



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

#### 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า
- 1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
- 3 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
- 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

##### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

###### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าโรคซึมเศร้า

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มีความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1. นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หดห้วง 2. นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หดความสนใจ ในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย 3. นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และเป็นความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนลง มี การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมาเบคและคณะ (Beck et al., 1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป

ศูนีย์ เกี่ยวกึ่งแก้ว (2543) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pressimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

สมภพ เรืองตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต และอาการต่างๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และทางความคิดกังวล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ว่าความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวันอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า

## 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้าซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) **พันธุกรรม** พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 - 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย มีร้อยละ 14 และการศึกษาโรคนี้อันเกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

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

3) **Neuroendocrine factors** พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post - partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) ซึ่งการทำหน้าที่ของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg, 2001; Nelson, Sax, and Strakowski. 1998 cited in Lewin, 2003)

4) **ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป** (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และ อาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

(อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) **ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พฤษชาติคุณากร, 2533; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) **ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factors)** ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า “stoic” ในกลุ่มชาว Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังคงต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

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

ก) **อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory)** โดย Peter (1974) อธิบายว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการ

ลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวัง และเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทาง  
แก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่  
รุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจาก  
ประสบความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการ  
การคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ใน  
อนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่  
บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะ  
กระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น  
(Lewin, 2003) (รายละเอียดในแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด)

### 1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

อาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมี  
อาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์  
ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia)  
ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ  
สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกาย  
ลดลงและผอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ต้นนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ  
ระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (total  
insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้  
ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเชากว่าปกติ 2 - 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation)  
เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่  
ในท่าไหล่กุ่ม กอดก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิ้วคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตร  
ประจำวัน

1.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้อยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่เด่น ขี้ลืมเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึนตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.3.8 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.3.9 อาการวิตกกังวลมากเกินไป พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด

1.3.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.11 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะมารับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้



1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหา รุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดัน รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ามืดมนตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่าง หมด ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 - 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

### 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่มคือ

1.5.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

1.5.2 Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์



เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยวราวรรณ, 2548)

1) แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆ ของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ก) Structure Clinical Intervention for DSM – III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

ก) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามความซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว (sense of failure) การไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดหวังจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide ideation) การร้องไห้ (crying) การหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation) อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง (unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (work inhibition) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido)

ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ

ซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ถัดดา แสนสีหา, 2536)

ข) Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

ค) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำ แต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รวมชัย คงสกันธ์ และคณะ, 2546) หรือคู่มือประสิทธิภาพของยาที่มีคำถามทั้งหมด

10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0 - 6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้ มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรง อยู่ในเกณฑ์สูง

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

## 1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภทคือการรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภักย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

### 1.6.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

#### 1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับ

อาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

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

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

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

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 - 12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 - 9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine ขนาด 25

มิลลิกรัม amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ยากลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษา โรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง แม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใส่ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

#### 1.6.2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatments)

1) การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short - term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษาส่วส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และ

เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเองมองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวเป็น “แก่น” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆ ของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆ สิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diactic – aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferter (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอา พฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจ กระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการทำท่ายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.7.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.7.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.7.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.7.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ในสังคม

1.7.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.7.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โรคมึนเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัย และความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ บัตร และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 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 ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart and Laraia, 2005)

ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่งมีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางปัญญา ที่พัฒนาขึ้นโดย Aron Beck มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและเป็นแนวทางในการ

สร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่ง Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน มีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ สนใจเกี่ยวกับการอธิบายถึงการเป็นโรคจิต โดยเฉพาะเรื่องของอาการของโรคซึมเศร้า จึงตรวจสอบหลักการของทฤษฎีจิตวิเคราะห์อย่างจริงจัง โดยการเริ่มสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบ และทำการวิจัยจนกระทั่งปลายปี 1950 เขาจึงเริ่มทำการปฏิรูปวิธีการบำบัดของเขาไปสู่ การบำบัดทางปัญญาในการแก้ไขปัญหาวพฤติกรรมซึมเศร้า ในปี 1963 Beck เริ่มสังเกตเห็นว่า ปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้อกับอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ จึงทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่ำเสมอและเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคนเรา ซึ่งรวมทั้งอาการซึมเศร้าด้วยและพบอีกว่าคนไข้โรคจิตเหล่านั้นมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนอย่างเป็นระบบ Beck พบว่าลักษณะของการบิดเบือนนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ (Beck, 1971 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

## 2.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง มีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

## 2.2 ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck นี้เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในที่นี่ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภคย์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงฉวี จงรักย์, (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะ พฤติกรรมหลักเกี่ยวข้อง ตัวอย่างความสัมพันธ์รูปแบบการคิดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern) ความคิด (Thought) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) ตามแนวคิดของ Beck

รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern)	ความคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior)
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า, ไม่ดีพอ,	ปฏิเสธ, แยกตัว,
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ,	สิ้นหวัง,
มองอนาคตด้านลบ	ไม่ยุติธรรม, ล้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

## 2.3 ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงฉวี จงรักย์, 2549) มี 4 ระดับ ได้แก่

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เทียงนี้ฉันจะกินข้าวที่..... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่างๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์



**ความเชื่อชั้นกลาง** หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้นความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่ง

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

**Schema** หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่างๆ บุคคลมี Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema เหล่านี้จะถูกเร้าด้วยตัวกระตุ้นที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมใน Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ตอกย้ำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ตัวอย่างเช่น คนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเองจะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตน และมองไม่เห็นหรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก สกีมามาสามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้ปรับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว เบค เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนสกีมามาเป็นกระบวนการของการรักษา (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ตัวอย่างของโครงสร้างความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ตัวอย่างของ Adaptive Schemas และ Maladaptive Schema

Adaptive Schemas	Maladaptive Schema
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้ามีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น ฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้</li> <li>- ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้</li> <li>- ฉันเป็นนักค้นหาจึงไม่กลัวความล้มเหลว</li> <li>- คนอื่นไว้ใจ เชื่อใจฉันได้</li> <li>- ผู้คนเคารพนับถือฉัน</li> <li>- ฉันสามารถคาดการณ์เหตุการณ์</li> <li>- ถ้าฉันมีการเตรียมตัวสำหรับอนาคตฉันจะทำได้ดีกว่า</li> <li>- ฉันชอบความท้าทาย</li> <li>- สิ่งที่ทำให้ฉันกลัวมีไม่มาก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น</li> <li>- ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ</li> <li>- ฉันรู้สึกไม่ดี แข่ ก้าว กังวลกับสิ่งที่ทำ</li> <li>- ฉัน ไม่มีใคร</li> <li>- ฉันไม่รู้จะทำอะไร เพราะไม่ว่าจะทำอะไรมันจะไม่ประสบความสำเร็จ</li> <li>- คนอื่นไม่ควรเชื่อใจฉัน</li> <li>- ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบายหรือพึงพอใจกับอะไรเลย</li> <li>- ถ้าฉันพลาดฉันจะสูญเสียทุกอย่าง</li> <li>- โลกนี้เต็มไปด้วยสิ่งที่ทำร้ายฉัน</li> </ul>

Wright and Beck (1995)

ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์กรโยนิต, 2545)

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมด เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่งก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือ การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตน โดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันคิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกกว่าตนเองไว้

3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมด โดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด
4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมกอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนขั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว
5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ หรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยยึดและกลุ่มใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานดีเยี่ยมเป็นต้น
6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า “เพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก” เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน
7. การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่คลอใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”
8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification / Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่ง จนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน สำหรับลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญหรือลดความสามารถของตนเอง
9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นการคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะ” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมากคิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่นิดเดียวขอมารู้สึกผิดหวังในตนเองจะอายใจหรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย
10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of Self - Worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”

2.4 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และยังเป็น การบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทบทวนความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่นๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักจูงม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่ และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

2.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้น โดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

**ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects)** หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

**ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques)** มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่ค้นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วย

ตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ถีอนุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ถีอนุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ซึ่งยกตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

สภาพการณ์หรือสิ่งเร้า (A)	ความคิดหรือความเชื่อ (B)	อารมณ์หรือความรู้สึก (C)

การบันทึกด้วยตนเองสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทักษะการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3. พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al.,

1979 จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีมุมมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4. วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้น ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้ว หรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่เป็นอย่างอื่น (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหามาเป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

### ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 197) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2. การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรม ของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

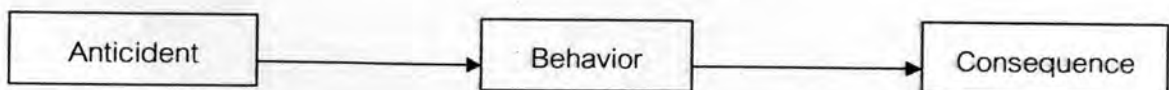
4. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูด ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดการให้ผู้ป่วยทำการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

2.6 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

2.6.1 ชั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วย ผู้บำบัดจะประเมินสิ่งที่แสดงออก (actions) ความคิด (thoughts) และความรู้สึก (feeling) ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรมีความถูกต้องชัดเจนที่สุด เบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้

ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหานั้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยาบาลสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior)

สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Anticident) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ  
พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่คุณคณนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้  
ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวกเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



#### Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น  
พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้  
ความคิด (Cognitive) หมายถึง คือ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วน 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

2.6.2 ชั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทั่วไปการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรม (increasing activity) การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) เพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิควิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบไปด้วย 3 วิธี สามารถนำมาใช้เทคนิคเดียว หรือนำมาผสมผสานกันหลายเทคนิคก็ได้ ซึ่งวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) ในขั้นแรกจะเริ่มค้นที่การขจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

ก) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการดึงของกล้ามเนื้อ วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย

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

ค) การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

ง) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มี การฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

จ) การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ

2) วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้





ก) การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ความรู้สึก (monitoring thoughts and feeling) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถคอยตรวจสอบความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยให้บันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ประเด็น คือ 1. สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2. อารมณ์ ความรู้สึก 3. ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ 4. พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และ 5. ผลลัพธ์หรือผลที่เกิด

ข) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย ผู้ป่วยมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่นๆ เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ค) การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมาย วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือ ในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้น

ง) ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์เลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่อะไรบ้าง ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะจัดการหรือแก้ปัญหาได้หรือไม่ แล้วจะจัดการอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้คือการลองให้ผู้ผู้ป่วยคาดคะเนถึงผลที่อาจเป็นไปได้ที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ไม่กลัวหรือกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลไปล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้เป็นการช่วยผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหานั้นได้

จ) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่บวกทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

ฅ) การหยุดความคิด (thought stopping) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ตีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3) วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

ก) การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมกรหลีกหนี โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

ข) การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

ค) การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

ง) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

จ) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

ฉ) การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะทำให้ผู้ป่วยคิดหนังสือข่มขืนให้เจ็บ เมื่อมีการย้าคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

## 2.7 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 15 – 20 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ Greist and Jefferson, 1992; Wright and Beck, 1995 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมักจะใช้ในการรักษาระยะสั้น 10 – 20 ครั้งต่อ Course แต่

White and Freeman, 2000 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 - 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้งและต้องมีการดำเนินการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson, 1992 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

### 3. โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย โดยมีอาการประกอบด้วยอารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจหรือความรื่นรมณ์ ในกิจกรรมตามปกติของชีวิต และอาการเหล่านี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการตามมาในลักษณะต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางร่างกาย ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของการบำบัดที่เน้นการปรับความคิด (cognitive therapy) มองว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคอยคิดว่าตัวเอง โลกของเขา หรืออนาคตของเขา ขาดบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นต่อการมีความสุขไป ผู้ป่วยจะเริ่มมองตนเองบกพร่อง ขาดความสามารถหรือไม่มีความสามารถ มองว่าครอบครัวคอยตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือ ไม่ช่วยเกื้อหนุน และมองว่าอนาคตของตนเองมืดมน มีความคิดทางลบเกิดขึ้น (เฮล, เดเนียล; และ เฮล, โรเบิร์ต อี. ผลร้ายของโรครามีหลายประการ ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เช่น การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และอันตรายที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตายมีงานวิจัยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

จากปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของ เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลของการนำแนวคิดของการปรับความคิดมาใช้ เช่น อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสกาเวรด์น พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มี

อาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็น การทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ในอันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ การสอนผู้ป่วย (didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหล ภาคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart, 2005 (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และจากการ ทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็น โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลดภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและเหมาะสม โดยมีการบำบัด 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ดังต่อไปนี้

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

1. การแนะนำตัว เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิด ความคุ้นเคยลดความวิตกกังวล ในการพบกันครั้งแรก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิด ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด ให้ ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เปิด โอกาสให้ซักถาม
2. สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการบำบัด และปฏิบัติตาม แผนการบำบัด ในการประเมินพฤติกรรมความคิด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องมีการ สำรวจตนเอง (self – monitoring ) ขณะที่ได้รับการบำบัดพร้อมกับเปิดเผยความคิด ความรู้สึกได้ ภายในกลุ่ม และยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment)
3. ผู้วิจัยจะประเมินความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ

ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิด ปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ ด้วยการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้รูปแบบ (ABCs of Treatment) (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก (affective) พฤติกรรม (behavior) ความคิด (cognitive)

#### 4. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

##### กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

1. ให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)

2. ร่วมกันกับผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 และอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า กับการคิด (cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavior) และฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามรูปแบบ (ABCs of Treatment) ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า

3. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน โดยบันทึกอารมณ์ (affective) ความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า (ในแบบบันทึกที่ 1)

#### 4. สรุปกิจกรรมที่ 2 ร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

##### กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยใน (แบบบันทึกที่ 1) ใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) โดยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ คือ การทำการบ้าน โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

2. อธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ความสัมพันธ์

ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 1) ที่เกี่ยวกับการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ

3. ให้ผู้ป่วยได้ลองวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจาก (แบบบันทึกที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย บันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัตินั้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาใน (แบบบันทึกที่ 2)

5. สรุปกิจกรรมที่ 3 และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

#### กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. สนทนากับผู้ป่วยถึงการบ้านในกิจกรรมที่ 3 และเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วิธีการที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำจะเป็นการช่วยในการตรวจสอบ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

2. ยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 2) ให้ผู้ป่วยได้ฝึกหาคำความคิดอัตโนมัติทางลบ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ ด้วยการถามถึงหลักฐานยืนยัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบด้วยทางเลือกอื่นๆ (alternative possible interpretation)

3. สนทนาเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำใน (แบบบันทึกที่ 2) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ว่ามีสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ในสถานการณ์ของผู้ป่วยเอง เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง (reinforcement) คือ ด้วยการให้ความสนใจ ให้กำลังใจ หรือการให้คำชม

4. ผู้บำบัดถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) ในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ โดยผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมาย วิธี

5. ให้ข้อมูลเปรียบเทียบของความเครียดที่สมเหตุสมผล กับความเครียดที่บิดเบือนไม่

สมเหตุสมผล (adaptive schemas and maladaptive schema) และท้าทายให้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ของผู้ป่วยด้วยการบันทึกความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น

6. มอบหมายการบ้านให้ผู้ช่วยบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตรวจสอบความเป็นไปได้อื่น (alternative possible interpretation) ใน (แบบบันทึกที่ 3)
7. สรุปกิจกรรมที่ 4 ร่วมกันกับผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 3) ซึ่งเป็นการบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และเป็นการฝึกให้ผู้ช่วยหาหลักฐานสนับสนุนความคิดหรือความเป็นไปได้อื่น แล้วทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอะไรเกิดขึ้น และผลที่ตามมาเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผู้วิจัยรับฟังให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม
2. สอนให้ผู้ช่วยเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้ช่วยมองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน
3. ร่วมกันกับผู้ป่วยค้นหาความคิดทางบวกในสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แล้วกระตุ้นเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ไปในทางที่เหมาะสม
4. มอบหมายการบ้านให้บันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย และความคิดใหม่ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลใหม่ต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไรในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ใน (แบบบันทึกที่ 4)
5. สรุปกิจกรรมที่ 5 ร่วมกันกับผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1. ผู้วิจัยทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมา และถามถึงการบ้านที่มอบหมายใน (แบบบันทึกที่ 4) หลังจากมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแล้วส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร
2. ฝึกให้ผู้ช่วยมีการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหากจาก (สถานการณ์สมมุติที่ 3) และกระตุ้นให้ผู้ช่วยได้ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหากจากสถานการณ์สมมุติ
3. ผู้วิจัยให้การเสริมแรง ด้วยการชมเชย และสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยอภิปรายอีกครั้ง
4. กระตุ้นให้ผู้ช่วยแต่ละคน ในกลุ่มได้สำรวจปัญหาที่รบกวนใจผู้ป่วย แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหากโดยสมาชิกรับฟัง ให้กำลังใจ และเสนอข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์

5. สรุปกิจกรรม ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ทำการบ้านใน (แบบบันทึกที่ 4) อย่างต่อเนื่อง

### กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

1. สนทนาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยจากกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่สามารถเกิดได้ทุกเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (thought stopping) โดยให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้วิจัยบอกให้ “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่ แล้วให้ผู้ผู้ป่วยใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ (Stuart, and Laraja, 2005; อรพรรณ ลือบุญวิชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวิชัย, 2549)
4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายถึงข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงถึงประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกใช้เป็นประจำ และมอบหมายให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้ฝึกการหยุดความคิดในแต่ละวัน ใน (แบบบันทึกที่ 5)
6. สรุปกิจกรรมที่ 7 ร่วมกันกับผู้ผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการได้
3. กระตุ้นให้ฝึกด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด ยุติสัมพันธภาพ
4. ตอบแบบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)



#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดในโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศซึ่งมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนที่ได้รับการให้คำปรึกษา

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา โดยการประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มยาลดลง

ฉัฐจิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวล ในขณะที่เผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัด และในระยะติดตามผลภาวะซึมเศร้ายังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้เนื้อหาในแผนการบำบัดยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการรักษา และสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหา เป็นไปในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ

บุษนา อองอาจสกุลมัน (2548) ได้ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4 ราย ในแง่ของการรักษา และนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อภิญญา พรหมพยอม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ยุพาพักตร์ รัชมณีวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการบำบัดผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

ศุจิตรา กฤติยารธรรม (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ศกาวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาด้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน และมีการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด (The paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาประเมินเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยานอกจากว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งผลพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำหลังจากที่ได้รับการบำบัดด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก และเมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25 % มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องมาจากการการประเมินการกลับมีอาการซ้ำใน 2 ปี ผลพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับมีอาการซ้ำในระดับต่ำมี 40% มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมี 90% เมื่อพิจารณาถึงความหลากหลายของอาการที่กลับเป็นซ้ำก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และ อาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า (1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ (2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ (3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประเมินประนีประนอม ระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้า

Tsai – Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าบรรเทาลง ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้งคือก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ใน

อันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ มีเพียงการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบำบัดที่ให้ผลไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ Elkin et al., (1989) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลในการลดอาการซึมเศร้าเท่าเทียมกันแต่เมื่อทำการศึกษาระยะยาว 1 ปี สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Shapiro et al., 1994 cited in Butler et al., 2006) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับยาด้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ผลเท่าเทียมกัน (DeRubeis et al., 2005) แต่การศึกษาของ Hollon and Beck (1994) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) รายงานว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและยาด้านอาการซึมเศราร่วมกันจะให้ผลดีกว่าที่จะใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว และยังมี การศึกษาผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของ DeRubeis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดแล้วในระยะเวลา 1 ปี จะมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยา ซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับมีอาการซ้ำสูง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด

- การสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมในการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า

- การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

- การฝึกสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และค้นหาความคิดทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

- เป็นการฝึกให้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

- เป็นการค้นหาความคิดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

- การฝึกให้ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีจากกิจกรรมที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

- เป็นการฝึกทักษะในการหยุดความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

- การทบทวนความรู้ และการยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ภาวะซึมเศร้า  
ในผู้ป่วยโรค  
ซึมเศร้า