

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบลักษณะอาการ ได้ทั้งด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย ซึ่งขณะนี้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล อีกทั้งเป็นปัญหาที่ยังทวีจำนวน มากขึ้นเรื่อยๆ โดยองค์การอนามัยโลก WHO (2004) คาดการณ์ว่า สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกจะเลื่อนจากลำดับที่ 4 ของปัญหาการเจ็บป่วยทั้งหมดในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ทำให้โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว สำหรับในประเทศไทย ก็พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งทำการสำรวจระดับชาติ ปี 2546 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ได้จัดอันดับอัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากร และประมาณการว่าในประเทศไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน จะมีประชากรซึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) จำนวน 871,700 คน พบเป็นอันดับ 2 คิดเป็น ร้อยละ 3.2 และอีก 321,300 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymic disorder) พบเป็นอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 1.2 (กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยผู้หญิงป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7 : 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ซึ่งโรคซึมเศร้านี้หากมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคจิตร่วมด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ยังเป็นการป่วยเรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะโรคในอันดับต้น (นันทิกา ทวิชาติ, 2548) และเป็นความเสี่ยงสำคัญ ของการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศรารุนแรงมักจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กันสูง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Barklage, 1991 อ้างถึงในสมภพ เรื่องตระกูล, 2543) เนื่องจากพบว่าปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นจาก 39.26 ในปี 2547 เป็น 44.55 ในปี 2548 และ 40.84 ในปี 2549 ตามลำดับ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข จึงได้

กำหนดวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) เพื่อต้องการลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตาย ของประชาชนให้เหลือไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เนื่องจากโรคซึมเศร้า เป็นโรคที่มีความสำคัญทางสุขภาพจิต ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมา จึงมีความจำเป็นในการหารูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงดังกล่าว

ในประเทศไทย โรคซึมเศร้าพบมากในวัยผู้ใหญ่ โดยมีความชุกตลอดชีพร้อยละ 5-18 (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 – 50 ปี อายุที่เริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ซึ่งวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่ยาวนานที่สุดของชีวิต ความสำคัญคือ มีพัฒนาการของร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ (Emotional Security) ซึ่งแสดงออกในลักษณะต่างๆ อาทิ *การยอมรับตนเอง* โดยเฉพาะในด้านที่เป็นจุดอ่อนของตน และพยายามที่จะแก้ไขข้อบกพร่องนั้น รู้จักสำรวจ และยอมรับความบกพร่องของตนเอง *การยอมรับทางอารมณ์* ว่าอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของคนปกติ แต่ไม่ยอมให้อารมณ์มีอำนาจเหนือชีวิตจิตใจ ซึ่ง *การอดทนต่อความคับข้องใจ* สามารถทำงาน และดำเนินชีวิตตาม ปกติแม้จะมีแรงกดดัน *ความเชื่อมั่นในการแสดงออกของตน* รู้จักอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมได้ ตรงกันข้ามคนที่ขาดวุฒิภาวะ ซึ่งจะไม่กล้าแสดงออก หรือแสดงออกมากเกินไป (เพ็ญพิไล ฤทธาภรณ์, 2549) หากบุคคลใน วัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทของครอบครัว สังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของอารมณ์เป็นสำคัญ ทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และจิตใจได้ มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน อารมณ์ผิดปกตินั้นคงอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆ กัน ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางครอบครัว การทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะสามารถรักษาให้หายได้ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้อีก (Post, 1992) โดยมีผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 - 80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำอีก ภายใน 2 ปี (Beeber, 1996; Peden, 1996) ทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ นำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000 อ้างถึงใน สุวดี จันดีกระยอม, 2546)

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ ความรู้สึกไร้คุณค่า มีความคิดอยากตายจนถึงการกระทำตนเองให้เสียชีวิต และเมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ญาติและคนรอบข้างผู้ตายจะถูกกระทบกระเทือนโดยตรง ทำให้จมอยู่กับความเศร้าโศก (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ดังนั้นจึงเป็นภาระ และปัญหาแก่ครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และเป็นปัญหาระดับประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยปัจจุบัน โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีมีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เป็นผลจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ การงาน และอาชีพคิดเป็นร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (Greenberg et al., 1993) ในประเทศอังกฤษ พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 30-45 พันล้านปอนด์ในทุกๆ ปี ทำให้เกิดความเสียหาย ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล และครอบครัว (Kupfer & Frank, 2003) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรค และการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บเทียบกับ 135 ประเทศ พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALYs) และเมื่อคำนวณจำนวนปีที่สูญเสียไปจากความพิการ และการเจ็บป่วย (Years Live with Disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิง และอันดับ 3 ในผู้ชาย (The Thai working group on burden of disease and injuries, 2002) (กรมสุขภาพจิต, 2545) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับอาการของโรค และยังส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียต่อครอบครัว และประเทศชาติอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียศักยภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคมที่ต้องดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว จำเป็นต้องหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมาใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยเพิ่มจากวิธีการเดิมๆ ที่มีอยู่

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากปัจจัยชีวิตสังคม (Bio psychosocial factors) ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีวภาพได้แก่พันธุกรรม (neurotransmitter and neuroendocrine system) และปัจจัยด้านจิตสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมาก หรือน้อยแตกต่างกันไป ในผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ Beck et al. (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ว่าเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพ ท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) 2) มีโครงสร้างทางความคิด (schema) ที่บิดเบือน และ 3) มีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงนำไปสู่ความคิด บิดเบือน จากสถานการณ์จริงไปในทางลบ คือ มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความ

ภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่งทุกอย่าง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หนทางตัน และหมดทางแก้ไข บุคคลที่ซึมเศร้ามักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ในที่สุดนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า จำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางร่างกาย และการบำบัดทางจิตสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ซึ่งการรักษาทางร่างกาย แบ่งเป็นการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมนั้น “การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด” (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ของ Aaron Beck และ Albert Ellis ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิต ที่พบว่าได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า (Clark & Beck, 1999; Nathan & Gorman, 1998) เป็นการบำบัดที่สามารถให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยาต้านเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542; DeRubeis et al., 1999)

โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นสถาบันที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เมื่อพิจารณาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 8,209 คน เป็น 10,477 คน และ 11,543 คน ในปี 2547 ถึง 2549 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2549) แต่ในปัจจุบันการบำบัดโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีธัญญายังทำได้จำกัด ส่วนใหญ่จะเน้นที่การรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนการบำบัดด้าน จิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช นั้นมีการให้บริการในรูปแบบต่างๆ ตามความเชี่ยวชาญเฉพาะรายบุคคล อาทิจิตบำบัด ประคับประคอง จิตบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์ ส่วนการดำเนินการโดยใช้บทบาทอิสระของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น เริ่มมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ในปีงบประมาณ 2548 (กลุ่มการพยาบาล, 2548) แต่จากการทบทวนข้อมูลหลักฐาน ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง ผู้รับผิดชอบระบบบริการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ พบว่าแนวปฏิบัติดังกล่าว เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ตามระบบบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ได้มาจากการรวบรวมงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ได้

เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเนื้อหาโดยรวม ของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การประเมินภาวะซึมเศร้า การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทางจิต (ในทุกระดับซึมเศร้า) การบำบัดรักษาทางจิต การทำจิตบำบัด ข้อบ่งชี้ในการทำจิตบำบัด การติดตาม และ ประเมินผล ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อควรพิจารณาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก ซึ่งในแนวปฏิบัติเล่มนี้ มีการอ้างถึงการสืบค้น และพิจารณาการทำจิตบำบัดที่ดีที่สุด ที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) แต่ยังไม่มียุทธวิธี หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งในรายละเอียด สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการที่จะนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาล ศรีธัญญา มีนโยบายที่จะนำจิตบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้ให้เป็นรูปธรรม และอยู่ในระหว่างการพัฒนาบุคลากรในเรื่องนี้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงจัดเป็นการศึกษานำร่อง โดยผู้ศึกษาเน้นเฉพาะการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งเป็นข้อมูลหลักฐานที่ได้รับยอมรับ ว่าเป็นรูปแบบบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า (Hodgkinson et al., 2000 อ้างถึงใน กลุ่มการพยาบาล, 2548) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ ให้เป็นรูปธรรมในการแก้ไข ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาต่อไป

จากปัญหา และความต้องการในการพัฒนางาน ระบบบริการพยาบาลของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าของกลุ่มการพยาบาล ดังข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้บทบาทที่อิสระของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ศึกษาจึงได้ทำการค้นหาปัญหา และสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่คลินิกซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2550 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory (Beck, 1961) ประเมินภาวะความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 6 คน (คิดเป็นร้อยละ 20) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 66.67) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 9 คน (คิดเป็นร้อยละ 30) และ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 5 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.67) โดยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า รุนแรงนี้พบว่ามีการทำร้ายตัวเอง 2 คน โดยคนแรกลงมือทำร้ายตนเองด้วยการกรีดข้อมือมีบาดแผล แสดงให้เห็นที่ข้อมือหลายแผล และอีกรายกินยามาฆ่าตัวตาย จากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ทั้งหมด ถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต (Cognitive triad) เช่น มีความคิดตำหนิตนเองว่าทำอะไรไม่สำเร็จสัก อย่าง โทษตัวเอง คิดมากกังวลจนไม่อยากทำอะไร ไม่มีคุณค่าในตนเอง คิดว่า บิดา-มารดาไม่เคย ฟัง ไม่มีคนเข้าใจความคิดของตนเอง คิดว่าสภาพครอบครัวกดดัน เพราะมีมารดาก้าวร้าว มีโครงสร้างทางความคิดผิดปกติ (schema) เช่น มีปัญหาที่ทำงาน คิดว่าทำงานไปก็ไม่ได้ดี

กลัวเพื่อนร่วมงานนินทาให้ร้ายตลอดเวลา คนอื่นมองว่าตนเป็นโรคจิต และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) เช่น “ชีวิตฉันรู้สึกผิด และเป็นตราบาปตลอดเวลา” “ชีวิตฉันจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุด” “ผมทำอะไรได้ดีหลายอย่างในที่ทำงาน แต่ผมยังรู้สึกว่าผมเป็นคนที่ล้มเหลวในครอบครัว ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ไปทำไม” และมีเหตุการณ์เป็นปัจจัยเสริม มีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันหลายอาการ เช่น เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ความคิดซ้ำ รู้สึกเฉยๆกับทุกสิ่ง หลายคนนอนไม่หลับต้องใช้ยานอนหลับช่วย ไม่อยากทำอะไร ไม่ไปทำงาน แยกตัวอยู่คนเดียว และบางคนอยากนอนทั้งวัน ที่มีอาการรุนแรงนั้น มีอาการมากกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งทั้ง 30 คนเป็นบุคคลที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีงานทำ หลายท่านมีหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับสูง แต่จากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอยู่กับอาการของโรค โดยไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือหาทางหลุดพ้นจากความเจ็บป่วยได้ และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวสังคม

จากปัญหาที่สำรวจพบดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจนำการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Group Cognitive Behavior Therapy : GCBT) มาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน ทั้งการบำบัดแบบรายกลุ่ม และแบบรายเดี่ยว (Hodgkin son et al., 1999, as cited in Giovanni et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตามการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะมีข้อได้เปรียบเรื่อง การใช้ประสิทธิผลของกระบวนการการบำบัดแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) มาช่วยสนับสนุนในการบำบัด และยังเป็นการประหยัดทรัพยากร จึงเป็นวิธีการที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความทุกข์ทรมานจากปัญหาภาวะซึมเศร้าได้จำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจนำการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบของการบำบัดทางเลือกอีกรูปแบบหนึ่ง สำหรับให้พยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวชใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญาต่อไป

การบำบัดพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่มีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Butler, Chapman, Formenand Beck, 2006) สอดคล้องกับผลงานวิจัยในประเทศไทย ของ กุศลธิดา สุภาคุณ (2549) อีกทั้งเป็นบทบาทอิสระซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติได้ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีหลักการว่าพฤติกรรม และอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ซึ่งคนแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านั้นแตกต่างกันไป ปฏิกิริยาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไป เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา

การบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบระบบความคิดในทางลบ (Cognitive triad) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) พร้อมทั้งทดสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดทางลบ ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก และผลของพัฒนาโครงสร้างความคิด (Schema) นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม และยืดหยุ่น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) และยังเป็น การป้องกันแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการไม่ให้เกิดความรุนแรง ถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และ ลดปัญหาสุขภาพจิตครอบคร้ว

คำถามการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการ ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดมีความแตกต่างกันหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การมีความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) 2) โครงสร้างทางความคิด (schema) ที่บิดเบือน และ 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) ทั้งนี้ความคิดอัตโนมัติเป็นการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจง และไม่ต่อเนื่อง (discrete) ซึ่งเกิดขึ้นจาก reflex และยากที่จะหยุดคิด นอกจากนี้ความคิดอัตโนมัติเหมือนจะมีเหตุผลสำหรับคนๆ นั้น และเหมือนจะเป็นรูปแบบหนึ่งของชวเลขในทางจิต (mental shorthand) ซึ่งประกอบด้วยคำสำคัญ (key words) หรือรูปภาพ (Beck, 1976) เมื่อบุคคลประสบ กับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะนำไปสู่ความคิดที่บิดเบือนของสถานการณ์ไปในทางลบ คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความสามารถภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวหนทางตัน และหมดทางแก้ไข บุคคลที่ซึมเศร้า มักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ในที่สุดนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีการสันนิษฐานว่าทัศนคติที่ผิดปกติเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทัศนคติที่ผิดปกติ หมายถึงการคิดเหมาสรุปว่าทุกอย่าง

เป็นอย่างนั้น (overgeneralization) โดยไม่ยืดหยุ่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายของตน (Seok – Man Kwon and Tiam, 2003) โดยทั่วไปแล้วทัศนคติที่ผิดปกติก็น่าจะยังคงมีอยู่ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานการโต้แย้งชัดเจน แต่ถ้ามีบางสิ่ง หรือเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับทัศนคตินั้นเกิดขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก เหตุการณ์เหล่านี้นำไปสู่แบบแผนความคิดที่เป็นจุดเริ่มต้นของอารมณ์ซึมเศร้า และทำให้อารมณ์ซึมเศร้ามีอยู่ต่อไป

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีแนวคิดหลักในการบำบัด คือ อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจาก การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง และลักษณะของการบิดเบือนทางความคิดเป็นลักษณะที่ควบคุมไม่ได้ เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติบุคคลที่มีอาการซึมเศร้า คือบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบ มองตัวเอง มองโลก และมองอนาคตของเขาเองในทางลบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ซึ่งขั้นตอนในการบำบัด คือ การค้นหา การสกัดความคิด อัตโนมัตินในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับ เปลี่ยนความคิด และการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979; Rush & Beck, 2000) หรือเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการคิด ผักฝนทักษะการสร้างความคิดใหม่ และหาวิธีการในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตให้ได้ (Key Concepts) (เกสร ทมทิตชงค์, 2550) เน้นการยอมรับว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ได้ อีกทั้งเป็นการพยาบาลที่มีลักษณะองค์รวม (Holistic care) (กรมสุขภาพจิต, 2547) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีประสิทธิภาพใช้ได้ทั้งในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง (Fennell, 1993; Loaguen, Cottroux, Cucherat, & Blackburn, 1998; Seok – Man Kwon and Tiam, 2003) และระดับมาก (Thase, Simons, Sahalana, and Mcgeary, 1991)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มบำบัดพฤติกรรมความคิด ตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) มาใช้แก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) เป็นการบำบัดซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้ว ขึ้นกับ แนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ ซึ่งโปรแกรมของการบำบัดพฤติกรรมความคิด มีเป้าหมายดังนี้

1. เพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ผู้รับการบำบัดจะเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548) เมื่อเกิด

การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ผลที่ตามมาก็คือ ทำให้โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนเกิดการปรับเปลี่ยน และลักษณะโครงสร้างทางความคิดที่เกิดขึ้นใหม่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. แก้ไขทัศนคติที่ผิดปกติ หลังจากที่ผู้ป่วยสามารถระบุ และแก้ไขความคิดอัตโนมัติในแง่ลบได้แล้ว จึงควรแก้ไขทัศนคติที่ผิดปกติ เนื่องจากมีการสันนิษฐานว่า ทัศนคติที่ผิดปกตินั้นเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับการรักษาในขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าของตนมากขึ้น (Fennell, 1989)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ของ Beck et al. (1979) และแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยใช้แนวคิดพื้นฐานมาจากความคิดที่ว่า การคิดของคนมีผลกระทบต่อพฤติกรรม เมื่อมีเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น (Situation) จะส่งผล ต่อความคิด (Thought) ของบุคคลทำให้บุคคลนั้นแสดงปฏิกิริยา (reaction) ออกมาซึ่งปฏิกิริยานั้นแสดงออกได้ทั้งทางพฤติกรรม (Behavioral) อารมณ์ (Emotional) และการแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physiological) เมื่อบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมที่ตรงกับความเป็นจริง บุคคลนั้นจะเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม Ellis (1961, อ้างถึงใน จันทิมา องค์โนษิต, 2545) กล่าวว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอนซึ่งมีเทคนิคสำคัญในการบำบัด คือ 1) ศิลปะในการสอนผู้ป่วย (didactic aspect) 2) การบำบัดความคิด (cognitive technique) และ 3) การบำบัดทางพฤติกรรม (behavior technique) มีการดำเนินการทั้งหมดทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความ ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดลบหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า และผลที่ตามมาจากโรคซึมเศร้า **กิจกรรมที่ 2** การแลกเปลี่ยน อธิบายความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (Cognitive triad) โครงสร้างความคิดด้านลบ (schema) และความคิดบิดเบือน (Cognitive error) ผู้ป่วยจะเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของรูปแบบความคิด ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ทราบเป้าหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ทราบความคาดหวัง ความต้องการ และให้ความร่วมมือในการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ **กิจกรรมที่ 3** การค้นหาการสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ตรวจสอบทางเลือกที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเห็นผลของความคิดลบที่ไม่เหมาะสม ผลมีความเข้าใจว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมีความสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่เหมาะสม เป็นความคิดที่ตรงตามความจริง ซึ่งเป็นกระบวนการของวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ผีวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการค้นหาข้อพิสูจน์ ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม ที่เกิดจากการยึดข้อสันนิษฐานหรือทัศนคติที่ผิดเดิม จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว และมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความคิดด้านลบ มีทัศนคติที่ผิดปกติดังกล่าว และผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมา จากการแก้ไขปัญหานั้น ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการแก้ไขปัญหานั้น ด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยในกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดในการแก้ปัญหามาจากสาเหตุข้างต้น เข้าใจกระบวนการคิดที่มีเหตุผล ในมุมมองใหม่ เกิดมุมมองทางบวก มีทัศนคติที่ดี รู้วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง (Seok – Man Kwon and Tiam, 2003) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการใช้เทคนิค การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ **กิจกรรมที่ 5** การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ถาวร และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบโดยการทบทวน การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด ที่เน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม และถาวรต่อไป จากกิจกรรมทั้งหมด ที่สอดแทรกไว้ในกิจกรรมที่ 1 – 4 ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความคิด ความสามารถในการเรียนรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) **กิจกรรมที่ 6** ยุติโปรแกรมการศึกษา และประเมินผล หลังการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปใช้ โดยการทบทวน และพัฒนาการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะหลังการนำทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ของสมาชิกแต่ละคน และยุติโปรแกรมการศึกษา

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่ำกว่า ก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการศึกษา (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD- 10 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ระดับปานกลางถึงระดับมากคือ 17-30 คะแนน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health problem, 10th revision: ICD- 10) ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจความรู้สึกผิด การคาดว่าจะเป็นทุกข์ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ หงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเองความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้

จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงระดับมาก คือ มีคะแนนจากการประเมินอยู่ระหว่าง 17-30 คะแนน

การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกลุ่ม ในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีจิตบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ของ Beck et al. (1979) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 90 - 120 นาที สัปดาห์แรก 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินการติดต่อกัน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอน ซึ่งมี 6 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ศิลปะการสอนผู้ป่วย (Didactic Aspect) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (Cognitive Technique) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 และ 5 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Technique) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6

ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน ใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดของ (Marram, 1978) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) ระยะการดำเนินการ (Working Phase) และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศิลปะในการสอนผู้ป่วย (didactic aspect) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดลบหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า และผลที่ตามมาจากรโรคซึมเศร้า หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งที่ 1 โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ศึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การสร้างข้อตกลงของโปรแกรมการ

บำบัด และลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการแนวทางของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มว่า ต้องมีในการสำรวจตนเอง (self – monitoring) และต้องมีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (homework assignment) รวมถึงพร้อมเปิดเผยความคิด ความรู้สึก ร่วมกันกับผู้ศึกษาในการวางแผน และปฏิบัติตามแผนการบำบัดในแต่ละกิจกรรมของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม โดยผู้ศึกษาประเมินความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อปรับให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ผีการเชื่อมโยงผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประเมินปัญหา ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ที่เกิดจากความคิดด้านลบหลัก 3 ประการของผู้ป่วย และสร้างความตระหนักรู้ในสาเหตุโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ ลงในแบบบันทึก มีการอธิบายการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ประกอบด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (behavior) และผลที่ตามมา (consequence)

กิจกรรมที่ 2 การอธิบายความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า กับแบบแผนความคิด และการค้นหา การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งที่ 2 โดยผู้ศึกษานำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาการ สาเหตุ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคน และเพิ่มเติมให้สมาชิกเห็นความสำคัญว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดทางลบ (Cognitive triad) คือการมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปใน ทางลบ โครงสร้างความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) อธิบายให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามรูปแบบ ABCs of Treatment ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และการฝึกวิเคราะห์แยกแยะ หรือดักจับความคิดอัตโนมัติ ออกจากอารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ ทราบเป้าหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ผู้ศึกษาให้ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับแบบแผนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม และเชื่อมโยงการค้นหา การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ฝึกคิดถึงความคิดทางบวก หรือความคิดที่ดีที่สมาชิกต้องการให้เกิด แทนที่ความคิดลบจะช่วยเกิดความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาของตนเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือก และสามารถวางแผนการแก้ไข ปัญหาของตนเองได้หลายทาง

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และการประเมินพฤติกรรมที่มีสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 3 โดยผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่ง ผู้ศึกษา ให้สมาชิกทบทวนการค้นหา สกัดความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบจากการบ้าน จากเหตุการณ์สมมติ การบ้านที่มอบหมายโดยสมาชิกเป็นผู้เลือก และยกตัวอย่างเหตุการณ์จากสมาชิก ผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาความคิดอัตโนมัติด้านลบ อย่างมีเหตุผล และเห็นความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยพิสูจน์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยผ่านกระบวนการทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยนั้น มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือช่วยค้นหาการตีความที่เป็นไปได้ใช้อื่น (Alternative Possible Interpretation) หรือค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยว่าสมเหตุ สมผลเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ กิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ หรือความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และร่วมกันอภิปราย เน้นให้ตระหนักว่าความคิดไหน ที่สมาชิกสามารถปรับสร้างให้เป็นความคิดใหม่ ได้ง่ายที่สุด ให้สมาชิกลองคิดด้วยตนเอง และช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติให้ถูกต้องเหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา โดยฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 4 โดยผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า วิธีคิดของผู้ป่วยเป็นปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดยทบทวนความคิดลบ หรือความคิดบิดเบือน 10 ความคิด เช่น ความคิดโทษตนเอง คิดแบบสุดโต่ง ไม่ยอมรับสิ่งดี ๆ ไม่ยอมรับด้านบวก ใช้อารมณ์นำในการคิดหาเหตุผลคิดทางร้าย เป็นต้น ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา จากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยเน้นวิธีการสร้างความคิดใหม่ ฝึกทักษะวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก แทนที่ความคิดอัตโนมัติทางลบ จากสถานการณ์ตัวอย่าง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ ให้เป็น

ความคิดที่ตรงตามความเป็นจริง กระบวนการคิดที่มีเหตุผล จะนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคด้วยความเข้าใจ มองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน เนื่องจากผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามักจะมีมุมมองทางลบ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และไม่เคยมองเห็นมุมมองทางบวกของปัญหา ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่า การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นมุมมองความคิดในทางบวก ส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น มีความกล้าในการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หลังจากการฝึกปฏิบัติในชั้นตอนนี้ จะส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

กิจกรรมที่ 5 การทบทวน การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ถาวร และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ศึกษา พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 5 เป็นการทบทวน การพัฒนา การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร จากกิจกรรมทั้งหมดตามกระบวนการกลุ่มบำบัดของ Marram (1978) โดยผู้ป่วยสามารถบอกความก้าวหน้า และประโยชน์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า การแสดงออกทางพฤติกรรม หรือการกระทำเป็นผลมาจากความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเหตุการณ์นั้นๆ จะเป็นในทางบวกหรือทางลบ จะเหมาะสมหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับความคิด และการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยยกตัวอย่างจากการบ้านของสมาชิกในกิจกรรมที่ 4 และทบทวนกิจกรรมที่ 1-4 จากการมอบหมายการบ้าน การทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือของสมาชิกในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดอย่างต่อเนื่องครบทุกกิจกรรม การให้ข้อเสนอแนะร่วมกันต่อสมาชิกในกลุ่ม การฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และการแสดงตัวอย่างในกลุ่ม การเป็นตัวอย่างเป็นที่ดีของผู้นำกลุ่มในการสื่อสาร และการแสดงออกในการบำบัด ทั้งหมดเป็นเทคนิคเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรมความคิดของตนเองอย่างเหมาะสม ชื่นชมพฤติกรรมที่เหมาะสมของสมาชิก และผู้ศึกษาให้สมาชิกฝึกการพัฒนาการเรียนรู้ ความคิดใหม่ และชี้ให้เห็นผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมถาวร และประเมินความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำ

ของโรคซึมเศร้า จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิก และให้ความรู้เพิ่มเติม เน้นการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิด และเนื้อหาความคิดบิดเบือน ที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก จากปัจจัยกระตุ้นด้านชีวิตสังคม ยกตัวอย่างจากการนำเสนอตัวอย่างของสมาชิก และร่วมกันอภิปราย การให้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนความรู้กับสมาชิกผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจถึงปัญหาของตนเองมากขึ้น ให้ผู้ป่วยทบทวนประเด็นต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 จนกิจกรรมสุดท้ายนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ผลของการฝึก และการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ไปใช้ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถป้องกันการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 6 ยุติกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และประเมินผลหลังการบำบัดตามโปรแกรมการทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 6 เป็นการดำเนินการเพื่อสรุปทบทวนโดยการมองภาพรวม ของการพัฒนาการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด หลังจากสมาชิกมีการนำโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อตรวจสอบว่ามีปัญหาอุปสรรค และข้อสงสัยอะไรบ้าง มีการติดตามประเมินผล โดยผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเปลี่ยนแปลง ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้กระบวนการกลุ่มในการกระตุ้น และสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้สมาชิกมีการนำทักษะต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาตามขั้นตอนในกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ไปใช้ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ เกิดเป็นผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิดใหม่ที่ดี ที่เหมาะสม ยืดหยุ่น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) ยุติโปรแกรมการศึกษา และประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีศักยภาพในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ลดอัตราการป่วยซ้ำ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำเอารูปแบบกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีการรับรู้ดี มีการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมความคิด ไปในทางที่เหมาะสมนำไปสู่ผลสำเร็จของการบำบัดรักษา

3. ด้านการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไปประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป