

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขอย่างหนึ่งของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดหมายว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้ผู้ที่มีการซึมเศร้านี้มักมีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ การแยกตัวเอง ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1995) และยังพบว่าผลของภาวะซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตายเนื่องจากร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กันสูงโดยพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ปัญหาซึมเศร้าที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายนี้ ก่อให้เกิดความสูญเสียหลายด้านทั้งด้านครอบครัว สังคม และ เศรษฐกิจของประเทศ โดยโรคซึมเศร้านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เท่ากับ 145,336 DALYs ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2546) อีกทั้งหากภาวะซึมเศร้าของบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขและปล่อยไว้จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายก็จะสร้างความสูญเสีย ให้แก่ครอบครัวและสังคมโดยรวมเป็นจำนวนอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (คำนวณจากจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ หรือ Disability – Adjusted Life Year, DALYs ของข้อมูลปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 147,988 DALYs) (อภิชัย มงคล, 2546)

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีความสัมพันธ์กับหลายสาเหตุหลายปัจจัยผสมผสานกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Biopsychosocial factor) จากการศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ร้อยละ 10-15 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) และจากรายงานระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งใช้วัดควบคู่กันกับรายงานทางระบาดวิทยาของกรมสุขภาพจิต (2544-2546) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตายมักจะไม่ได้เกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างถ้ำลึก แต่จะเกิดกับผู้ป่วยที่ซึมเศร้าระดับปานกลางมากกว่าเพราะผู้ป่วยยังมีเรี่ยวแรงพอที่จะทำได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่าก็เป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันว่ามีน้ำหนักมากที่สุดที่จะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Canetto , Lester D. Gender, 1998)

ภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านพันธุกรรม 2) ด้านร่างกาย เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในเซลล์ประสาท รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว

ให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ ส่งผลให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง และซึมเศร้า 3) ด้านสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้น 4) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย สูญเสียคนที่ตนรัก สูญเสียความมั่นคง สูญเสียภาพลักษณ์ และสูญเสียความสามารถ การประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2538) และ 5) ปัจจัยด้านความคิด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผู้ให้ความสนใจกันอย่างมาก เพราะผู้ที่มีการซึมเศร้านั้นมักเกิดจากการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น (จันทิมา องค์โมยิต, 2545)

Beck et al. (1979) เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิดที่พิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก และอธิบายว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการคือ 1) ต่อตนเอง เช่น คิดว่าตนเองไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภูมิใจ 2) ต่อสิ่งแวดล้อม เช่น มองโลกมองเหตุการณ์หรือสังคมในแง่ร้าย รู้สึกถูกบีบบังคับ ถูกกดดันหรือคาดหวังจากสังคมมากเกินไปและ 3) ต่ออนาคต เช่น มองว่าอนาคตมีแต่ปัญหา มีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว สิ้นหวัง ไร้ซึ่งทุกสิ่งทุกอย่าง ความคิดเชิงลบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตกอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวังในชีวิต ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่และนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น การฆ่าตัวตาย ดังนั้น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive behavior therapy) จึงเป็นการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) เนื่องจากความนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม และบุคคลจะมีการปรับพฤติกรรมได้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงความนึกคิด (Dobson and Block, 1988 อ้างใน จันทิมา องค์โมยิต, 2545)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่มีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรม อีกทั้งเป็นการบำบัดซึ่งทำให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงได้โดยอิสระ

โรงพยาบาลลพบุรีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 428 เตียง มีกลุ่มงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ การจัดระบบการให้บริการประกอบด้วย คลินิกให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกคลายเครียด คลินิกบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด คลินิกทางด้านไวรัส

สำหรับผู้ป่วยเอดส์ โดยมีอายุรแพทย์เป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาเนื่องจากโรงพยาบาลลพบุรีไม่มีจิตแพทย์ และมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน สำหรับระบบบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลลพบุรีนั้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจะได้รับการรักษาและการพยาบาลด้านร่างกายและแก้ไขปัญหาที่รีบด่วน เช่น การล้างท้อง การให้สารน้ำและยา ประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อแพทย์ประเมินรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ชาย-หญิง และพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 2-3 วัน พยาบาลที่หอผู้ป่วยจะส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษาปัญหาที่พยาบาลจิตเวช และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกรายและนัดติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายอีก 2 สัปดาห์และ 3 เดือน หรือ 6 เดือน ตามความเหมาะสม

จากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2551 (ตุลาคม 2550 - กันยายน 2551) พบว่าโรงพยาบาลลพบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษานับจำนวน 276 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 10 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและไม่เสียชีวิตจำนวน 266 คน(เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลพบุรี ประจำปี 2551) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 60 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 33 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย 1 คน จึงถูกส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอานันทมหิดลซึ่งมีจิตแพทย์ดูแลรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้มีประวัติทำร้ายตัวเองซ้ำจำนวน 5 คน ซึ่งผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดภาวะซึมเศร้าพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการมีความคิดด้านลบทั้ง 3 ประการ คือต่อตนเอง เช่น คิดว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถสู้คนอื่นไม่ได้ น้อยใจ ไม่มีใครรักและมีความนับถือตนเองต่ำ ต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ เช่นคิดว่าตนต้องประสบแต่เหตุการณ์ที่ยุ่งยาก มีแต่อุปสรรค ไม่มีใครเข้าใจตนเอง และ ต่ออนาคต เช่น รู้สึกว่าตนมีแต่ความทุกข์และปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้รู้สึกสิ้นหวังกับอนาคตหมดกำลังใจ เป็นต้น

จากข้างต้นจะเห็นว่าสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดจากการมีความคิดอัตโนมัติ ทางลบทั้ง 3 ด้าน มีผลให้กระบวนการคิดแบบมีเหตุผลลดลง ดังที่ Beck et al. (1979) กล่าวไว้ ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการที่จะช่วยปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยมีความคิดทั้ง 3 ด้านดังกล่าวไปในทางบวก ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่ได้ผลดีในการแก้ไขปัญหาคิดด้านลบ หรือความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้สามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hodgkinson et al., 1999) เนื่องจากการบำบัดที่เน้นการยอมรับว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม และเป็นการบำบัดที่ส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ให้เป็นทางบวกมากขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนั้นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาจึงมีความ

สนใจนำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et al. (1979) มาใช้ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีปัญหาดังกล่าวในโรงพยาบาลลพบุรี เนื่องจากพบว่าเป็นการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้มีความเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549) และเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำที่อาจเกิดขึ้นตามมา

คำถามการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหรือไม่

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของบุคคลตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การมีความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) 2) โครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และ 3) เนื้อหาความคิดบิดเบือน (Cognitive error) ทั้งนี้ความคิดอัตโนมัติเป็นการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจง และไม่ต่อเนื่องซึ่งเกิดขึ้นจาก reflex และยากที่จะหยุดคิด นอกจากนี้ความคิดอัตโนมัติเหมือนจะมีเหตุผลสำหรับคนๆ นั้น และเหมือนจะเป็นรูปแบบหนึ่งของชวเลขในทางจิต (mental shorthand) ซึ่งประกอบด้วยคำสำคัญ (key words) หรือ รูปภาพ (Beck, 1976) เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะนำไปสู่ความคิดที่บิดเบือน โดยที่การมองสถานการณ์ไปในทางลบคือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับและถูกคาดหวัง เรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวหนทางตัน และหมดทางแก้ไข บุคคลที่ซึมเศร้ามักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ในที่สุดนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีการสันนิษฐานว่าทัศนคติที่ผิดปกติเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทัศนคติที่ผิดปกติ หมายถึงการคิดเหมาสรุปว่าทุกอย่างเป็นอย่างนั้น (overgeneralization) โดยไม่ยืดหยุ่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายของตน (Seok-Man Kwon and Tiam, 2003) โดยทั่วไปแล้วทัศนคติที่ผิดปกติจะยังคงมีอยู่ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานการโต้แย้งชัดเจน แต่ถ้ามีบางสิ่ง หรือเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับทัศนคตินั้นเกิดขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก

เหตุการณ์เหล่านี้นำไปสู่แบบแผนความคิดที่เป็นจุดเริ่มต้นของอารมณ์ซึมเศร้า และทำให้อารมณ์ซึมเศร้ามีอยู่ต่อไป

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีแนวคิดหลักในการบำบัด คือ อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจาก การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง และลักษณะของการบิดเบือนทางความคิดเป็นลักษณะที่ควบคุมไม่ได้ เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ บุคคลที่มีอาการซึมเศร้า คือบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบ มองตัวเอง มองโลก และมองอนาคตของเขารวมไปในทางลบทั้งสิ้น (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2541) ซึ่งขั้นตอนในการบำบัด คือ การค้นหา การสกัดความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดและการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979; Rush & Beck, 2000) หรือเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการคิด ฝึกฝนทักษะการสร้างความคิดใหม่ และหาวิธีการในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตให้ได้ (Key Concepts) (เกษตร ทมทิตชงก์, 2550) เน้นการยอมรับว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็จะทำให้มีการปรับอารมณ์และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตามมาได้

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางบำบัดภาวะซึมเศร้าพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายของการบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุของอาการซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการค้นหาแบบแผนความคิดด้านลบหรือข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบเป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น สามารถพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริง ทำให้สามารถมองปัญหา หรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ไปในรูปแบบอื่นที่เหมาะสมขึ้น ช่วยให้บุคคลมีความคิดที่ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม (สุรพล วีระศิริ, 2547) สอดคล้องกับที่ จันทิมา องค์กรโนยิต (2545) พบว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยซึมเศร้าได้ จะต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมบำบัด ร่วมกับการให้ยาจึงจะได้การรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยได้ประยุกต์จากขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของสุภาวดี รัมมะรักจิต (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et al. (1979) และแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) โดยโปรแกรมของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายในการลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548) เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ผลที่ตามมาก็คือ ทำให้โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนเกิด

การปรับเปลี่ยน และลักษณะ โครงสร้างทางความคิดที่เกิดขึ้นใหม่จนส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง อีกทั้งเกิดการแก้ไขทัศนคติที่ผิดปกติ หลังจากที่ผู้ป่วยสามารถระบุ และแก้ไขความคิดอัตโนมัติในแง่ลบได้แล้ว เนื่องจากการสันนิษฐานว่า ทัศนคติที่ผิดปกตินั้นเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติด้านลบ โปรแกรมที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 6 กิจกรรม โดยใช้การบำบัดแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันจันทร์และพฤหัสบดี ครั้งละหนึ่งกิจกรรมใช้เวลาดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักถึง ความสำคัญของความคิดหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และผลที่ตามมาจาก ภาวะซึมเศร้า เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และ แนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องภาวะซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ อธิบายเกี่ยวกับ โครงสร้างความคิด (Schema) ที่บิดเบือน และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งการให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาของตน ได้ดีขึ้น ทราบเป้าหมายของการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิด ทราบความคาดหวัง ความต้องการ และให้ความร่วมมือในการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought ซึ่งความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ เป็นความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ ภายนอกที่มากกระทบ (External Event) และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูในการช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่ เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริง เพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่ เป็นไปได้ใช้อื่น (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วย ถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) กิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ หรือความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และร่วมกันอภิปราย เน้นให้ตระหนักว่าความคิดไหน ที่สมาชิกสามารถปรับสร้างให้เป็นความคิดใหม่ ได้ง่ายที่สุด ให้สมาชิกลองคิดด้วยตนเองและช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติให้ถูกต้อง

เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ผึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ขั้นตอนนี้มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการค้นหาข้อพิสูจน์ ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม ที่เกิดจากการยึดข้อสันนิษฐานเดิมที่ผิด จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่พอใจตนเอง มองตนเองว่าล้มเหลว และมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภากย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความคิดด้านลบ มีทัศนคติที่ผิดปกติดังกล่าว และผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมา จากการแก้ไขปัญหานั้น ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาค ด้วยการใช้การหลีกเลี่ยงที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกให้มีการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อแก้ไขปัญหามาจากสาเหตุข้างต้น เข้าใจกระบวนการคิดที่มีเหตุผลในมุมมองใหม่ เกิดมุมมองทางบวก มีทัศนคติที่ดี รู้วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายลดลงได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนการสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ คือ การทบทวนฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางความคิดพฤติกรรม ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการทบทวน การฝึกทักษะการหยุดความคิดและการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด จากกิจกรรมที่ดำเนินมาทั้งหมด จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความคิด เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีทักษะในการป้องกันการป่วยซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

กิจกรรมที่ 6 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยุติโปรแกรมการศึกษาและประเมินผล การนำทักษะความคิดอย่างมีเหตุผลไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการทบทวนและพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนทางความคิด พฤติกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะหลังการนำทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ของสมาชิกแต่ละคน และยุติโปรแกรมการศึกษา การบำบัดแบบกลุ่มนี้ใช้เวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นยอมรับความจริงมากขึ้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตและมีภาวะซึมเศร้าลดลง

สมมติฐานการศึกษา

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลพบุรี โดยทำการศึกษาแบบกลุ่มดำเนินการที่ห้องให้คำปรึกษา โรงพยาบาลลพบุรี มีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ระดับปานกลางถึงระดับมาก (17-30 คะแนน) โรงพยาบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี สามารถอ่าน เขียน พูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ได้ตอบได้รู้เรื่อง และยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาอิสระโดยมีการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ อารมณ์เศร้า ห่ม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง การร้องไห้ หงุดหงิด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่ากำหนดตนเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2545)

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ตั้งใจพยายามทำลายชีวิตตนเองด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่สำเร็จและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับมากเป็นแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม โดยใช้แผนการบำบัดซึ่งผู้ศึกษาประยุกต์มาจากขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากการศึกษาของ สุภาวดี ธรรมะรักษิต (2550) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck et al. (1979) โดยมีเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ซึ่งจะลดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ดำเนินการที่ห้องให้คำปรึกษาโรงพยาบาลลพบุรี ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอน มี 6 กิจกรรม ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ยึดโครงสร้างและเนื้อหาในการบำบัดตามโปรแกรมเดิมของ สุภาวดี ธรรมะรักษิต แต่มีการปรับเปลี่ยนช่วงระยะเวลาของการดำเนินการให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย โดยปรับเปลี่ยนระยะเวลาดำเนินกิจกรรม จากสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ เป็น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และพฤหัสบดี ครั้งละหนึ่งกิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ตามข้อตกลงของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการบำบัดที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านตลอดระยะเวลาระหว่างการบำบัด มีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ ที่ 1 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดลบหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและผลที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแบบแผนความคิด

สัปดาห์ ที่ 2 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และการประเมินพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความความคิดอัตโนมัติด้านลบ กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา โดยฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่

สัปดาห์ ที่ 3 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 การทบทวนการสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ยุติกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และประเมินผลหลังการบำบัดตาม โปรแกรมการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิด ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน ใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดของ (Maram, 1978) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) ระยะดำเนินการ (Working Phase) และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ให้มีศักยภาพในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตที่ปราศจากความคิด อึดโนมัตติด้านลบต่อตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างเหมาะสม ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง