท หน้าที่ของครอบครัว และเผชิญปัญหาครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว มีการกำหนดบทบาทในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนรับรู้ถึงหน้าที่ของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม และเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องเผชิญเหตุการณ์ใดๆ ก็จะสามารถแสดงบทบาทและทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้ จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบและเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ในครอบครัวที่ประสบอยู่นั้น ส่งผลทำให้อารมณ์ซึมเศร้ายุบรวมแรงได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดมานาน ก็คือปัญหาที่สามิติดเกล้า เวลาสามิตีมึนเหล่านี้ๆ ก็มักจะทะเลาะกัน ป้ามีความคิดว่าทำไมสามิตีไม่รักครอบครัว ไม่สนใจครอบครัว ไม่รักป้า เงินทองที่หามาได้ก็เอาไปกินเหล้ากับเพื่อนหมด ป้าคิดว่าชีวิตครอบครัวป้าคงหมดหวังแล้ว มันคงจะไม่มีอะไรดีกว่านี้อีก”

นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติ ตามใบงานที่ 3/1 แบบบันทึกการติดตามความคิดอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว พบว่าที่ผ่านมานั้นผู้ป่วยมีความคิดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาตามประสบการณ์เดิมของตน ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์เป็นไปตามอารมณ์ ซึ่งประเมินจากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนั้นสามารถวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ในครอบครัวได้ดีขึ้น และเมื่อให้บทวนในส่วนของความคิดด้านลบนั้น ส่วน

ใหญ่ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ที่ได้ซ้ำเนื่องจากอาจไม่เข้าใจรูปแบบของความคิดเชิงลบ ต้องอาศัยการอธิบาย และยกตัวอย่างเพิ่มเติมจึงสามารถเข้าใจได้

ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของครอบครัวให้มีเหตุผลและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น

สาระสำคัญ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunction) และบิดเบือนจากความจริง (distorted) จากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ต่างๆตามความคิดด้านลบและความเชื่อเดิมของตน เป็นสาเหตุของการเกิดผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมาเช่นเกิดความวิตกกังวลกลัวหมดกำลังใจโกรธแค้นเป็นต้นและความคิดด้านลบดังกล่าวมักเกิดขึ้นทันทีแบบอัตโนมัติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์บุคคลมักไม่รู้ตัวไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะรู้สึกว่ามีอันตรายมีภัยคุกคามหรือที่เรียกเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) การเรียนรู้วิธีค้นหา สกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้นภายในครอบครัว และทดสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบว่ามีความถูกต้องสมเหตุสมผล หรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด โดยช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจเกิดจากสาเหตุอื่นเช่นการตีความความคิดเป็นอย่างอื่น ค้นหาความคาดหวังว่าถูกต้องหรือมีเหตุผลเพียงใด ช่วยให้สมาชิกเลิกความคิดที่ผิดพลาดเกินความจริงที่มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติโดยร่วมกับการอภิปรายความคิดทัศนคติการให้ความหมายของปัญหา หรือสถานการณ์นั้นๆเป็นการสะท้อนให้สมาชิกเห็นความคิดหลัก 3 ประการ ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลไม่เหมาะสม ความคิดโทษตนเอง ความคิดที่ไม่ถูกต้อง ความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และเน้นให้ตระหนักว่าความคิดไหนที่สมาชิกสามารถปรับสร้างให้เป็นความคิดใหม่ได้ง่ายที่สุด ให้ผู้ป่วยฝึกคิดร่วมกับครอบครัว และทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมการตามขั้นตอนแล้ว จากการสังเกต พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อปัญหาครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องของความคิดด้านลบในกิจกรรมที่ผ่านมาแล้วนั้น ในกิจกรรมนี้เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัญหานั้นๆ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาได้ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1

ตัวอย่าง ดังต่อไปนี้ “ปัญหาของพีเกิดจากสามีไม่ค่อยสนใจ พีก็ไม่รู้หรือกว่าเขามีผู้หญิงอื่นหรือเปล่า แต่ที่ผ่านมาก็คิดว่าเขาน่าจะมีคนอื่น เพราะพฤติกรรมเขาเปลี่ยนไป ไม่ค่อยสนใจ กลับบ้านดึก บอกว่าทำงานล่วงเวลาตลอด เมื่อก่อนเวลามีโทรศัพท์เข้ามาพีก็คิดว่าต้องเป็นผู้หญิงอื่นที่โทรเข้ามา แต่พอได้มาทำกิจกรรมที่ผ่านมา ทำให้รู้ว่าสิ่งที่เราคิดไปเอง มันอาจจะไม่ถูกต้องเสมอไป ก่อนจะทำอะไร ควรคิดให้มากๆ และให้อยู่ในความเป็นจริง ไม่คิดไปก่อน” การฝึกปฏิบัติ ตามใบงานที่ 4/1 เรื่องแบบ บันทึกรการสร้างความคิดและพฤติกรรมใหม่ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสร้างความคิดใหม่ต่อ เหตุการณ์ในครอบครัวได้ ซึ่งประเมินจากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอภายใน กลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับสร้างความคิดที่มีต่อเหตุการณ์เป็นไปในทางที่ เหมาะสม ลดปัญหาความขัดแย้งด้านความคิดในครอบครัว ซึ่งขณะทำกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยและ ครอบครัวร่วมกันหาแนวทางว่าถ้าเป็นเหตุการณ์แบบนี้เราจะช่วยกันทำอะไร ปัญหาจึงจะลด และ ครอบครัวยังมีความเข้าใจว่าหากแก้ปัญหาในส่วนนี้ได้จะช่วยทำให้สถานการณ์ในครอบครัวดีขึ้นและ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัว ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองในครอบครัวและ ตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ครอบครัวยึดหลักการของการจัดการพฤติกรรม (Behavior enactment) เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้มองเห็นพฤติกรรมของตนเองและการทำหน้าที่ของตนเองใน ครอบครัว และสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ได้

สาระสำคัญ

ครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ การส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดีในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลได้ แลกเปลี่ยนความรู้สึกด้วยถ้อยคำซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองจาก การอภิปรายร่วมกัน ส่งผลให้ต่างฝ่ายต่างเปิดใจยอมรับต่อการกระทำต่าง ๆ ของกันและกันด้วยความ เข้าใจ ตลอดจนร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกได้

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยกันวิเคราะห์ พฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ

แสดงความคิดเห็นมากขึ้น และเปิดใจยอมรับในพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“ป้ารู้สึกน้อยใจลูก ตั้งแต่ลูกเรียนจบ ก็ไปทำงานต่างจังหวัด มาเยี่ยมไม่บ่อย 2-3 เดือน ถึงจะมา ป้าคิดว่าเขาคงลืมป้าไปแล้ว ป้าก็เลยไม่สนใจเขาบ้าง จะมาก็มา ป้าไม่สนใจ”

หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 5/1 เรื่อง “พฤติกรรมของครอบครัวที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย” พบว่า เมื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์บทบาทของตนในแต่ละด้านแล้ว ทำให้มองเห็นพฤติกรรมของตนเองในแต่ละด้านมากขึ้น จะมีส่วนสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน

วัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันได้มากขึ้น

สาระสำคัญ

เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้องและการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพรณ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ การดำเนินไปของกิจกรรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวทุกระยะ ล้วนมีความหมายเป็นนัยข้างต้น ที่ให้คุณประโยชน์ ถึงสิ่งที่ควรเรียนรู้ ควรติดตาม และแก้ไขปรับปรุง จนถึงการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ทุกข์ทรมานอยู่กับความเครียด ความวิตกกังวล จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า การเข้าใจถึงแบบแผนของพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ว่าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวันตามความเป็นจริง เป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธี การยอมรับหลักการของพฤติกรรมบำบัดว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์ ความคิด จะเปลี่ยนตามไปด้วย เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง (Ferster 1957, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างถาวร ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรมทำการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980)

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเชื่อมโยงการวิเคราะห์พฤติกรรมในแต่ละด้านที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผ่านมา โดยจากการทำกิจกรรมตามใบงานที่ 6/1 “การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวางเป้าหมายของครอบครัว” พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันบอกถึงแนวทางในการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ตามใบงาน ผลลัพธ์ที่ได้จากการสังเกต ขณะทำกิจกรรมผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็น ช่วยกันคิดหาทางออกว่าควรจะทำอย่างไรกับปัญหานั้น ๆ อย่างไร ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“จากที่ดิฉันได้ยื่นแม่พูดอย่างนั้น ก็รู้สึกเสียใจ ที่ผ่านมาไม่คิดว่าการที่ตนทำแบบนั้นจะส่งผลให้แม่น้อยใจ คิดว่าตนไม่รักแม่ แต่พอได้ทำกิจกรรมนี้แล้ว ทำให้ได้กลับมามองตนเองมากขึ้น หลังจากนั้นสิ่งที่ปรับก็คือ จะต้องหาเวลามาเยี่ยมแม่มากขึ้น ไม่อยากให้แม่คิดแบบนั้นอีก มันคงจะช่วยให้อาการของแม่ดีขึ้น และที่ตนวางแผนต่อไปก็คือ ตนเองจะต้องบอกป้ากับน้าเกี่ยวกับอาการป่วยของแม่คร่าวๆ ว่าแม่ไม่สบาย จะต้องมีคนช่วยดูแล และหากช่วงไหนที่ตนเองไม่สามารถกลับมาหาแม่ได้ ตนก็จะฝากป้าและน้าสาวให้ช่วยดูแลอีกทาง เพื่อไม่ให้แม่เหงา ทำแบบนี้มันคงจะช่วยให้อาการป่วยของแม่ดีขึ้นได้”

ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล

วัตถุประสงค์ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้อีก ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องร่วมกันในครอบครัว

สาระสำคัญ

หลักการของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบระบบความคิดในทางลบ (Cognitive triad) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) พร้อมทั้งทดสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดทางลบ ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าใน โรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก และผลของพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม และยืดหยุ่น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล 2537) และยังเป็นการป้องกันแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดความรุนแรง ถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยวิธีการสร้างความคิดใหม่อย่างคงทน มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างถาวร และ ลดปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ยุติการบำบัด

ตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแลประเมินผลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

การประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกถึงการทำกิจกรรมที่ผ่านมา สามารถเชื่อมโยงระบบความคิดและพฤติกรรม ว่าส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ และหลังจากการทำกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมแล้วนั้น สิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมพบว่า ช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น เปิดใจและยอมรับกันมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“ป่าตีใจที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม เพราะสิ่งที่ป่าคิดมาตลอดว่าลูกไม่รักนั้น ไม่จริงเลย ความจริงเขาก็รักป่า เพียงแต่ช่วงแรกที่เริ่มทำงานจะลางานยาก เพราะต้องให้ผ่านทดลองงานก่อน พอได้มาทำกลุ่มถึงรู้และเข้าใจมากขึ้น”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ทั้งในเรื่องความคิดพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าที่มีความเชื่อมโยงกัน ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาในครอบครัวโดยการปรับพฤติกรรมความคิดในโปรแกรมการบำบัดนั้น ทั้งนี้การประเมินผลโดยใช้ “แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ” พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีผลคะแนนอยู่ในระดับปกติ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการศึกษา (Pre-test) ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย ชุดเดิม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวแล้ว 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ (Dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดแบบครอบครัวยกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้ว ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0-F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แล้วส่งต่อมารับการดูแล ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง มกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันในเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วมีส่วนร่วมและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายคู่

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	25	5	25	10	25
หญิง	15	75	15	75	30	75
อายุเฉลี่ย (ปี)						
\bar{x}	50.80		50.65		50.72	
S.D	8.307		8.961		8.634	
สถานภาพสมรส						
คู่	19	95	20	100	39	97.5
หม้าย	1	5	-	-	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	12	60	15	75	27	67.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30	3	15	9	22.5
อนุปริญญา/ป.ว.ส	1	5	1	5	2	5
ปริญญาตรี	1	5	1	5	2	5
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล						
สามีหรือภรรยา	7	35	7	35	14	35
ญาติ	13	65	13	65	26	65

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุอยู่ระหว่าง 56-58 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 97.5 และ 2.5 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้น ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 22.5 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นสามีหรือ ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	1	5	1	5	2	5
รับจ้าง	10	50	6	30	16	40
เกษตรกร	5	25	9	45	14	35
ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	1	5	2	5
อื่นๆ	1	5	2	10	3	7.5
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว						
ไม่มีรายได้	1	5	1	5	2	5
1,000-5,000 บาท/เดือน	8	40	5	25	13	32.5
5,001-10,000บาท/เดือน	2	10	8	40	10	25
10,001 บาทขึ้นไป	9	45	6	30	15	37.5

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาป่วยด้วย	\bar{x}	1.60		1.30		2.90	
โรคซึมเศร้า (เดือน)	S.D	0.680		0.470		0.575	
น้อยกว่า 1 ปี		10	50	14	70	24	60
1 - 2 ปี		8	40	6	30	14	35
2 ปี ขึ้นไป		2	10	-	-	-	-
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา							
ในโรงพยาบาล							
ไม่เคยเข้ารับการรักษา		17	85	17	85	34	85
เข้ารับการรักษา 1-2 ครั้ง		3	15	3	15	6	15

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว 10,000 บาท/เดือน ขึ้นไป และ 1,000 - 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลา น้อยกว่า 1 ปี และ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 1.60 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า น้อยกว่า 1 ปี และ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 2.90 เดือน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนั้น พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	33.85	7.213	19	8.232	.00
หลังการทดลอง	19.80	7.127			
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนการทดลอง	29.30	6.207	19	.302	.766
หลังการทดลอง	29.20	6.16			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=8.232$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 19.83$ และ 33.85 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	33.85	7.213	38	2.138	.039
กลุ่มควบคุม	29.30	6.207			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	19.80	7.127	38	-4.459	.000
กลุ่มควบคุม	29.20	6.169			

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน และภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -4.459$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 19.80$ และ 29.20 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายคู่

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	24	16	22	25	8	-3
2	33	21	24	24	12	0
3	27	18	31	25	9	6
4	37	24	26	26	13	0
5	42	12	21	23	30	-2
6	27	14	26	22	13	4
7	26	21	28	29	5	-1
8	28	14	23	24	14	-1
9	24	13	22	22	11	0
10	22	16	31	31	6	0
11	44	19	37	36	25	1
12	40	44	23	24	-4	-1
13	34	26	33	26	9	7
14	33	23	24	24	10	0
15	29	15	29	33	14	-4
16	39	19	36	35	20	1
17	36	18	37	36	18	1
18	28	18	39	37	10	2
19	40	18	38	38	22	0
20	36	17	34	37	19	-3
\bar{x}	33.85	19.80	29.30	29.20		
S.D.	7.213	7.127	6.207	6.169	7.633	2.77
\bar{d}					13.20	0.350
t	8.232**		0.302		6.796**	

** p < 0.01

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการทดลอง เท่ากับ 33.85 (S.D=7.213) และ 29.30 (S.D=6.207) ตามลำดับ ส่วนในช่วงหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 19.80 (S.D=7.127) และ 29.20 (S.D=6.169) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผลต่างที่พบในกลุ่มควบคุม คือ มีค่าเท่ากับ 13.20 (S.D=7.633) และ 0.350 (S.D=2.77) ตามลำดับ โดยผลต่างของค่าคะแนนระหว่างทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกัน ($t= 6.796$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับการดูแลต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น รองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง มกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด แบ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่

ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันในเรื่อง เพศหญิงและชาย และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (สามี/ภรรยาหรือญาติ) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

จากการศึกษาของ Dattilio (1997, 2002) มาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดแต่ละครั้ง 45-60 นาที ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสรรคบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 ครอบครัว โดยทดลองจนครบทั้ง 7 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) แพลและเรียงเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคมีความสัมพันธ์กันเท่ากับ

0.84 โดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินตนเอง แบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของการประเมินตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน 1) สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง 2) สะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ 3) สะท้อนอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ 4) สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้ค่า แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับแนวคิดความซึมเศร้าของเบคในทางคลินิก แบบสอบถามนี้ใช้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะ ค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบบประเมินมีค่าความเที่ยงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาคสูงถึง 0.90 และเมื่อผู้วิจัยนำไปใช้จริง (n=30) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.948

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา (CES-D) ฉบับภาษาไทย ซึ่ง ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และเครื่องมือมีความเที่ยง วัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มปกติ [ค่าเฉลี่ย =25.6 (SD 8.08) และ (SD 6.7), $p < 0.01$] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Nirattharadorn (2005) ได้นำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และจาก receiver operating characteristic curve พบว่าคะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง (n=30) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .890

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง สรุปได้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ได้ทำการศึกษา

ค้นคว้าด้วยตนเองจากหนังสือ เอกสาร ตำรา รวมถึงงานวิจัย และเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้า จัดโดยหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิต

เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างวันที่ 26-28 สิงหาคม พ.ศ.2558 จำนวน 3 วัน ร่วมกับคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพยา เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาต ทำการศึกษา โดยแจ้งการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยที่มีคุณสมบัติเป็น พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดย ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว และสุ่ม เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างและ ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการทำ กิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว รายละเอียด ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมิน ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน CES-D การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่ แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแล ตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน และนัดผู้ป่วยอีก 6 สัปดาห์เพื่อทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วตามเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบคร้ว ทั้งสิ้น 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนทำประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบภายหลังที่เสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครั้งที่ 7 ทันที และได้ตรวจสอบค่าคะแนนของประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี่ค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่พบได้ในคนปกติ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 52 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 80 คะแนน ผลการประเมินพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ทุกคน (ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) โดยใช้แบบประเมิน CES-D ในกลุ่มทดลอง

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ (Dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=8.232$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 19.80$ และ 33.85 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการทดลอง เท่ากับ 33.85 (S.D=7.213) และ 29.30 (S.D=6.207) ตามลำดับ ส่วนในช่วง หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีค่าเท่ากับ 19.80 (S.D=7.127) และ 29.20 (S.D=6.169) ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่ม ทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวระหว่างก่อนและหลังทดลอง สูงกว่าผลต่างที่พบใน กลุ่มควบคุม คือ มีค่าเท่ากับ 13.20 (S.D=7.633) และ 0.350 (S.D=2.77) ตามลำดับ ($t = 6.796$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบคร้ว มี ผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 10,001 บาท/เดือนขึ้นไป และมีรายได้ 1,000 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า นั้น พบว่ากลุ่มทดลองมีน้อยกว่า 1 ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ โดยมี ระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 1.60 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า น้อยกว่า 1 ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลา ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 2.90 เดือน

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (อึ้งในธรณินทร์ กองสุขและ คณะ, 2553) ที่ได้ทำการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชของไทย ปี 2546 ($n=11,685$) พบว่าความชุก ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงเท่ากับ ร้อยละ 3.98 ซึ่งมากกว่าในกลุ่มผู้ชายที่มีความชุกของโรค ซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 2.47 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ชนิตา กาญจนลาภ (2543) ที่ได้ศึกษา อุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก โดยพบอย่างน้อยมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า และจากการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุขและคณะ(2553) ที่ได้มีการศึกษาความชุกของโรค

ซึมเศร้าในประชากรไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (n= 20,520) พบว่าความชุกโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป จากการประเมินด้วย M.I.N.I มีร้อยละ 2.7 โดยมีสัดส่วนของความชุกในกลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ชาย เท่ากับ 1.6:1 ซึ่งการที่พบความชุกในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชายนั้น อาจเกิดเนื่องจากการที่ผู้หญิงในบริบทของวัฒนธรรม ยังคงมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านครอบครัว ด้านหน้าที่การงาน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยด้านสังคม ที่อาจเป็นปัจจัยเข้ามากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น เหตุการณ์เครียดในชีวิต (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547) และมีรายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคมเช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-58 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clayman (1994) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ ช่วงอายุ ระหว่าง 40-60 ปี และจากการศึกษาของ ธรรณิษฐ์ กองสุขและคณะ (2553) ที่ได้มีการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (n= 20,520) พบว่า เพศชายจะเริ่มพบมากที่สุดตั้งแต่อายุ 35 ปี เป็นต้นไป และมี Episode มากที่สุดช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในส่วนของเพศหญิงจะเริ่มพบมากที่สุดตั้งแต่อายุ 45 ปี เป็นต้นไป และมี Episode มากที่สุดช่วงอายุ 55-59 ปี เนื่องจากบางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้

สำหรับในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกันได้มาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือน (Haber et al.,1995; Rosenstein, 1995; Depression Guideline Panel, 1994; ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในเรื่องความรู้เรื่องโรค และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ , 2546) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก

ผู้ป่วยนอกและมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรกโดยจิตแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้นนั้น จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยดูแลรักษาได้ในระยะต้นๆ ด้วยเช่นกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ไม่ยาวนาน หรือเรื้อรังมาก

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=8.232$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 33.85$ และ 19.83 ตามลำดับ)

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวนั้น มีส่วนในช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง เกิดการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์หาคำตอบที่ของตนเองต่อภาวะซึมเศร้า และพัฒนากระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหาในครอบครัว ก็ทำให้สามารถประเมินได้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อครอบครัวมากที่สุด จากนั้นวางแผนและวางเป้าหมายของครอบครัวในแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากให้เป็น จากนั้นผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันฝึกการวิเคราะห์ความคิด รวมทั้งฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบ ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ไปสู่ความคิดเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวร่วมกันได้ดีขึ้น

สำหรับระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่ต่ำลงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 การประเมินอาการของผู้ป่วยด้าน

ร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานเวชศาสตร์ ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาด้านอาการทางกาย แต่ไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าให้ได้ผลดีนั้น ควรมีการทำจิตบำบัดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษามีเพิ่มมากขึ้น โดยการบำบัดทางจิตสังคมนี้ เป็นการเปลี่ยนวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต การจัดการกับความเครียด และการแก้ไขปัญหาของตัวบุคคลในบางเรื่อง เช่น ความคิดเชิงลบ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นการช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการกำเริบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ Burcusa and Iacono (2007) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโดยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้รับการบำบัดทางจิต แล้วกลับไปอยู่ในชุมชนซึ่งยังต้องพบกับปัญหา เหตุการณ์เครียดต่างๆ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งกลุ่มควบคุมในงานวิจัยนี้ พบว่าเหตุการณ์เครียดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ **ด้านครอบครัว** ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว (บุตร หรือ สามิ/ภรรยา) **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ ความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายในครอบครัว และการมีหนี้สิน และ **ด้านสุขภาพ** ได้แก่ การที่ต้องทำงานมากเกินไป และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค เมื่อผู้ป่วยได้รับเหตุการณ์เหล่านี้ เข้ามากระตุ้น ประกอบกับผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ก็จะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้รับการแก้ไข และสะสมมากขึ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนเมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจและความสามารถน้อยลงในการจัดการกับปัญหา ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ (Hammen, 2005; Leskelä, 2008)

นอกจากนี้การดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาอาการทางกายแต่เพียงอย่างเดียววันนั้น ไม่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ และโดยปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามจะมีปัญหาในการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ อยู่แล้วนั้น หากไม่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้คุณค่าในตัวเองเพิ่มมากขึ้น จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ รู้สึกเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ จนไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ไม่ว่าปัญหานั้นจะเล็กน้อย หรือเป็นปัญหาใหญ่ๆ ก็ตาม ทำให้ปัญหาเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไข จนปัญหาสะสมมากขึ้นทำให้เกิดความเครียด จนในที่สุดก็กลายเป็นภาวะซึมเศร้า และทำให้โรครุนแรงกำเริบซ้ำตามมาได้แม้ว่าจะได้รับการรักษาทางยาอยู่ด้วยก็ตาม

ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -4.459$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 19.80$ และ 29.20 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมในโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองที่มีต่อปัญหา จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม อย่างเป็นขั้นตอน และทำอย่างเต็มความสามารถ ส่วนปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ ก็มี การปรับมุมมองต่อปัญหานั้นๆ เสียใหม่ ในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งหลักการนี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาก็ดีขึ้น และสามารถจัดการกับความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นได้

จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ทั้ง 7 กิจกรรมนี้ สามารถใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย ประกอบกับรูปแบบการบำบัดเป็นลักษณะกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยแต่ละครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือมุมมองต่างๆ ได้เป็นอย่างดี Borass et al., (2009) กล่าวว่ากระบวนการกลุ่มนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการรับรู้ถึงความสามารถ อีกทั้งยังได้รับกำลังใจซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกันก็ยิ่งทำให้การบำบัดในรูปแบบนี้ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้งพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร่าลดลงได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และกับเพื่อนสมาชิกครอบครัวอื่นๆ มีความเข้าใจต่อการเกิดโรคซึมเศร้า รวมถึงให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวของตนเองได้ จากการทำกิจกรรมนี้พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือต่อการทำกิจกรรม เกิดความไว้วางใจในเพื่อสมาชิกด้วยกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆก็จะทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้ดีมากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถเปิดเผยเรื่องราวอันเป็นปัญหาในครอบครัวของตนเองได้ และมีความเข้าใจต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

ในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประเมินและเข้าใจสภาพปัญหาในครอบครัวของตนเอง ว่าส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยแลครอบครัวมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dattilio 1997, 2002 เมื่อมีความเข้าใจและทราบถึงปัญหาภายในครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถคงสภาพของครอบครัวและช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change)

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความคิดด้านลบและความเชื่อเดิมของตน และสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ รวมถึงการพัฒนาการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว จากการทำกิจกรรมนี้ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และบอกได้ว่าความคิดของตนเองต่อสถานการณ์นั้นเป็นอย่างไร สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจว่าเมื่อมีเหตุการณ์หนึ่งเข้ามากระทบกับครอบครัว จนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น หากครอบครัวสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ดังกล่าวได้ และสามารถปรับสร้างความคิดที่มีต่อปัญหานั้นใหม่ จะทำให้ปัญหาในครอบครัวลดลงและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khodayarifard et al. (2007) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว พบว่าครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยและสนับสนุนให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และยังพบอีกว่าการบำบัดแบบกลุ่มได้ผลดีกว่าการบำบัดรายบุคคล

สิ่งที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ

ความคิดที่มีต่อกัน เข้าใจในความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเองมากขึ้น ยกตัวอย่าง ในครอบครัวของสามีและภรรยาที่มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพ ผู้ป่วยและสามีมักจะมีปัญหาทะเลาะกันบ่อย เนื่องจากทุกครั้งที่มีโทรศัพท์ ภรรยาจะคิดว่าเป็นสายของผู้หญิงอื่นโทรเข้ามาหาสามีของตน ซึ่งจากการทำกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ทำให้ผู้ป่วยและสามีทราบความคิดของกันและกันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อมีการฝึกการปรับความคิดใหม่ ทำให้ภรรยาลองปรับความคิดของตนเองใหม่ โดยมองเหตุการณ์ว่าเมื่อมีโทรศัพท์เข้ามาหาสามีของตน อาจจะเป็นการโทรปรึกษาเรื่องงานหรือโทรมาเรื่องอื่นๆ อาจไม่ใช่สายของผู้หญิงอื่นเสมอไป

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change)

กิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า ในด้านต่างๆ คือ ด้านสัมพันธ์ภาพ ด้านการสื่อสารในครอบครัวและด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ร่วมกับการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ จากการทำกิจกรรมนี้ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมในแต่ละด้านของตนเองได้ เกิดการยอมรับในพฤติกรรมของตนเองว่าส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างไร และสามารถร่วมกันหาแนวทางการปรับพฤติกรรม โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัว การดำเนินในกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้ และหัดมีทักษะใหม่ ๆ ให้ผู้ป่วยหัดทำแทนการพูด ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการพฤติกรรมของตนเองร่วมกับครอบครัว (Dattilio 1997,2002) ส่งผลให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferster 1957, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 กล่าวว่าการปรับพฤติกรรม เป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธีการยอมรับหลักการของพฤติกรรมบำบัดว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์ ความคิด จะเปลี่ยนตามไปด้วย เป็นการสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น เสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง

สิ่งที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในครอบครัวและนำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยยกตัวอย่างครอบครัวที่มีปัญหาความรุนแรง โดยพบว่าทุกครั้งที่มีสามีตีเมียอย่างหนัก เมื่อกลับบ้านจะมีพฤติกรรมทำร้ายภรรยาตลอด จนทำให้ภรรยาทนไม่ได้ ปัญหาสะสมมานาน จนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทำกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ภรรยากล้าเปิดเผยปัญหาด้านพฤติกรรมของสามี เพราะต้องการให้เหตุการณ์ของตนเองเป็นตัวอย่างด้านพฤติกรรมว่าตนเองต้องทนกับปัญหาเรื่องความรุนแรงนี้มานาน

หากเพื่อนๆ สมาชิกกำลังอยู่ในสถานการณ์นี้ ควรมีการพูดคุยถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และควรหาทางออกร่วมกันในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว

ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล

หลักการของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบระบบความคิดในทางลบ (Cognitive triad) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) พร้อมทั้งทดสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดทางลบ ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก และผลของพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม และยืดหยุ่น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล 2537) และยังเป็นการป้องกันแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดความรุนแรง ถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยวิธีการสร้างความคิดใหม่อย่างคงทน มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างถาวร และ ลดปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ยุติการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแลประเมินผลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในกิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมบำบัดว่าหลังร่วมกิจกรรมแล้วเป็นอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต่างบอกว่า ได้ย้อนกลับมามองว่าก่อนหน้านี้เกิดปัญหาอะไรขึ้นกับครอบครัวของตนบ้าง ปัญหาต่างๆ ที่สะสมมานาน โดยไม่มีการแก้ไข ต่างฝ่ายต่างไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน และไม่เคยมองเห็นคุณค่าของกันและกัน การได้มาเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก บอกถึงสิ่งที่อยู่ในจิตใจของตนเองมานานแสนนาน การได้พูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจให้กันและกันมากขึ้น และพร้อมจะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่จะเข้ามาต่อไป

จากรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมนั้น จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว จะมีความรู้และทักษะในการประเมินครอบครัว การปรับความคิดและพฤติกรรม ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะช่วยส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาในเรื่องของกลับมามีอาการมากขึ้นในขณะที่ยังรับการรักษา (Relapse) และการกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีกภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า (Recurrence) ลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาคำชี้แจงโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การนำโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ควรมีการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ซึ่งเน้น การสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา การประเมินครอบครัว การสร้างความเข้าใจของคนในครอบครัว การเปิดเผย การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ในครอบครัว การบอกอารมณ์ตนเอง การปรับความคิดรวมถึงการปรับพฤติกรรม หากวางแผนการพยาบาลตามโปรแกรมฯ จะช่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ การนำโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ไปใช้ทางการพยาบาล ผู้ใช้จำเป็นจะต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งฝ่ายการพยาบาลควรมีการจัดอบรมในเรื่องนี้ เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและผู้บำบัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจมีการศึกษาถึงประสิทธิผลการนำโปรแกรมฯ ไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากปัญหาความรุนแรงต่อคู่สมรส เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ครอบครัว ที่สามารถหยุดการกระทำเหตุการณ์ความรุนแรงในระหว่างดำเนินโปรแกรมฯ ได้ ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนของการปรับพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับในพฤติกรรมของตนเองแล้ว จึงมีการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมใหม่ในครอบครัว

2. หลังการดำเนินโปรแกรมฯ หากต้องการลดปัญหาภาวะซึมเศร้าและเพื่อความคงอยู่ของโปรแกรมฯ ในระยะยาว ควรมีการติดตามระยะยาวทุก 1 ปี และเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อไป



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กองแผนงาน.2553.ผู้ป่วยนอกจิตเวช หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2553.

นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด.

(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

2552.

กรมสุขภาพจิต. 2556. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ : บางกอก
บล็อก.

กุลธิดา สุภาคณ.2549.ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ.(2537). ผลการสัมมนาระดมความคิดเรื่องการ
การส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้. สำนักงานคณะกรรมการ
วัฒนธรรมแห่งชาติ มิถุนายน 2537.

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน.2549. การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดโรค
ซึมเศร้า. เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ.

ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์.2556.ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เขาวนีย์ ล่องชุมพล. 2547. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ กสานติกุล. 2542. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์:ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า

10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2551):61-68.

- พจนีย์ สุกตัญญู.2550. การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลปทุมธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช.2542.ตำราจิตเวชศาสตร์.เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2542. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สกวรัตน์ พวงลัดดา. 2545. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา: กรณีศึกษา. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด: 166.
- สุชาติ พหลภาคย์. 2542. ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorders. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุภาวดี คุ้มมะรักจิต.2550. การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานผลการศึกษา ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อติญา โพธิ์ศรี.2551.ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.2554. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.

- อัญชลี ฉัตรแก้ว. 2546. ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถาน
สงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2549. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มี
ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 19(2
กรกฎาคม - ธันวาคม): 1-13

ภาษาอังกฤษ

- Beck, A.T. 1967. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York:
Harper Row.
- Beck, A.T. et al. 1979. Cognitive therapy of depression. New York : Guilford.
- Burcusa SL, Iacono WG. (2007). Risk for recurrence of depression. Clinical
Psychology Review. 2007;27:959-985. [PubMed: 17448579]
- Dattilio, F. M. 1997. Family therapy. In R. L. Leahy (Ed.), Practicing cognitive therapy:
A guide to interventions. New York: Jason Aronson.
- Dattilio, F.M.,2001. Cognitive behavior family therapy: Contemporary myths and
misconception. Contemporary Family Therapy.23,3-18
- Dattilio, F.M.,2002. Homework assignment in couple and family therapy. Journal of
Clinical psychology. 58 :535-547.
- Dattilio,F.M.,2002.A Cognitive-Behavior Approach to Reconstructing Intergenerationnal
Family Schemes. Contemporary Family Therapy, 28 : 191-200
- Dattilio, F.M. Epstein, N. B.2005. Introduction to the special section: The role of
Cognitive Behavioral intervention in couple and family therapy. Journal of
Marital and Family Therapy, 31 : 7-13.
- Dattilio, F.M. 2010.Cognitive-Behavior Therapy with Couples and Families: A
Comprehensive Guide for Clinicians. New York: Guilford.

- Duarte, M. A., et al. (2006). "Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: cognitive-behavioral family intervention." J Pediatr Gastroenterol Nutr **43**(1): 59-64.
- Friedberg,R.D. (2006). A Cognitive-Behavior Approach to Family Therapy. Journal of Springer Science, 36: 159-165.
- Hollon, S. D.et al. 2005. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry, 62(4), 417–422
- Kamen et al.2011.Family support and depressive symptoms: a 23-year follow-up.Journal of Clinical Psychology,67(3) : 215-223.
- Khodayarifard,M.,Rehm,L.P, and Khodayarifard,S.2007. Psychotherapy in Iran: A case study of Cognitive-behavioral family therapy for Mrs.A. Journal of Clinical Psychology,63(8745-753).
- Saxena. (2012). Depression A Global Public Health Concer in Depression: A Global Crisis World Mental Health Day. October 10 2012.world federation for Mental Health.6-8.Retrieved October 1,2012,from http://www.who.int/mediacentre/event/annual/world_suicide_Prevention.
- Murray & Lopez, A. D. (1997). Alternate projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. Lancet 1997; 349: p1498–1504.
- Mugno, B. “Cognitive behavioral Family Therapy”[online]. Available: 5 August 2014 from:<http://www.docstoc.com/myoffice/recommendations>.
- Navjot bedi and Clair Chivers. (2002).Accessing effectiveness of treatment of depression in Primary care. British Journal of Psychiatry; 177:312-318.
- Nichols, M.P, Schwartz, R.C. (2006). Cognitive-behavioral family therapy. In M.P.Nichols,R.C.Schwartz, Family therapy: Concepts and Method (pp246-280). Boston.
- Tian P.S. Oei.,Bullbeck, K., and Cambell, J. M. 2006. Cognitive change process during

Group Cognitive behavior therapy for depression. Journal of Affective Disorder
92 : 231 –241.

U.S. Bureau of the Census.(1988). Statistical Abstract of the United States.

Washington, DC: U.S.Government Printing Office.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | | |
|---|---------|--|
| 1. นายแพทย์วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ
จังหวัดสิงห์บุรี | ตำแหน่ง | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี |
| 2. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช (APN) |
| 3. นางสุพัทธรา จันท์สุวรรณ | ตำแหน่ง | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุพรรณบุรี |
| 4. นางศันสนีย์ พูลผล | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช (APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศ
หล้า |
| 5. นางสาวจากรุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช (APN) โรงพยาบาลมะการักษ์ |

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
(Informed Consent Form)



ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุทธศาสตร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนจะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง อันตราย ที่อาจเกิดจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัย ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและ/หรือกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว จะไม่มีการนำผลการวิจัยมาดำเนินการตามข้อกำหนดต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านคำอธิบายโครงการวิจัย รวมทั้งใบหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยหมดแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านคำอธิบายโครงการวิจัย รวมทั้งใบหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดข้าพเจ้ามีความเข้าใจทุกประการและได้ลงนาม/มอบหมายให้ผู้แทนลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพันธ์ทิพย์ รัตนบรรพต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลสรรพยา 162 หมู่ 5 ต.โพนางดำตอก อ.สรรพยา จ.ชัยนาท
17150

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-9126169 **E-mail:** prattanabanpoj@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ในการวิจัย ประกอบด้วย

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มี

ความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบ

ครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพยา และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจจำนวน 40 คนรวมทั้งผู้ดูแลหลัก จำนวนครอบครัวละ 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสาร ฟังและเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด

การได้ยินและการมองเห็นรวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจซึ่งผู้วิจัยได้มีการแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว

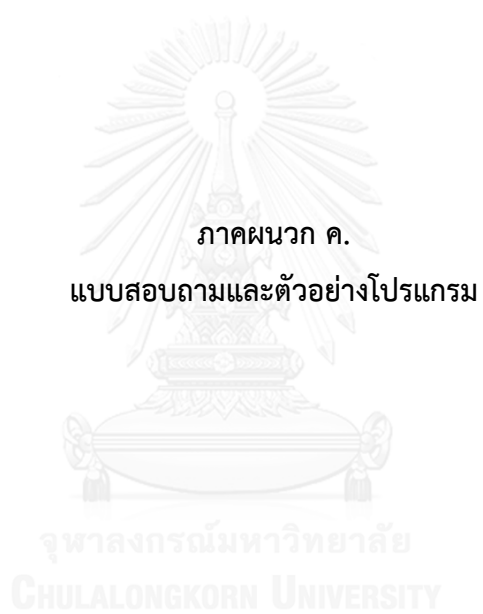
กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำ

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามสรรพยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและมีการนัดติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับ การบำบัดตามโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจาก Beck et al. (1979) และแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ตามแนวคิดของ Dattilio (1997, 2002) โดยบำบัดเป็นรายกลุ่ม ครอบครัว กลุ่มละ 5 ครอบครัว จำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 1เดือน มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินครอบครัว ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย ด้วยท่าทีที่อบอุ่น สนใจตั้งใจฟังสมาชิก เพื่อให้สมาชิกเกิดความไวใจและกล้าเปิดเผยตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การประเมินครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Process of cognitive change) ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมกันค้นหาความคิดบิดเบือนของครอบครัวและหาแนวทางแก้ไข กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกให้ครอบครัว ค้นหาและสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัว กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ด้านลบของครอบครัวให้มีเหตุผลและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น กิจกรรมที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of behavior change) ครั้งที่ 5 การวิเคราะห์พฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองในครอบครัวและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 6 พัฒนาเทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการหาแหล่งสนับสนุน กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันได้มากขึ้น ครั้งที่ 7 ทบทวนขั้นตอนการบำบัดและสรุปผล โดยจะมีการนัดติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอีก 2 สัปดาห์ ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ
7. ในขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นและดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป
8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาว พันธุ์ทิพย์ รัตนบรรพต ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 081-9126169 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยหากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น
10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เลขที่ 254 หมู่ 6 ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000 โทรศัพท์ : 056-405517-8



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ชาย หญิง

3.สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. อนุปริญญา/ป.ว.ส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

 ว่างาน รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน

 ไม่มีรายได้ 1,000-5,000 บาท 5,001-10,000 บาท 10,001 บาทขึ้นไป

7.ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

 คู่สามีหรือภรรยา ญาติ

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้พัฒนา

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....NO.....

ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณา ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< 1 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุก ๆ สิ่ง que ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มนเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
.....				
.....				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
รวมคะแนน				

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ

กลุ่ม 1 1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,17,18,19,20 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย	(< 1 วัน)	ให้	0	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	(1-2 วัน)	ให้	1	คะแนน
บ่อย ๆ	(3-4 วัน)	ให้	2	คะแนน
ตลอดเวลา	(5-7 วัน)	ให้	3	คะแนน

กลุ่ม 2 4,8,12,16 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ตลอดเวลา	(5-7 วัน)	ให้	3	คะแนน
บ่อย ๆ	(3-4 วัน)	ให้	2	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	(1-2 วัน)	ให้	1	คะแนน
ไม่เลย	(< 1 วัน)	ให้	0	คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ ดังนี้

คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด โดย

- 1 หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อย
- 3 หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมาก
- 5 หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
1. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก					
2. ฉันคิดว่าฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง					
6. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำอะไรต่างๆต่อไปได้					
7. ฉันคิดว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ฉันอ่อนแอเหลือเกิน					
9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันต้องการ					
10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย					
11. ไม่มีอะไรในชีวิตฉันที่ดีขึ้นเลย					
12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว					
13. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้					
14. เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ					
15. ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น					

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
18.					
19.					
20.....					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.....					
28.....					
29.					
30.ฉันไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน คือ ไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30 – 80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้วกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้ศึกษาจะดำเนินการทดลองใหม่ในผู้ป่วยรายนั้น

ตัวอย่างโปรแกรม

แผนการดำเนินโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

มีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษา และการประเมินครอบครัว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพยา

ระยะเวลา 45 -60 นาที

รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน (5 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน)

โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มบำบัดด้วยกัน
2. เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
4. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสาเหตุ อาการของโรค

ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ครอบครัวในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ได้เหมาะสม
3. เพื่อให้ครอบครัวบอกถึงความหมาย สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการของโรคซึมเศร้าได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม เป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัดซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ และทำให้สมาชิกในกลุ่มมีความยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมการบำบัด และเป็นการทำให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่อไปเกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ มีการประเมินปัญหา และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และเรียนรู้ผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่ตนเองประสบอยู่ ได้รับความคาดหวัง/ความต้องการของครอบครัวต่อการรักษา รวมถึงอธิบายความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาการ สาเหตุ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละครอบครัว และเพิ่มเติมความสำคัญของโรคซึมเศร้าซึ่งเกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการของผู้ป่วย และอธิบายความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้าเพิ่มถึงสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัย คือปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรมและปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมาก หรือน้อย แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542) และเชื่อมโยงความเข้าใจสาเหตุของโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) Beck et al.(1979) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการจากประสบการณ์ของผู้ป่วย คือการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเองมองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) มีโครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่บิดเบือน ซึ่งโครงสร้างทางความคิดเป็นรูปแบบของความคิดที่ซับซ้อน ที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็กเกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ (Wright and Beck, 1995) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) คือความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติที่ทันใด Automatic Thought ค่อนข้างไม่มีเหตุผล และไม่เป็นไปตามความเป็นจริงจริง ทั้ง 3 ส่วน มีการเชื่อมโยงกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วงจรของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้นๆ เรียกว่ารูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มขึ้นได้ เมื่อบุคคลมีความคิดวนเวียนอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ตลอดเวลา ก็จะมีการปรุงแต่งความคิดความรู้สึกอารมณ์ไปในทางลบหรือคิดไม่ดีอยู่เรื่อยไป ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่ตามมาในทางลบหรือไม่ดี การแก้ไขภาวะซึมเศร้า คือจัดการกับความคิดหลัก 3 ประการ ด้วย “การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด”

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบชี้แจงที่ 1 แนวทางการให้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องโรคซึมเศร้า
3. ใบความรู้ที่ 2 แผ่นพับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม ทั้งระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล
2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถบอกแนวทางความคาดหวัง ความต้องการในการบำบัดและระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกต้องปฏิบัติ
3. เพื่อให้ครอบครัวสามารถบอกสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการ ความรุนแรงของโรค การรักษา





ที่ ขน ๐๐๓๖.๐๐๖/ ๑๖๕๔



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
๒๕๕ หมู่ที่ ๖ ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง
จังหวัดชัยนาท ขน ๑๗๐๐๐

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

หมายเลขการวิจัย..... ๓/๒๕๕๘

การวิจัยครั้งนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

- ชื่อการวิจัย** : ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความวิตกกังวลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- รหัสการวิจัย (ถ้ามี)** :
- หน่วยงานที่สังกัด** : โรงพยาบาลสรรพยา
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวหิรัญทิพย์ รัตนบรรพต

เอกสารที่พิจารณาพบรวม

- ๑. ข้อเสนอการวิจัยฉบับที่...๑...วัน/เดือน/ปี ๒๕๕๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
- ๒. เอกสารคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครฉบับที่...๑...วัน/เดือน/ปี ๒๕๕๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
- ๓. แบบบันทึกข้อมูลฉบับที่...๑...วัน/เดือน/ปี ๒๕๕๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
- ๔. แบบประเมินการวิจัยฉบับที่...๑...วัน/เดือน/ปี ๒๕๕๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
- ๕. ประวัติและผลงานวิจัยฉบับที่...๑...วัน/เดือน/ปี ๒๕๕๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
- ๖. อื่นๆ (ถ้ามี)ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี

ลงนาม.....
(นายชัยวัฒน์ ทองสันติสุข)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

ลงนาม.....กรรมการ
(นางอารีวิทย์ ตันภาส)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ลงนาม.....กรรมการ
(นายวิสุทธิ์ ไนจิตต์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ
(นางสาวปิญจพร หวังรอด)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ
(นายชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสุรณี)
ตำแหน่ง เกษีกรเชี่ยวชาญ

ลงนาม.....กรรมการ
(นางสาวอนพร ทวี)
ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท

ลงนาม.....กรรมการ
(นางฉิมทัศน์ภา บุญญาวิวงศ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รัฐสภาไทย

(ประเทศไทย)

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

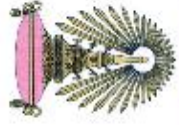
.....
.....

.....

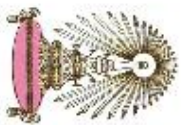
.....

.....

.....







หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบเกียรติบัตรฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวพันธ์ทิพย์ รัตนบรรพต

ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้า

(Cognitive Behavioral Therapy for Depression)

ระหว่างวันที่ 25 - 28 สิงหาคม พ.ศ. 2558

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพเด็กและวัยรุ่น

ศูนย์พัฒนาศักยภาพเด็กและวัยรุ่น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์หญิงสุวิมลรัตน์ อุน(วิไลวง)

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พันธุ์ทิพย์ รัตนบรรพต เกิดเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2522 ที่อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2545 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นพยาบาล กลุ่มการพยาบาล แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

