

บทที่ 2

เอกสารและงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ เรื่อง การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลปทุมธานี ผู้ศึกษาได้ทบทวนทฤษฎีต่างๆจากเอกสารตำรา และงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.1. ความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 1.2. สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 1.3. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 1.4. ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 1.5. การประเมินภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 1.6. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
3. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ
4. แนวคิดกระบวนการกลุ่ม
5. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าโรคซึมเศร้า

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มีความหมายใน 3 นัย ได้แก่

1. นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง

2. นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจ ในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย

3. นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และเป็นความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

ศุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2543) ที่ให้ความหมายของความซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์เศร้า ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย

สมกพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่า มีลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นสลับร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต และอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่ อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และทางความคิดกังวล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวันอาการเป็นอยู่ยาวนานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม พบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ซึ่งมีอัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5 – 3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาส

เป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย มีร้อยละ 14 และการศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) **Neurotransmitter system** เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิต ศรีสุรگانนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนชหล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

3) **Neuroendocrine factors** พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า ได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post - partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรگانนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ hypothalamic - pituitary - adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่น ๆ (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, และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจจะเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง(อำเภอพรรณ 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) สิ่งทีสูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นนี้ส่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้า โดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสีย

ความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่า ประสพการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับ บุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พงกษชาติคุณากร, 2533; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003

2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factors) ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมี อัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า “stoid” ในกลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของ ภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังคงต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกใน ครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชียจะมองภาวะซึมเศร้าว่า เกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความแปรปรวนบางต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่ แตกต่างกัน รวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

3) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive – Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learnig models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบ ที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎี การเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการ เรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้ คิดของเบค (Back's cognitive theory) มีรายละเอียด ดังนี้

ก) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974) อธิบายว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวก ในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสพการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการ ลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกลดลงความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวัง และเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทาง แก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉย ๆ ไม่ รุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจาก ประสพความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการ คิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ใน อนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่ บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสพการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้ จะ

กระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin, 2003) (รายละเอียดในแนวความคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด)

1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542)

อาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหารไม่รู้สึกหิวต้องฝืนใจรับประทานทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ก่อนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูดช้า ๆ พูดเสียงเบา ๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าโพลงค้อม คอดคก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิ่งวิงวอน มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

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

1.3.9 อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่าง ๆ นานา กลัวไปหมด

1.3.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.11 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

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

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใจ ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่าง ๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่าง ๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงงูใจ ขาดแรงงูใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หหมดแรงงูใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ 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 แทบจะ ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใด ๆ

3) ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการ ความผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.5.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเจ็บป่วย

1.5.2 Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา (โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยาวรรณ, 2548)

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

ก) Structure Clinical Intervention for DSM – III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียด 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) การคาดว่าจะถูกลงโทษ (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 เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

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

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 โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถาม

ไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS – D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัตถุประสงค์ 17 ข้อ และวัตถุประสงค์อื่นอีก 4 ข้อ สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำ แต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย และต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ.1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0 – 6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้าง.ในกัฒดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุกานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ยาระงับอาการซึมเศร้า ที่ค้นพบในยุคแรกเป็นยาในกลุ่ม Tricyclic ในช่วงเดียวกันมีการนำเอา monoamine oxidase inhibitor มาใช้ ได้ผลดีเช่นกัน ในช่วง 2 ทศวรรษมีการสังเคราะห์ยาใหม่อีกหลายกลุ่ม ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำกว่ายาเดิม ทำให้ข้อบ่งชี้ของยากว้างขึ้นกว่าแต่เดิมที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าเป็นหลัก แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

1.1) ผลในระยะแรก (Short-term effect)

ก) หลังจาก monoamine ถูกปลดปล่อยออกจาก presynaptic neuron และออกฤทธิ์ที่

receptor แล้ว จะถูกกำจัดไป 3 ทางด้วยกัน โดยส่วนใหญ่จะถูก reuptake กลับสู่ presynaptic neuron ส่วนน้อยที่เหลือจะถูกทำลายโดยเอนไซม์ catechol -O-methyl transferase (COMT) และเอนไซม์ monoamine oxidase (MAO) ยาแก้ซึมเศร้าส่วนใหญ่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake ของ norepinephrine และ/หรือ serotonin กลับสู่ presynaptic neuron ทำให้ปริมาณของ neurotransmitter ระหว่าง neuron เพิ่มขึ้น

ข.) ยาแก้ซึมเศร่ายังไปปิดกั้น receptor ต่างๆ ได้แก่ muscarinic receptor (M1), histaminergic receptor (H1), alpha receptor, dopaminergic receptor (D2), serotonin receptor (5HT2) ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง ของยาแต่ละชนิดแตกต่างกันไปตาม receptor ที่ยาไปปิดกั้น

1.2.) ผลในระยะยาว (Long-term effect)

เมื่อให้ยาแก้ซึมเศร้าไประยะหนึ่งจะพบว่า Density และ function ของ beta-2-adrenergic receptor และ serotonin type2 receptor ลดลง เราเรียกกระบวนการนี้ว่าเป็น down regulation ของ receptor การมี Down regulation ของ receptor จะกระตุ้นระบบ cAMP (cyclic adenosine monophosphate) signal transduction pathway ทำให้ระดับของ adenylyl cyclase และ cAMP-dependent protein kinase (PKA) รวมทั้งการผ่านเข้าสู่ nucleus ของ PKA เพิ่มขึ้น PKA นี้จะไปกระตุ้นการทำงานของ transcription factor ที่เรียกว่า CREB (cAMP response element binding protein) และ CREB จะส่งผลให้ยีนในเซลล์บริเวณที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับฤทธิ์ต้านซึมเศร้าคือบริเวณ hippocampus สร้างโปรตีน โดยสารสำคัญได้แก่ BDNF (brain derived neurotrophic factor) ซึ่งเป็น nerve growth factor ชนิดหนึ่งในกลุ่มเดียวกับ neurotrophin โดยไปช่วยในกระบวนการ neurogenesis และเพิ่ม synaptic plasticity การเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ ได้แก่ การมี CREB และ BDNF expression เพิ่มขึ้นนี้ มีส่วนสัมพันธ์กับผลการรักษาของยาแก้ซึมเศร้า ยาแก้ซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

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

2) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด reversible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

3) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin ทำให้ serotonin เพิ่มขึ้นทั้งบริเวณ synaptic cleft และบริเวณ cell body ส่วนใหญ่จะเพิ่มที่ cell body และ presynaptic serotonin receptor ชนิด 5HT1A ซึ่งเป็น somatodendritic autoreceptor ทำหน้าที่ยับยั้ง cell firing ของ serotonin เมื่อมี serotonin มาก การมี serotonin เพิ่มขึ้นบริเวณ cell body นี้ในระยะแรกจะกระตุ้น 5HT1A autoreceptor ทำให้ cell firing

ลดลง แต่เมื่อให้ยา SSRI นานขึ้นจะเกิดการ down regulation ของ 5HT1A autoreceptor ทำให้การยับยั้ง serotonin ลดลง ปริมาณ serotonin ที่ปลดปล่อยจากเซลล์จึงเพิ่มสูงขึ้น

4) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุด ได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

ซึ่งยาแก้ซึมเศร้าโดยทั่วไป ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 – 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 – 12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 – 9 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้น ๆ (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 ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่าง ๆ 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 ทำให้บุคคลนั้นมีความแปรปรวนต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวแปรปรวน ต้องการความเอาใจใส่และคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคลเรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวเป็น “(core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่น ๆ ของความเศร้าเป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุก ๆ สิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diacetic – Aspects, Cognitive Technique และ Behavior Technique

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) Ferter (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (Reinforcement) ในสถานการณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (Social Skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือพยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ให้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้

ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น พยายามใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา
- 5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย
- 6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุม บทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ
- 7) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
- 8) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหนาการและ กิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ
- 9) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่

เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลและในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

10) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา โรงพยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

11) บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน โรงพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร

12) บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาล จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่างจากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทกล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง Neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการและช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.7.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของผู้ป่วย จะใช้เป็นอาวุธ

1.7.2 การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.7.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่าง ๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.7.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.7.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.7.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการทำผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติบัตร และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง(Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้

- 1) การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
- 2) การมีทักษะในการสอนอบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
- 3) การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
- 4) การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
- 5) บทบาท (change agent)
- 6) การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
- 7) การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
- 9) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
- 10) การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางพยาบาล

2. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน หรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต ได้แก่ 1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (social modeling) อธิบายไว้ว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรพรรณ ถีอนุชวณิช และพีรพนธ์ ถีอนุชวณิช, 2549, 2549; Stuart and Laraia, 2005)

ซึ่งงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่งมีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางปัญหา ที่พัฒนาขึ้น โดย Aron Beck มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ในปี 1963 Beck เริ่มสังเกตเห็นว่า ปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ จึงทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคน

2.1 ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time – limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางมองโลกของบุคคลนั้น ๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ถีอนุชวณิช และพีรพนธ์ ถีอนุชวณิช (2549) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT) จัดบำบัดซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือนให้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

โดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การบำบัดที่มีโครงสร้าง มีทิศทาง และมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

2.2 ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck นี้เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในทันที หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภากษ์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์, (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ยกตัวอย่างความสัมพันธ์รูปแบบการคิดในตารางที่ 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 ดวงมณี จงรักษ์, 2549) มี 4 ระดับ ได้แก่

1) ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เที่ยงนี้ฉันจะกินข้าวที่.... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

2) ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโคง

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

4) Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่าง ๆ บุคคลที่ Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ตอกย้ำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2545) ตัวอย่างเช่น คนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเองจะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตน และมองไม่เห็นหรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก สกีมามีสามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้ปรับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว เบคเชื่อว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดเป็นกระบวนการของการรักษา (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ตัวอย่างของโครงสร้างความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างของ Adaptive Schemas และ Maladaptive Schema

Adaptive Schemas	Maladaptive Schema
<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น ฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ - ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น - ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ - ฉันรู้สึกไม่ดี แค่ ก้าว กังวลกับสิ่งที่ทำ

Wright and Beck (1995)

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

1.) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียว โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้น

ต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมด เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่งก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

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

3.) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น 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 ผู้ป่วยข้าคิดและกลุ่มใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น

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

7.) การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่ตั้งใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”

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

เพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญหรือลดความสามารถของตนเอง

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

10.) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of Self – Worth) เช่น “ฉันต้องคู่อีตลตลอดเวลา”

2.4 เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549 : Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และยังเป็นกรบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทลลความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่น ๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักซ้อม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่ และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

2.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดยเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ขอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภคย์, 2542)

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

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1.) การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรุฒธิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด 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)

การบันทึกด้วยตนเองสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

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

3.) พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วย

ยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatrophiing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองสิ่งร้ายหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4.) วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้ว หรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งร้ายหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญห เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแงุ่มใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 197) เช่น

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

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

3.) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถ

ประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4.) การทำการบ้าน (Homework) ผู้นำบำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูด ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดการให้ผู้ป่วยทำการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

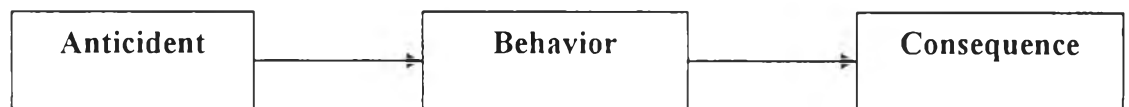
2.6 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005 ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005 ; อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2549)

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

ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยาบาลสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้น ๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior)

สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Anticident) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้น ๆ พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้

ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวกเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้ การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้

ความคิด (Cognitive) หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน อารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6.2 ขั้นตอนปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด 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) ในขั้นแรกจะเริ่มต้นที่การจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีการต่าง ๆ 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 โดยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

ง) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มีการฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

จ) การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้น ๆ

2) วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 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 evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย ผู้ป่วยมักจะให้นำหน้าของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่น ๆ เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ค) การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าคุณเอง ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลาย ๆ วิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

ง) ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์เลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะจัดการหรือแก้ปัญหาได้หรือไม่ แล้วจะจัดการอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้คือการลองให้ผู้ผู้ป่วยคาดคะเนถึงผลที่อาจเป็นไปได้ที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ไม่กลัวหรือกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลไปล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้เป็นการช่วยผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหานั้นได้

จ) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่บวกทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

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

ผู้ช่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ช่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ช่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ช่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นๆ อยู่ เมื่อผู้ช่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ช่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

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

ก) การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่าง ๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง โดยให้ผู้ช่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ช่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

ข) การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ช่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่นการให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ช่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

ค) การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ช่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ช่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

ง) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ช่วยได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

จ) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ช่วยทางจิตเวชหลาย ๆ ราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ช่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ช่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

ฉ) การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะทำให้ผู้ช่วยติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้ำคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

2.7 ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ช่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 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 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 – 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้ง และต้องมีการดำเนินการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ช่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson, 1992 กล่าวว่า

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

3. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

3.1 โหมดทัศน์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มาจากคำ 2 คำ ซึ่งคำว่า “ความคิดด้านลบ” หมายถึงความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย ส่วนคำว่า “อัตโนมัติ” หมายถึง ความคิดที่อยู่เหนือสุด เป็นความคิดแรกที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง (Fennell, 1989) ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด เป็นการคิดที่รับรู้และแปลผิด โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกๆ ในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดของบุคคลนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง และจะสะสมมาเรื่อยๆ และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ความซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติด้านลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง และความคิดที่มีเหตุผลกลับยิ่งลด ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นเนื้อหา ความคิดในด้านลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งความคิดในด้านลบนี้จะเกิดขึ้นเองโดยมิได้เจตนาและไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล

เนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า ประกอบด้วย การมองตนเองในด้านลบ การแปลประสบการณ์ในด้านลบและความคาดหวังอนาคตของตนเองในด้านลบ (Beck, 1967 : Fennell, 1989) ซึ่งได้อธิบายไว้ในหัวข้อองค์ประกอบพื้นฐานการเกิดความซึมเศร้า ความคิดที่เอนเอียงไปในทางลบ (negative biased thinking) เป็นกระบวนการความคิดหลักของการเกิดความซึมเศร้า ความคิดเอนเอียงที่มุ่งไปในทางลบมักจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของชีวิต ผ่านทางประสบการณ์ส่วนบุคคล คล้ายกับการรับเอาความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลสำคัญมาเป็นความคิดของตนเอง ดังนั้นความคิดเห็นและความเชื่อที่ได้เรียนรู้จากอยู่และเป็นตัวเหนี่ยวนำกระบวนการทางความคิดในอนาคตได้ โครงสร้างทางความคิดเหล่านี้ได้ถูกแบ่งประเภทออกเป็นการแปลความหมาย การประเมินค่า และอธิบายความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งถูกเรียกว่า สคีมาตา (schemata) โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคล อาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้หรือปรับเปลี่ยนไม่ถูกทาง (adaptive-maladaptive) เป็นเชิงบวก หรือ เชิงลบ แปลก หรือ ธรรมดา (Wright & Beck, 1984 cited in Dryden & Golden, 1987) สำหรับผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นแบบที่ปรับเปลี่ยนผิดๆ เป็นไปในทางลบและมีความคิดแปลกประหลาด เช่น “ฉันเป็น

ผู้ล้มเหลว” “ฉันไม่เคยทำอะไรได้เรียบร้อยเลย” และความคิดอื่น โครงสร้างทางความคิดอาจแอบแฝงอยู่แต่จะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่าง เช่น สิ่งที่คล้ายกับประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะทนได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ดังนั้นเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดความซึมเศร้าถ้าผู้ป่วยไม่มีความเอนเอียง อันเนื่องมาจากความคิดของโครงสร้างทางความคิดให้มีความไวต่อเหตุการณ์ประเภทรุนแรง สิ่งนี้จึงเป็นตัวอย่างว่าเพราะเหตุใดบางคนจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้ แต่ขณะเดียวกันบางคนเมื่อเกิดเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยก็จะเกิดความซึมเศร้า และขณะที่มีความซึมเศร้ามากขึ้นความรู้สึกนึกคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีความซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ก็ตามอย่างมีจุดหมาย โครงสร้างทางความคิดที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่า “ความคิดที่บิดเบือน” (cognitive distortion) (Beck, 1967 cited in Weishaar & Beck, 1987)

3.2 ลักษณะเนื้อหาความคิดที่ผิดพลาด

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ประกอบด้วย ลักษณะและเนื้อหาของความคิดและแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ด้านลบ การเลือกคิดเป็นส่วนๆ โดยไม่ได้มีการคิดรวมทั้งหมด การบิดเบือนเนื้อหาข้อมูล การคิดที่มีลักษณะการคิดส่วนตัว และการด่วนลงความเห็นโดยที่รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดโดยละเอียดมีดังนี้ (Beck, 1967, Dobson, 1988; Fennell, 1989)

1) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตัวเองทำผิดพลาดทุกอย่าง

2) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดีเลยทั้งวัน เพราะในระดับภาวะรู้สึกตัวผู้ที่มีความซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขความยินดี

3) ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ครบสมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็จะมีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

4) การขยายต่อเติมเรื่องราว (Magnification) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในการประเมินค่าความสำคัญ หรือ ขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่กระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5) ความคิดตอบสนองที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้าน

ใดด้านหนึ่งและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ จนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน (personalization) เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกับไม่ได้มองตนเอง อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนขุ่นเคือง

6) การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือแผนการรักษานี้ไม่เหมาะสมกับตนเอง

แนวคิดของเบ็คเกี่ยวกับอาการและการรักษาความซึมเศร้า ได้พัฒนาขึ้นจากการสังเกตและการศึกษาในยุคต้นๆ ซึ่งชี้แนะว่ารูปแบบความคิดของความซึมเศร้านั้น จะมีประโยชน์ทั้งในด้านความเข้าใจและการรักษาความซึมเศร้า รูปแบบความคิดนี้ ประกอบไปด้วย ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) สคีมาตา (schemata) และเนื้อหาความคิดที่ผิดพลาด (cognitive errors) (Joseph, 1995)

จากความคิดดังกล่าว จะมีผลต่อแนวการรักษาและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบทำให้การรักษาเป็นไปอย่างได้ผลไม่เต็มที่เท่าที่ควร และมีผลทำให้ผู้ป่วยหายจากความซึมเศร้าช้าลง ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรจะแยกแยะทำความเข้าใจกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า (Fennell, 1989)

3.3 การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

เบ็คได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire or ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้นฮอลลอนและเค็นดอลล์ได้พัฒนาแบบประเมินนี้ในปี 1980 แบบประเมินสามารถประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้า กับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอื่นๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงตรงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคสูงถึง 0.90 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค 0.84 และมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดความซึมเศร้าอื่นๆ ด้วย (ลัดดา แสนสีหาม 2536; Blackburn, 1986; Dobson, 1988; Hollon & Kendall, 1980)

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ทั้ง 30 ข้อ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้านต่างๆ พบว่าคะแนนที่ได้นั้นไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศและอายุ และผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ประเมินที่มีต่อตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านแรกสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 7, 10, 14, 20 และ 26 ด้านที่สอง สะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ มีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 2, 3, 9, 21, 23, 24 และ 28 ด้านที่สาม สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 29 และ 30 (Hollon & Kendall, 1980) ส่วนในด้านต่อเหตุการณ์

และต่ออนาคต แบบวัดไม่ได้กล่าวไว้ในรายละเอียด ส่วนแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบอื่นๆ ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีของเบ็ค ได้รวบรวมโดย ซีกัลและชอว์ (Segal & Shaw, 1988) ซึ่งมีตัวอย่างแบบประเมินดังนี้

- 1) Dysfunctional Attitude Scale (DAS) สร้างขึ้นในปี คศ.1978 โดยวีสแมนและเบ็ค (Weissman & Beck) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยแบบประเมินย่อย 3 ส่วน คือ DAS-T, DAS-A และ DAS-B มีจำนวน 12 ข้อ ให้คะแนนเป็น 7 ระดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .90, .88 และ .81 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ในระดับปานกลาง คือ .40 - .65
- 2) The cognitive Bias questionnaire (CBQ) สร้างขึ้นในปี คศ.1979 สร้างโดยแฮมแมนและคานซ์ เป็นแบบประเมินตนเองใน 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมี 3 ข้อ มีตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก นำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ .69 นำมาหาความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ได้ค่าเท่ากับ .47
- 3) The Cognitive Response Test (CRI) สร้างในปี คศ.1983 โดยวัตกินส์และรัช (Watkins & Rush) เป็นแบบประเมินตนเอง ในตอนแรกมี 50 ข้อ ต่อมาได้มีการนำมาปรับปรุงใช้ในปัจจุบันมี 36 ข้อ แบบประเมินความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 ถึง .88 มีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ได้ค่าเท่ากับ .60
- 4) The Cognitive Style Test (CST) สร้างในปี คศ.1981 โดยวิลกินสันและเบ็คเบิร์น (Wilkinson & Blackburn) เป็นแบบประเมินตนเองโดยให้ค่าคะแนนเป็น 0 ถึง 3 ตามระดับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ แบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .68 และมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ได้ค่าเท่ากับ .68
- 5) The Attributional Style Questionnaire (ASQ) สร้างขึ้นในปี คศ. 1982 โดยปีเตอร์สันและคณะ แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67 ถึง .76

ส่วนแบบประเมินอื่นๆ อีกเช่น The Crandell Cognitive Inventory (CCT) สร้างขึ้นในปี คศ. 1981 โดย ครานเดลและแชมเบลส (Crandell & Chambless) แบบประเมินมี 34 ข้อ แบบประเมิน The Cognitive Error Questionnaire (CEQ) สร้างขึ้นในปี คศ.1981 โดยเลฟเมอส (Lefebvre)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ ฮอลลอนและเค็นคอลล (Hollon & Kendall, 1980) เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้พัฒนามาจากแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของเบ็ค และมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็คสูงที่สุด รวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของเบ็ค ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

4.แนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Murrain

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่มร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่าง ๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้องประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และจัดข้อขัดแย้งร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็นกระบวนการขั้นเรียกว่า “กระบวนการกลุ่ม” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอันสลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิสนา เทียนเสมอ, 2515) ในกระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) ซึ่ง Murrain (1978) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

4.1 การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องนึกถึงในการจัดตั้งกลุ่ม

1.) วัตถุประสงค์ทั่วไป กำหนดขึ้นเพื่อ

ก. ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ข. ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น

ค. ลดความรู้สึกโดยเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวัง จากการที่รู้สึกว่าคุณประสบปัญหานั้น ๆ แต่ลำพังเพียงผู้เดียว

ง. ให้โอกาสแก่สมาชิกในการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น

จ. ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นรับรู้ได้ และจะได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่น ๆ

2.) วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนที่แสดงออกมาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ทั่วไป ข้อ ก. จะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมดังนี้

- (1) สมาชิกรับฟังเมื่อผู้อื่นประเมินพฤติกรรมของตน
- (2) สมาชิกมีการซักถามให้เข้าใจในเรื่องของตน ซึ่งได้รับการ ประเมินจากสมาชิกในกลุ่ม
- (3) สมาชิกบอกได้ว่าตนตั้งใจหรือมีความคาดหวังอะไรอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ตนแสดงออก
- (4) สมาชิกบอกได้ถึงความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นกับการที่ผู้อื่นรับรู้ในพฤติกรรมที่แสดงออก

พฤติกรรมของสมาชิกที่จะแสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ข. คือ

- (1) สมาชิกสามารถรับและรู้คุณค่าในการให้การสนับสนุน ประคับประคองจากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม
- (2) สมาชิกสามารถให้การสนับสนุนและให้ความมั่นใจแก่สมาชิกในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ค. คือ

- (1) สมาชิกรับรู้ปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่ม
- (2) สมาชิกรู้ว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายกับตน
- (3) สมาชิกรู้สึกว่ามีปัญหาที่ตนมีเป็นปัญหาธรรมดาที่ใคร ๆ ก็พบได้ และสามารถช่วยกันแก้ไขได้ โดยสมาชิกในกลุ่ม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ง. คือ

- (1) สมาชิกตระหนักในรูปแบบพฤติกรรมที่เขาใช้บ่อย ๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
- (2) สมาชิกเปลี่ยนวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อให้สิ่งที่แสดงออกตรงกับความรู้สึกนึกคิด
- (3) สมาชิกปรับปรุงวิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นนอกกลุ่มได้

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ จ. คือ

- (1) รู้สึกไว้วางใจสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มว่าจะยอมรับและไม่ต่อต้านในสิ่งที่ตนพูดหรือกระทำ
- (2) พัฒนาความสามารถในการแสดงออกถึงเรื่องที่วิตกกังวลความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้กังวลหรือไม่สบายใจ

4.2 การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่มต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดย การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

4.3 โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522; Marram 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

4.3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522)

4.3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม

(Harnack, et al., 1977) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1994) บอร์แมน (Bormann, 1975) กล่าวว่ากลุ่มที่มีสมาชิก 5 คน หรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีแต่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้นศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะลึกลับเหลว ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คน ขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูแลและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีมากกว่า 13 คน เป็นเวลานาน จะมีการจับกลุ่มเป็นกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ (Excellent number) ในการอภิปรายกลุ่มคือ 5 คน

4.3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

4.3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาที่ตั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรกำหนดวันเวลาและจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

- ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง (Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุกกุล 2522)

- ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

4.4 ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของผู้ป่วยให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้น พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978) ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วน

ร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการดังนี้

1) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้านคือ

1.1) ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

1.2) ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

1.3) ด้านความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2) ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่ม ไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3) นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการงอกงามเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ประคับประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

4.4.1 วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุตามจุดหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคน เข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพุดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของกันละกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหาล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอยู่ในรูปของการพุดจาหรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้นโดยการใช้โสตทัศนอุปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่น ๆ

4) กระตุ้นให้สมาชิกได้พุดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกันผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พุดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5) การทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาเพียงผู้เดียว ผู้นำกลุ่มอาจพุดว่า“ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายในกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น?” แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มเข้าใจดีขึ้นว่า...อะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตน ในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7) การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

4.5 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม .

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิก

กลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น

ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจเกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2522)

- 1) ชวนนำกลุ่ม โดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม
- 2) คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
- 3) ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะไม่เข้มงวดหรือเครียด มากเกินไป แก้อึดอัดแก่กายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
- 4) ตรวจสอบความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
- 5) ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรคัมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
- 6) ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

4.6 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Murrain (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ขอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่ม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และ

สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหานั้นบางอย่างได้

3) ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

4.7 การประเมินผลของกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram, 1978)

- 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม
- 6) บรรยากาศของกลุ่ม
- 7) การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

5. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย โดยมีอาการประกอบด้วยอารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจหรือความรื่นรมย์ ในกิจกรรมตามปกติของชีวิต และอาการเหล่านี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการตามมาในลักษณะต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางร่างกาย ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของการบำบัดที่เน้นการปรับความคิด (cognitive therapy) มองว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคอยคิดว่าตัวเอง โลกของเขา หรืออนาคตของเขา ขาดบางสิ่งบางอย่าง

ที่จำเป็นต่อการมีความสุขไป ผู้ป่วยจะเริ่มมองตนเองบกพร่อง ขาดความสามารถหรือไม่มีคุณค่า มองว่าครอบครัวคอยตำหนิว่า วิพากษ์วิจารณ์ หรือไม่ช่วยเหลือหนุน และมองว่าอนาคตของตนเองมืดมน มีความคิดทางลบเกิดขึ้น (เฮล, เดเนียล; และ เฮล, โรเบิร์ต อี.) ผลร้ายของโรคมีหลายประการ ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ 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 และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญานั้นที่ และระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสกาเวิร์ตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็น การทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่น ๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ในอันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่น ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จากผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ได้สร้างขึ้นโดยนำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดยเบคและคณะ(Beck et al.1979)ซึ่งประกอบด้วย3องค์ประกอบ ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Technique) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม(Behavior Technique) (Sadock and Sadock,2003;สุชาติ พหลภักย์,2542)มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของStuart,2005(Stuart and Laraia,2005:อรพรรณ ถีอบุญวัชชัยและพีรพันธ์ ถีอบุญวัชชัย,2549)

โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงโดยพบว่าหลังเข้าโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง มาจัดทำเป็นกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 5 ครั้ง 8 กิจกรรม ดังนี้

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดในโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนที่ได้รับการให้คำปรึกษา

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา โดยการประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง

ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายหายใจ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วย โรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัด และในระยะติดตามผลภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้เนื้อหาในแผนการบำบัดยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการรักษา และสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหา เป็นไปในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศรำน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังการทดลองสั้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับต่ำ

ยูธนา องอาจสกุลมัน (2548) ได้ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4 ราย ในแง่ของการรักษา และนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 ราย มีอาการดีขึ้น ขอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท และขอมร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อภิญา พรหมพยอม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ยุพาพัทธ์ รักษณวิวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการบำบัดผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่มีความยืดหยุ่นและขอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

สุจิตรา กฤติยวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

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

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำของโรคซึมเศร่าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาด้านเศร่าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน และมีการประเมินอาการซึมเศร่าด้วยแบบวัด (The paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาประเมินเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยานอกจากว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งผลพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร่าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำหลังจากที่ได้รับการบำบัดด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

และเมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25% มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องมาจากการประเมินการกลับมีอาการซ้ำใน 2 ปี ผลพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับมีอาการซ้ำในระดับต่ำมี 40% มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมี 90% เมื่อพิจารณาถึงความหลากหลายของอาการที่กลับเป็นซ้ำก็พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

Seok – Man KWON and Tian P.S. Oei (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า (1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ (2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ (3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอมระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุนเกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้า

Tsai – Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้าบรรเทา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คน ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้ง คือก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัดพบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่น ๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏพบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ใน

อันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่น ๆ มีเพียงการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบำบัดที่ให้ผลไม่แตกต่าง ๆ กัน 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) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับยาต้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ผลเท่าเทียมกัน (DeRubeis et al., 2005) แต่การศึกษาของ Hollon and Beck (1994) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) รายงานว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและยาต้านอาการซึมเศร้าร่วมกันจะให้ผลดีกว่าที่จะใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว และยังมี การศึกษาผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของ DeRubeis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดแล้วในระยะเวลา 1 ปี จะมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยา ซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับมีอาการซ้ำสูง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 5 ครั้ง 8 กิจกรรมได้แก่
ครั้งที่ 1 การสอนผู้ป่วย มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้าเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 2.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยการสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) หรือการค้นหา Automatic Thought

กิจกรรมที่ 2.2 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการที่ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด

ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995)

ครั้งที่ 4 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4.1 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแงุ่มใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิดการตีความปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

กิจกรรมที่ 4.2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ครั้งที่ 5 สรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ยุติสัมพันธภาพ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ (Beck, 1967) และทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

ภาวะ
ซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า