

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเอดส์
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
 - 1.2 ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเอดส์
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)
 - 3.1 การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

โรคเอดส์

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ หรือ Acquired Immuno Deficiency Syndrome: AIDS เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS ย่อมาจากคำว่า Acquired = เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด, Immuno = ภูมิคุ้มกัน, Deficiency = บกพร่องหรือเสียไป, Syndrome = กลุ่มอาการหรือมีอาการได้หลาย ๆ อย่าง) โรคเอดส์จึงเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องไปซึ่งไม่ได้เป็นมาโดยกำเนิด แต่เกิดเนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immuno Deficiency Virus: HIV) มีสายพันธุกรรมหรือยีนส์เป็นอาร์-เอ็น-เอ (RNA) สายพันธุกรรมจะถูกอัดแน่นอยู่ในแกนกลาง ถูกห่อหุ้มอีกชั้นหนึ่งด้วยเปลือกนอกซึ่งมีปุ่มยื่นออกมาภายนอก มีความสำคัญในการไปเกาะติดกับเซลล์ของร่างกายที่ไวรัสเอดส์จะบุกรุกเข้าไป เซลล์เหล่านี้จะมีโปรตีนพิเศษบนเซลล์ (เรียก CD4) เมื่อเกาะแล้วไวรัสเอดส์ก็จะเข้าสู่เซลล์ของร่างกายได้ โดยถอดเปลือกนอกออก เอาแต่สายพันธุกรรมหรือ อาร์-เอ็น-เอ ของไวรัสเข้าไปในเซลล์ เมื่อเข้าไปภายในเซลล์

ไวรัสเอดส์จะสามารถเปลี่ยนสายพันธุกรรมจาก อาร์-เอ็น-เอ ให้กลายเป็น ดี-เอ็น-เอ ซึ่งจะสามารถ สอดแทรกเข้าไปในสายพันธุกรรมของเซลล์ร่างกายซึ่งเป็น ดี-เอ็น-เอ ได้ เมื่อสอดแทรกเข้าไป เรียบร้อยแล้ว เมื่เซลล์ของร่างกายแบ่งตัวก็จะมีสายพันธุกรรมชนิด ดี-เอ็น-เอ ของไวรัสแบ่งตัว ตามเข้าไปอยู่ในเซลล์ใหม่ด้วย ทำให้ไวรัสเอดส์ถูกกำจัดให้หมดจากร่างกายได้ยาก เซลล์ของ ร่างกายคนที่ถูกไวรัสเอดส์บุกรุกเข้าไปได้ ส่วนใหญ่จะเป็นเซลล์ที่มี CD4 อยู่บนผิวเซลล์ที่สำคัญ ได้แก่ ที-ลิม-โฟ-ซัยท์ ถูกทำลายไปภูมิคุ้มกันของร่างกายก็จะเสียไป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อ ง่ายโอกาสได้ง่าย และเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย ซึ่งก็เป็นกลุ่มอาการของโรคเอดส์นั่นเอง มีอาการ ทางสมอง หรือทางเดินอาหารได้

คนที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปในร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายรูปแบบหรือหลาย ระยะตามการดำเนินของโรค ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage)

2-3 สัปดาห์แรกหลังจากได้รับเชื้อเอดส์เข้าไป ร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อมีอาการคล้าย ๆ ไข้หวัด คือ มีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นตามตัว แขน ขาชา หรืออ่อนแรง เป็นอยู่ราว 10-14 วัน ก็จะหายไปเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจ ไม่สังเกต คิดว่าคงเป็น ไข้หวัดธรรมดา ผู้ติดเชื้อส่วนมากอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ

6-8 สัปดาห์ภายหลังติดเชื้อ ถ้าตรวจเลือดจะเริ่มพบว่า มีเลือดเอดส์บวกได้ และส่วนใหญ่ จะตรวจพบว่า มีเลือดเอดส์บวกภายหลัง 3 เดือนไปแล้ว โดยที่ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไร เพียงแต่ ถ้าไปตรวจก็จะพบว่า มีภูมิคุ้มกันต่อต้านไวรัสเอดส์อยู่ในเลือด หรือที่เรียกว่าเลือดเอดส์บวก ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อเอดส์แล้ว ร่างกายจึงตอบสนองโดยการสร้างโปรตีนบางอย่างขึ้นมา ทำปฏิกิริยากับไวรัสเอดส์เรียกว่า แอนติบอดี (Antibody) แสดงว่าเคยมีเชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกาย มาแล้ว แต่ก็ไม่สามารถจะเอาชนะไวรัสเอดส์ได้ คนที่มีเลือดเอดส์บวกจะมีไวรัสเอดส์อยู่ในตัว และสามารถแพร่โรคให้กับคนอื่นได้ น้อยกว่าร้อยละ 5 ของคนที่ติดเชื้ออาจต้องรอถึง 6 เดือนกว่า จึงจะมีเลือดเอดส์บวกได้ ดังนั้น คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น แอบไปมีสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ ภรรยา โดยไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยป้องกัน เมื่อครบ 3 เดือนแล้วตรวจไม่พบก็ต้องไปตรวจซ้ำอีก 6 เดือน โดยในระหว่างนั้นก็ควรใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลาที่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยา และห้ามบริจาคโลหิตให้ใครในระหว่างนั้น ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองตามตัวโตได้ โดยโตอยู่เป็นระยะเวลานาน ๆ คือ เป็นเดือน ๆ ขึ้นไป ซึ่งบางรายอาจคลำพบเอง หรือแพทย์คลำพบ ต่อมน้ำเหลืองที่โตนี้มีลักษณะเป็นเม็ดกลม ๆ แข็ง ๆ ขนาด 1-2 เซนติเมตร อยู่ใต้ผิวหนังบริเวณ ด้านข้างคอทั้ง 2 ข้าง ข้างละหลายเม็ดในแนวเดียวกัน คลำดูแล้วกลายถูกประจำที่คอไม่เจ็บ ไม่แดง นอกจากที่คอ ต่อมน้ำเหลืองที่โต อาจพบได้ที่รักแร้ และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง แต่ต่อมน้ำเหลือง

ที่หาหนึบ มีความสำคัญน้อยกว่าที่อื่นเพราะพบได้บ่อยในคนปกติทั่วไป ต่อมน้ำเหลืองเหล่านี้จะเป็นที่พักในช่วงแรกของไวรัสเอดส์ โดยไวรัสเอดส์จะแบ่งตัวอย่างมากในต่อมน้ำเหลืองที่โตเหล่านี้

ระยะที่ 2: ระยะที่เริ่มปรากฏอาการหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Symptomatic)
เป็นระยะที่คนไข้เริ่มมีอาการ แต่อาการนั้นยังไม่มากถึงกับจะเรียกว่าเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น อาการในช่วงนี้อาจเป็นไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด หรือท้องเสียเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้อาจมีเชื้อราในช่องปาก ฝีผิวหนัง เริ่มในช่องปาก หรืออวัยวะเพศ ผื่นคันตามแขนขา และลำตัวคล้ายคนแพ้ น้ำลายขุ่น จะเห็นได้ว่าอาการที่เรียกว่าสัมพันธ์กับเอดส์นั้น ไม่เฉพาะสำหรับโรคเอดส์เสมอไป คนที่เป็นโรคอื่น ๆ ก็อาจมีไข้ น้ำหนักลด ท้องเสีย เชื้อราในช่องปาก ฝีผิวหนัง หรือเริ่มได้ ดังนั้นไม่ใช่ว่ามีอาการเหล่านี้จะต้องสรุปว่าติดเชื้อเอดส์ไปทุกราย ถ้าสงสัยควรปรึกษาแพทย์ และตรวจเลือดเอดส์พิสูจน์

ระยะที่ 3: ระยะโรคเอดส์เต็มขั้นหรือที่ภาษาทางการแพทย์เรียกว่าโรคเอดส์
เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมาก ผู้ป่วยจะมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อย ๆ และเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น แคโปซี ซาร์โคมา (Kaposi's Sarcoma) และมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง การติดเชื้อที่ปกติมีความรุนแรงต่ำ ไม่ก่อโรคในคนปกติ แต่ถ้าคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำลง จะทำให้เกิดวัณโรคที่ปอด ต่อมน้ำเหลือง ตับ หรือสมองได้ รองลงมา คือ เชื้อพยาธิที่ชื่อว่า นิวโมซิส-ติส-คารินิไอ ซึ่งทำให้เกิดปอดบวมขึ้นได้ (ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ) ต่อมาเป็นเชื้อราที่ชื่อ คริปโตคอกคัส ซึ่งทำให้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ชี้นและอาเจียน นอกจากนี้ยังมีเชื้อฉวยโอกาสอีกหลายชนิด เช่น เชื้อพยาธิที่ทำให้ท้องเสียเรื้อรัง และเชื้อซัยโตเมก กะโโลไวรัส (CMV) ที่จอตาทำให้ตาบอด หรือที่ลำไส้ทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย และถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น ในภาคเหนือตอนบน มีเชื้อราพิเศษ ชนิดหนึ่งชื่อ เพนนิซิเลียม มาร์เนฟฟิไอ ทำให้ติดเชื้อที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองและมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต แคโปซี ซาร์โคมา เป็นมะเร็งของผนังเส้นเลือด ส่วนใหญ่จะพบบริเวณเส้นเลือดที่ผิวหนัง มีลักษณะเป็นตุ่มนูนสีม่วง ๆ แดง ๆ บนผิวหนัง คล้ายจุดห้อเลือด หรือไฟ ไม่มีอาการเจ็บ ไม่คัน ก่อขี้ ๆ ตามใหญ่ขึ้น ส่วนจะมีหลายตุ่ม บางครั้งอาจแตกเป็นแผล เลือดออกได้ บางครั้งแคโปซีซาร์โคมา อาจเกิดในช่องปากในเยื่อทางเดินอาหาร ซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกมาก ๆ ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์จึงควรพบแพทย์เพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน นอกจากนี้คนไข้โรคเอดส์เต็มขั้น

อาจมีอาการทางจิตทางประสาทได้ด้วยโดยที่อาจมีอาการหลงลืมก่อนวัย เนื่องจากสมองฝ่อเหี่ยว หรือมีอาการของโรคจิต หรืออาการชักกระตุก ไม่รู้สึกตัว แขนขาชาหรือไม่มีแรง บางรายอาจมีอาการปวดร้าวคล้ายไฟช็อตหรือปวดแสบปวดร้อน หรืออาจเป็นอัมพาตครึ่งท่อน ปัสสาวะ อุจจาระ ไม่ออก เป็นต้น

การรักษาโรคเอดส์แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน

1. การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน

ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็ง และอาการอื่น ๆ เช่น ไข้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โรคหรืออาการบางอย่างมีการรักษาบางอย่างไม่มีรักษาหรือรักษาไม่หายขาด ในปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนหลายอย่าง เมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดลงมาถึงระดับหนึ่ง และก่อนที่จะเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนขึ้นมา เช่น การให้ยาป้องกันปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส ยาป้องกันเชื้อราขึ้นสมอง และยาป้องกันวัณโรค เป็นต้น พบว่า สามารถยืดชีวิตคนไข้ออกไปได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในบางกรณีแม้จะรักษาภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนให้หายแล้วก็ตาม ก็ยังจะต้องให้ป้องกันไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำใหม่ เช่น ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อนิวโมซิสติส หรือเชื้อราในสมอง เป็นต้น นอกจากนี้ มีการใช้ยาที่จะช่วยบรรเทาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเอดส์ เช่น อาการคันตามตัว อาการท้องเสียเรื้อรัง และน้ำหนักลด เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การรักษาที่มุ่งกำจัดไวรัสเอดส์ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ได้ผลแน่นอนในการฆ่าทำลายไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวรัสที่หลบอยู่ในเซลล์ เม็ดโลหิตขาว จะมีก็แต่ยาที่ไปหยุดยั้งการแบ่งตัวของไวรัสเอดส์ไอวี เช่น ยาไซโดวูดีน (Zidovudine หรือ AZT), ไดคิออกซีไอโนซีน (Dideoxyinosine หรือ ddi), ไดคิออกซีซีติดีน (Dideoxycytidine หรือ ddc) สตาเวอูดีน (Stavudine หรือ d4T), ลามิวิวูดีน (Lamivudine หรือ 3TC), และอะบาคาเวียร์ (Abacavir), เนวีราปีน (Nevirapine), เอฟฟาเวเรนซ์ (Efavirenz) และยาในกลุ่มที่เรียกว่าโปรตีเอส อินฮิบิเตอร์ (Protease Inhibitors) เช่น อินดินาเวียร์ (Indinavir) เนลฟินาเวียร์ (Nelfinavir) และโลปีนาเวียร์ (Lopinavir) ยาเหล่านี้สามารถยืดชีวิตคนไข้เอดส์ออกไปได้ เป็นโรคติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลงน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้ แม้คนไข้ที่ยังไม่มีอาการแต่ระดับภูมิคุ้มกันเริ่มต่ำลงแล้ว หรือระดับภูมิคุ้มกัน (ซีดี-4) จะยังไม่ต่ำ แต่มีปริมาณไวรัสในเลือดมาก การให้ยาด้านไวรัสเอดส์จะทำให้ภูมิคุ้มกันของเขายู่ในระดับดีได้นาน ๆ ติดเชื้อแทรกซ้อนช้าลงหรือน้อยลง

ดังนั้นช่วงที่ผ่านมาจึงนิยมที่จะให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระยะต้น ๆ และให้ยา 3 ตัว พร้อมกันเพื่อให้มีฤทธิ์ในการลดปริมาณไวรัสเอดส์สูงสุด ขณะเดียวกันก็เพื่อลดโอกาสที่เชื้อเอดส์ จะคือยาค้วย

การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่ไปสู่ลูก เริ่มมีการรักษากันมา 6-7 ปีที่แล้ว โดยยาต้านไวรัสเอดส์สามารถลดการถ่ายทอดเอดส์จากแม่สู่ลูกได้ เช่น ถ้าให้ เอ-แซด-ที อย่างเดียว แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่ครรภ์ได้ 14 สัปดาห์ จนถึงเด็กคลอดออกมา และให้ยาแก่เด็ก ต่ออีก 6 สัปดาห์ พบว่า สามารถลดการถ่ายทอดเอดส์จากแม่สู่ลูกลงได้ 2 ใน 3 กล่าวคือ ถ้าไม่ให้ยา อะไรเลย ลูกจะติดเชื้อเอดส์จากแม่ประมาณร้อยละ 25 ถ้าแม่และลูกได้ยา เอ-แซด-ที ในกำหนดดังกล่าว พร้อมกับการงดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกจะติดเชื้อเอดส์จากแม่เพียงร้อยละ 8 การให้ยาดังกล่าว ไม่เป็นอันตราย และไม่เกิดผลเสียทั้งต่อแม่และเด็ก จึงถือเป็นมาตรฐานทั่วโลกว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์ ติดเชื้อเอดส์ และต้องการจะตั้งครรภ์ต่อไปและให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์มีสิทธิ์ตัดสินใจในการรับยา ต้านเอดส์และในการงดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อลดโอกาสที่ลูกจะติดเชื้อเอดส์จากแม่

3. การรักษาที่มุ่งเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยา หลายตัวในกลุ่มนี้ เช่น อินเตอร์ลิวคินทู (IL-2) และวัคซีนโรคเอดส์ เป็นต้น เป็นที่คาดว่าถ้าให้ยา ในกลุ่มนี้ร่วมไปกับยาต้านไวรัสเอดส์ คาดว่าน่าจะ ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

4. การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำให้กำลังใจ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ การรักษาเพื่อให้เลิกใช้ยาเสพติด ตลอดจนจนถึงการให้การรักษาอาการ ทางจิตที่อาจเกิดขึ้นจากแรงกดดันหลาย ๆ ด้าน

ในแต่ละปีหลังติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 5-6 ของผู้ติดเชื้อจะก้าวเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ส่วนใหญ่ของคนที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นแล้ว จะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปี จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่เป็นมาก รักษาไม่หาย หรือโรคติดเชื้อที่ยังไม่มียาที่จะรักษาอย่างได้ผล หรือเสียชีวิตจากมะเร็ง ที่เป็น หรือค่อย ๆ ชูบซิดหมดแรงไปในที่สุดพบว่า ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้กันอยู่ในขณะนี้ ในประเทศตะวันตกสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ 10-20 ปี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น หรืออาจมี ชีวิตเข้าสู่วัยชราได้ การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ หลังการรักษาทำให้ เชื้อไวรัสเอชไอวีถูกควบคุม การทำลายเม็ดเลือดขาวลดลง มีผลทำให้ภูมิคุ้มกัน หรือ CD4 เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่การรับประทานยาต้านไวรัสก็ยังเป็นปัญหาให้กับผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ต้องรักษาไว้อย่างเคร่งครัด ต้องรับประทานยาตรงเวลาต่อเนื่อง ตลอดชีวิต และยังมีผลข้างเคียงของยาที่รบกวนผู้ป่วยเอดส์เป็นระยะ ๆ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2544) จากข้อมูล ดังกล่าวข้างต้น โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน เมื่อป่วยแล้วยังไม่มียารักษาให้หายขาด จึงมีผล ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังรายละเอียด

ที่จะกล่าวต่อไป

ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเอดส์

ด้านร่างกาย

เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยการทำลายเม็ดเลือดขาว มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่าย (Opportunistic Infection) ทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลขาดสมดุลตามความรุนแรงของโรค เมื่ออาการของโรคดำเนินเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ อาการแสดงที่ปรากฏ คือ อาการไข้ต่ำ ๆ เรื้อรัง อูจาะระร่วงเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม อ่อนเพลีย บางคนมีผื่นแดงตามร่างกาย มีเหงื่อออกเวลากลางคืน มีเชื้อราในปากและหลอดอาหาร มีอาการของโรคถุงวัด เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น อาจเกิดปอดอักเสบนิวโมซิสติส คารินิไอ (Pneumocystic Carinii Pneumonia) วัณโรคปอด ซึ่งทำให้มีอาการไอเรื้อรัง ทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก บางรายเกิดอาการเชื้อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงการรุกรานของเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS Dementia Complex) โรคฉวยโอกาสแทรกซ้อน บางรายอาจมีมะเร็งต่อมน้ำเหลืองประเภท Non Hodkin's Lymphoma ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดอาการมีอาการทางสมอง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะรุนแรง ชี้น สับสน ความสามารถในการคิดหาเหตุผล มีการเปลี่ยนแปลงไป บางรายเกิดการติดเชื้อ Cytomegalovirus ทำให้เกิด Retinochoroiditis ทำให้มีการทำลายจอประสาทตา จอตาอักเสบวม การมองเห็นเปลี่ยนแปลง อาจทำให้ตาบอดได้ สภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ไม่สามารถควบคุมกำกับชีวิตของตนเอง และไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองในการทำหน้าที่ต่าง ๆ กับครอบครัว และหน้าที่การงาน มีผลทำให้ต้องพึ่งพิงและเป็นการก้ำกับบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และหากเกิดอาการรุนแรงอาจเป็นภาวะที่ถูกควบคุมต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2544)

ด้านจิตสังคม

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยแต่ละคนจะมีวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ลักษณะการแก้ปัญหาของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมทางสังคม ครอบครัวของแต่ละบุคคล ภาวะจิตสังคม เป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิต เช่น โรคเริม โรคไฉวยเรื้อรัง โรคเอดส์ ซึ่งได้รับผลกระทบด้านจิตใจตั้งแต่แรกเริ่มรับรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรงที่มีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่วิกฤติ แม้เพียงสงสัย

ก็จะมีการกลัว และวิตกกังวลมาก ในขณะที่รอผลการตรวจวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธ และการไม่ยอมรับเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย และพยายามที่ไปรับการตรวจตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เนื่องจากคิดว่าอาจมีการตรวจผิด (คันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542)

การติดเชื้อเอชไอวีจนถึงขั้นแสดงอาการ เรียกว่าโรคเอดส์ ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้แต่ไม่หายขาดในปัจจุบัน และส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว คนใกล้ชิดและสังคม ผลกระทบด้านจิตใจ คือ การรู้สึกผิด โทษตัวเอง เนื่องจากการติดเชื้อมีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การไม่ได้ระมัดระวังในการป้องกันตนเอง เป็นโรคที่สังคมมองในเชิงลบ และคิดว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ ทำให้เกิดความรู้สึก หดหู่ ห่อเหี่ยว ไร้ค่า ในกรณีที่การติดเชื้อไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกโกรธ หรือมีความรู้สึกไม่ยุติธรรม ปฏิเสธทางด้านจิตใจของการติดเชื้อเอชไอวีที่พบบ่อย หลังรับรู้ผลบวกจากการตรวจเลือดจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และปฏิกิริยาต่อโรคร้ายแรงอื่น ๆ แต่มีลักษณะที่ซับซ้อนกว่า เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบหลายด้าน ดังกล่าวกับตัวบุคคล นอกจากจะต้องเผชิญกับความจริงว่าตนติดเชื้อเอชไอวี มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่มียารักษา มีการเผชิญกับปัญหาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) การเผชิญกับการถูกรังเกียจทั้งจากบุคคลในครอบครัว การถูกแบ่งแยกด้านการงาน ที่อยู่อาศัย และบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม รายได้ รวมถึงสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในของตนเอง เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยเอดส์ มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าตามมา (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) ความวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง กลัวว่าบุคคลอื่นจะรู้ว่าติดเชื้อและถูกรังเกียจ กลัวการเปิดเผยความลับ เรื่องการเจ็บป่วย กลัวการเสียชีวิต ขาดความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมถึงคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดความซึมเศร้า (ศิริวลี คำวะลี, 2545) การที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตอย่างมากมาจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต รู้สึกไร้ที่พึ่งและสิ้นหวัง (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้น โอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง สุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาวขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังมีความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพ การดำเนินชีวิต และในเรื่องอาการข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ต่อร่างกายซึ่งต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี และป่วยเป็นเอดส์ ยังไม่มียารักษาใดที่ทำให้เชื้อหมดไปจากร่างกาย (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544) ความรู้สึกกังวลใจ การรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าก็ยังคงมีอยู่ ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าและถ้ามีต่อเนื่องก็จะเป็น

ภาวะซึมเศร้า (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2539)

จากการที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่แสดงอาการระยะหนึ่ง ทำให้รู้สึกชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ดังนั้นในระยะที่เริ่มมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์มีปฏิกิริยาทางจิตใจเหมือนกับในระยะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีการติดเชื้อฉวยโอกาส จำเป็นต้องได้รับการรักษาในช่วงนี้ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการอ่อนเพลีย มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ และกลัวการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสที่มีการรักษาที่ย่างยากซับซ้อน อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือการป่วยเป็นโรครุนแรงขึ้นใหม่มีผลทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลง เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัว สังคม และต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกหมดหวัง ไม่มีที่พึ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หมดกำลังใจ แยกตัวจากสังคม ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; ขวัญใจ นามชื่อ, 2548; Flaskerud, 1995; LaSalle & LaSalle, 1998; Raper & Stewart, 2003)

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และจิตใจ ผลจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจแสดงออกในรูปของความวิตกกังวลใจ บางรายมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ผู้ป่วยมักมีอาการแปรปรวนง่าย ผลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องพึ่งพาเป็นภาระของบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวความตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มักมีความรู้สึกของการขาดความช่วยเหลือ (Helplessness) หมดหวัง (Hopelessness) ซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยคิดถึงความไม่แน่นอน คิดถึงความตาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์มากขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร แยกตัวจากสังคม ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ หมดอาลัยในชีวิต และคิดฆ่าตัวตาย ในที่สุด (จุไรรัตน์ นิครทองแท้, 2532) ปฏิกิริยาทางจิตอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์จะเป็นวงจรที่วนเวียนตามระยะการดำเนินของโรค และประสบการณ์ใหม่ที่เขาได้รับ โดยเพิ่มระยะการปรับตัวสำหรับการเจ็บป่วยอันยาวนาน พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่าและอยู่ในภาวะไร้อำนาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (มาลัย พัฒนา, 2545)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

การป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นเรื่องที่คุกคามชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นทั้งภาวะวิกฤติที่เรื้อรัง มีความสูญเสียทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สุขภาพร่างกาย และจิตใจอ่อนแอ เนื่องจาก

ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย รู้สึกผิด คิดว่าตนไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย (Dunphy, 1991; Durham, 1994; Govoni, 1988) ในรายที่ป่วยเรื้อรังจะเกิดการสูญเสียที่สะสม มาตลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะนำไปสู่ความสิ้นหวัง ซึมเศร้าที่รุนแรง และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (Miller, 1992) องค์การอนามัยโลกมีการรวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับเบื้องต้น โดยพบว่า อาการเจ็บป่วยด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งพบในทุกประเทศที่ศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างในด้านวัฒนธรรม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางกาย มักจะเกิดความวิตกกังวล ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย และเมื่อการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะเกิด ภาวะซึมเศร้าตามมา (Geldon et al., 2001) เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เป็นโรคที่ยังไม่มีการรักษาใดที่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับการถูกแบ่งแยกในด้านการทำงาน ที่อยู่อาศัย การประกันชีวิต การบริการ ต่าง ๆ ในสังคม จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (Schultz & Videbeck, 2002) เมื่อมีภาวะ ซึมเศร้าจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ เนื่องจากแรงจูงใจ และความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองลดลง รู้สึกผิด หลีกหนีจากสังคม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร การนอนหลับถูกรบกวน รู้สึกหมดหวัง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (LaSalle & LaSalle, 2001) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการดำเนินโรค โดยเฉพาะเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ (Geldon et al., 2001) ซึ่งมีข้อมูลการศึกษาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่มี ภาวะซึมเศร้ามากพอที่จะทำให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ ให้ความสำคัญในการบำบัดรักษา นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

สุวัฒน์ มหัตถินวันตร์กุล, วรรณภา อินตะประเสริฐ, อัมพร หัสศิริ, สีนินาฏ จิตต์ภักดี และณัฐพร เกรือพันธ์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และ แม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 442 ราย เป็นชายร้อยละ 62 และหญิงร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 25-30 ปี โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของ Beck (1967) ผลพบว่า สภาพจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีอยู่ในภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 38.9 มีภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 27.6 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 21.5 ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีเล็กน้อยร้อยละ 12

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าชมรม ผู้ติดเชื้อพบว่า ผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า มากกว่าผู้ติดเชื้อเพศชาย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับความสนใจจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อ 6 ปีขึ้นไป มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อมาไม่เกิน 6 เดือน และ 6 เดือน-1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลใจ เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วย และปัญหาการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิสาร์ตน์ เซตวรณ (2543) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วย 62 ราย ใช้แบบประเมินซึมเศร้าของเบค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 29.03 ระดับปานกลาง ถึงรุนแรงร้อยละ 20.97 ระดับรุนแรงร้อยละ 20.97

เดือนใจ ห่วงสายทอง (2545) ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรีจำนวน 119 คน โดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.02 ภาวะวิตกกังวล 47.06

มาลัย พัฒนา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 60 คน ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) พบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 53.3 ระดับปานกลางร้อยละ 35

ศิริพร กล้าหาญ (2550) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 170 ราย โดยใช้แบบวัด SCL 90 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 44.06

Olley (2004) ศึกษาปัจจัยทำนายของโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV/ AIDS ในแอฟริกาใต้ แรกวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV จำนวน 149 ราย (เพศชาย 44 คน และเพศหญิง 105 คน) มีระยะเวลาเฉลี่ยนับแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ = 5.8 เดือน (SD = 4.1) ผู้ถูกศึกษาถูกประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) แบบวัดระดับการเผชิญปัญหา (Carver Brief COPE Coping Scale) และแบบวัดระดับการไร้ความสามารถ (Sheehan Disability Scale) ตัวแปร 3 ตัวที่ได้นำมาทำนายโรคซึมเศร้า คือ เพศ (OR = 1.23; CI, 1.56, 1.93) ผลกระทบจากเหตุการณ์ในชีวิตทางด้านลบ (OR = 1.13; CI = 1.03, 1.23) และการไร้ความสามารถ (OR = 1.51; CI = 1.28, 1.80) สรุปได้ว่า เหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ และการไร้ความสามารถเป็นตัวทำนายในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

Olley (2006) ได้ทำศึกษาภาวะสุขภาพจิตในหญิงแอฟริกาผิวดำ และผิวสีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย ศึกษาภาวะจิตประสาท รูปแบบการเผชิญปัญหา การประเมินเหตุการณ์ด้านลบ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้แบบประเมิน Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI) ผลพบว่า เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 38.1 เบื่อหน่าย ท้อแท้ ร้อยละ 22.9

Trepanier et al. (2005) ศึกษาผลกระทบของความบกพร่องทางด้านจิตประสาท และภาวะซึมเศร้าที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีการติดเชื้อ HIV (n = 155) ได้รับการทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับทางด้านจิตประสาทเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (The Beck Depression Inventory) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งอ้างอิงถึงเรื่องการมีหรือไม่มีความบกพร่องทางด้านจิตประสาท และภาวะซึมเศร้า พบว่า ความบกพร่องทางด้านจิตประสาท และภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ต่อสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ยังคงมีหลักฐานที่ยืนยันผลกระทบต่อความบกพร่องทางด้านจิตประสาท ซึ่งเป็นมิติสุขภาพทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ยืนยันให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นตัวกำหนดของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และหนทางที่เป็นไปได้สำหรับช่วยให้มีการปรับปรุงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย HIV/AIDS ให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ได้รับผลกระทบจากการประสบปัญหาด้านการเจ็บป่วย และความรุนแรงและเรื้อรังของโรค ด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ มีผลให้การมองเหตุการณ์ในชีวิตเป็นด้านลบ มีอุปสรรคในการเผชิญปัญหา และมองว่าตนเองไร้ความสามารถ มีอาการวิตกกังวลใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้ามีผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายไว้หลากหลายรวบรวมได้ดังนี้ กรมสุขภาพจิต (2546) กล่าวว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรง และระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบทางความคิด พฤติกรรม และร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน

มาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ เช่น การย้ายบ้าน ตกงาน เกษียณ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองล้มเหลว ไม่มีคนให้เกียรติ ผิดหวัง หดหู่ ท้อแท้ รู้สึกหมดกำลังใจ กังวล เบื่อหน่าย มีอาการทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร โดยทั่วไปจะไม่นานเกิน 6 เดือน

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สมภพ เรืองตระกูล (2543) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นภาวะที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดเบี่ยงชีวิตร

American Psychiatric Association (1994 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทิพนะ, 2544) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจผิดปกติ เกิดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะของอารมณ์เศร้า ขาดความพอใจ สมาธิไม่ดี สูญเสียพลังงาน มีความรู้สึกไร้ค่า ร่างกายเปลี่ยนแปลง มีความคิดหมกมุ่นกับการฆ่าตัวตาย

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในปुरुชนทุกคนเมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญ (Significant Loss) การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สามอย่าง อาจเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ได้แก่ สูญเสียของรัก เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิต ตัวเองต้องถูกตัดแขน ตัดขา หรืออวัยวะบางส่วน ถูกตัดออกไป การสูญเสียเงินทอง ทรัพย์สินสมบัติ เช่น ถูกโกง การสูญเสียสภาพทางสังคม เช่น สอบตก ถูกไล่ออกจากงาน ถูกฟ้องร้องล้มละลาย หรือมีเหตุการณ์ที่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง และเกียรติยศ เป็นต้น

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในคนที่มีการสูญเสียที่สำคัญ เช่น ความสูญเสียที่เกิดจากการตายหรือการจากไปของคนที่เรา โดยมีความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นและคงอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยที่อารมณ์เศร้านี้จะมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติของความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและสุขภาพร่างกายไปพร้อม ๆ กัน

ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วชิณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และไพลิน ปรัชญคุปต์. (2546) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการ และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า บางคน มีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต

อรพรรณ ทองแดง และอาพสา หุตะเจริญ (2548) ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติทางลบ ทั้งต่อตนเองต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยคำหยาบ คติเตียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองไร้ค่า เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง มีพฤติกรรม หลีกเลียงจากสถานการณ์ต่าง ๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง สูญเสีย ความรู้สึกทางเพศ

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้นสรุปโดยรวมได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดย มีอาการเศร้าโศก เสียใจ หดหู่ โดดเดี่ยว ท้อแท้ ไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต มีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติของความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และสุขภาพร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจาก มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ท้อแท้ เบื่อหน่าย (สุรพล วีระศิริ, 2547) ไม่ให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรักษาด้วยยาต้านไวรัลเอดส์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจที่จะต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ตรงเวลาและเป็นการรับประทานตลอดชีวิต การขาด ความร่วมมือในการดูแลตนเองอย่างเข้มงวด ทำให้เกิดภาวะของเชื้อติดอย่างง่ายและสุดท้าย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เรื่องการติดเชื้อฉวยโอกาส มีผลต่อคุณภาพชีวิต (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิด ได้จากหลายสาเหตุ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งแบ่งออกเป็นสาเหตุหลักได้ 2 สาเหตุหลัก คือ ด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคม และมีผู้ทำการศึกษาและอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ดังนี้

ด้านชีวภาพ

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองมีการทำหน้าที่ หรือปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิกอารมณ์ซึมเศร้า และมีการตรวจพบสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ในปัสสาวะ มีระดับต่ำ (ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยา Reserpine แล้วเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เนื่องจากฤทธิ์ยา Reserpine ทำให้ Catecholamine (Norepinephrine, Dopamine) และ Serotonin ในสมองมีปริมาณลดลงเป็นที่มาของสมมติฐาน Catecholamine Hypothesis ของ Joseph Schildkraut เมื่อประมาณ ค.ศ. 1965 ความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายเกิดร่วมกับการขาด Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ที่บริเวณ Synapse ของเซลล์ประสาทในสมอง ส่วนควบคุมอารมณ์ (Limbic System) มีหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติม คือ การตรวจปัสสาวะ พบระดับลดลงของ 3-methoxy -4-hydroxy Phenylglycol (MHPG) และ 3-methoxy-4-hydroxy Mandelic Acid (VMA) ซึ่งเป็น Metabolite ของ Norepinephrine ที่เกิดจากการทำลาย โดย Enzyme Monoamine Oxidase (สุชาติ พหลภคย์, 2542) การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองนี้ อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ แสงสว่างเนื่องจากการศึกษาพบว่า แสงสว่างจากดวงอาทิตย์ที่ลดลง ในฤดูใบไม้ร่วงหรือฤดูหนาวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง แสงสว่างจะทำให้สมองลดระดับการผลิตซีโรโทนินลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543)

ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Theory)

มีการศึกษาในกลุ่มแฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 54 และโอกาสที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ 24 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากรรมพันธุ์มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า และถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาเป็นโรคนี้สูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่าถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคนี้ บุตรมีโอกาเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine)

Metabolism ที่ผิดปกติของ Neuropeptide สิ่งที่จะกล่าวถึงได้ คือ Neuropeptide ที่ได้รับการวิจัยอย่างมากว่าอาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ได้แก่ Somatostatin และ Arginine Vasopressin หรือ AVP มีอยู่ทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่เป็น Neuromodulator ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสลับซับซ้อน สิ่ง AVP เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความจำ การนอนระยะถูกตา เคลื่อนไหวเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep หรือ REM Sleep) จังหวะทางชีวภาพ (Biological Rhythm) และ Neuroendocrinology ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีสิ่งเหล่านี้ผิดปกติ และพบ AVP ในน้ำไขสันหลังต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ตามปกติขบวนการบางส่วนที่ควบคุมการคัดหลั่ง ACTH จากต่อม Pituitary จะเป็นของ AVP ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถ้าได้ AVP แม้เพียงขนาดต่ำก็ทำให้ ACTH ถูกคัดหลั่งออกมามาก ซึ่งแตกต่างกับการให้ CRH กลับทำให้ ACTH ถูกคัดหลั่งออกมาน้อยมาก (Blunt Response) นอกจากนี้เรายังพบว่า การให้ AVP แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแม้อารมณ์ซึมเศร้า จะไม่ดีขึ้นแต่ Cognition ของผู้ป่วยจะดีขึ้น (ชรินทร์ กองสุข, 2549 ข)

ชรินทร์ กองสุข (2549 ก) กล่าวว่า จากการศึกษา Cushing's Disease และ Hypothyroidism มักมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ กับ Neuroendocrine Dysregulation อันได้แก่

1. Limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal Axis (LHPA) มีกิจกรรมมากเกินไป (Hyperactivity) และไม่ตอบสนองต่อ Negative Feedback of Hypercortisolemia
2. Hypothalamic-pituitary-thyroid Axis (HPT Axis) มีกิจกรรมมากเกินไป (Hyperactivity) ปลั่ง Thyroid Releasing Hormone (TRH) สูงกว่าปกติ ซึ่งกระตุ้น Pituitary ให้มีการปลั่ง Thyroid Stimulation (TSH) Hormone เพิ่มขึ้นแต่เป็น Blunt Response, TSH จะกระตุ้นต่อม Thyroid ให้ปลั่ง Free T_4 สูงกว่าปกติ จากการตรวจเลือดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีปริมาณของ TSH ต่ำกว่าปกติ และมีปริมาณของ Free T_4 สูงกว่าปกติ ถ้าให้ยารักษาอารมณ์ซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นปริมาณของ Free T_4 จะกลับคืนสู่ปกติ
3. Hypothalamic-pituitary-growth Hormone Axis (HPGH Axis) มีความสลับซับซ้อนอย่างมาก พบว่า NE, 5-HT, Ach และ โอปิออยด์ (Opioid) สามารถดัดแปลง (Modify) การปลั่ง GHRH และ Growth Hormone Release Inhibitory Factor (GHRIF หรือ Somatostatin) ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี GHRIF ในน้ำไขสันหลังน้อยกว่าปกติ และ GH จะตอบสนองต่อ GHRIF ลดลง ระดับของ GH จะสูงกว่าปกติเป็นพัก ๆ ในเวลากลางวัน และระดับจะต่ำกว่าปกติในขณะนอนหลับ ทำให้ผลรวมของค่าเฉลี่ยของระดับของ GH ทั้งวันลดน้อยกว่าปกติ

4. ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะมีระดับของมีลาโทนินผิดปกติ ร่างกายสร้างมีลาโทนิน (Melatonin) จาก 5-HT ภายใต้การกำกับของ NE ที่ควบคุมต่อมไพเนียล (Pineal Gland) การวิจัยจำนวนมากพบว่าระดับของมีลาโทนินในตอนกลางคืนของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะลดลง

ด้านจิตสังคม

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้านั้น เป็นผลมาจากความสูญเสีย และความคับข้องใจในช่วงพัฒนาการใช้ปากในวัยเด็ก (Oral Stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด บุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic Personality) เมื่อผิดหวัง บุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้า โศกเสียใจกับความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือเป็นการสูญเสียที่บุคคลคิดไปเอง มีผลทำให้อีโก้ (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติ และเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) ตัดสินใจ (Judgement) ความมีเหตุผล (Reasoning) การแก้ปัญหา (Problem Solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (Decision Making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุ และความถูกต้องเหมาะสม เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความเศร้า และความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิด และบันดลโทษะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญได้ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายใด ๆ (ปราวณี วัฒนโชติ และนภคณ สมบูรณ์, 2538)

ทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้สึกสิ้นหวังหรือปราศจากการช่วยเหลือ (Learning Helplessness Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายโดย Seregman ว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทาง พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉย ๆ ไม่รุก (Passive) ถอนตัว (Withdraw) และทำกิจกรรมลดลง ในการทดลองเมื่อทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อตด้วยไฟฟ้าโดยที่มันหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้ถูกช็อตอย่างซ้ำ ๆ ในที่สุดสัตว์ทดลองจะยอมแพ้ และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยง ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อตด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะคิดไปก่อนว่าคงกำลังประสบกับสภาพเดิมอีกแล้ว ดังนั้นแม้จะพยายามหลีกเลี่ยงก็ไม่สำเร็จ สัตว์ทดลองก็จะไม่พยายามทำอะไรที่จะช่วยตนเองหลีกเลี่ยงได้เลย เป็นการแสดงพฤติกรรมในทำนองที่ว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางเหมือนกับที่เคยประสบมาก่อน ทฤษฎีนี้

กล่าวต่อไปว่าอารมณ์ซึมเศร้าก็เหมือนกันกล่าวคือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกท้อแท้หมดหนทางแล้ว หรือเป็นพฤติกรรมของการทอดอาลัย นอกจากนี้การเคยเรียนรู้หลาย ๆ ครั้ง ว่าคืนวันไปก็ไม่เกิดประโยชน์จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่สู้เรื่องไม่เป็นปรีดิ์ แต่กำหนดตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น ตามทฤษฎีหมดหนทางตามที่เคยเรียนรู้มาก่อนนี้ อาการอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้นถ้าแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถที่จะควบคุม และบังคับสิ่งแวดล้อมได้วิธีการทำให้เกิดความเชื่อมั่นดังกล่าว ได้แก่ วิธีการทางพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล และการเสริมแรงชนิดบวก (Positive Reinforcement) (ธรรณิทร กอสุข, 2549 ข)

ทฤษฎีการลดแรงเสริมทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory)

ของ Lewinsohn (1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-esteem) ความรู้สึกผิด (Guilt) การมองโลกในร้าย (Pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบในชีวิต ยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (Self-awareness) การมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าบุคคลอื่น (Focus on the Self) เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น (Self-criticism) และคาดหวังอนาคตในด้านลบ (Negative Expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ หดหู่ หงอยเหงา (Dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory)

ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Beck (1995) กล่าวว่า Cognition เป็นขบวนการรับความรู้ ด้วยสติปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นเพื่อนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง Cognition ที่กล่าวถึงผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าว่า จะมีขบวนการของ Cognition ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิต หรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวก Beck (1995) กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมี Cognition Triad คือ

- 1) คิดว่าตนเองด้อย (Chronic Low Self Esteem) มองตัวเองในแง่ลบ (Negative Idea of Self)
- 2) หมดหนทางที่จะต่อสู้ และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (Helpless) มักจะตีความ (Interpret) เหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดี (Pessimistic Outlook) และ 3) อนาคตไม่มีความหวัง (Hopeless) ไม่สามารถแสดงความชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จของตนเอง และผู้อื่นได้ (Inability to Acknowledge Personal Accomplishment) การบิดเบือนใน Cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บ

ต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (Conditioned Learning) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด และตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อ ๆ ไป (Distorted Perception of Other Views, Distorted Sense of Life Experience) ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา การรักษาทาง Cognition การปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การระบุเหตุ การพูดกับตนเอง การคิดทางลบต่อตนเอง จึงจะส่งผลให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนตามมาเป็น การพิสูจน์หา (Identify) เงื่อนไขที่ทำให้เกิด Cognition ที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็น Cognition วิธีใหม่ในทางบวก (ธรรณิทร์ กองสุข, 2549 ข) จากการทำงานที่ไม่สมดุลของด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคมมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งมีอาการ และอาการแสดงดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยความเบี่ยงเบนใน 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1967)

ด้านอารมณ์

1. มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส
2. มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิด บาป ไร้ค่า
3. ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ
4. ความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง
5. ไม่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง
6. อารมณ์หงุดหงิด ขุ่นเคืองง่าย

ด้านปัญญา

1. มีการประเมินตนเองต่ำ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ
ไม่มีความสามารถ
2. มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง
3. ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ
4. มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ
5. มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป

ด้านแรงจูงใจ

1. ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน

2. รู้สึกเหนื่อยง่าย

3. มีความต้องการที่จะหลบ เลี่ยง หนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

1. มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรก ๆ ของผู้มีความซึมเศร้า

2. มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก ตื่นเช้าผิดปกติ

3. ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย

4. รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

5. น้ำหนักลด

6. มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตน

นอกจากความเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน ระดับของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกด้านต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

ระดับภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งจะมีอาการ และอาการถึงความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ แสดงออกใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย และพฤติกรรม Beck (1967) ได้กล่าวรายละเอียดของอาการ และอาการแสดงในแต่ละด้านและแต่ละระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน บางช่วงเวลาที่อารมณ์เศร้าหายไปจะมีอารมณ์สดชื่นแจ่มใส บางครั้งอารมณ์เศร้าก็เกิดขึ้นได้โดยไม่มีสาเหตุ สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้ง่าย รู้สึกผิดหวังในตัวเอง อารมณ์ขันลดลง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องของครอบครัวและเพื่อน การทำงานกิจกรรมต่าง ๆ มีความกระตือรือร้นลดลง

1.2 ด้านความคิด มีความคิดว่าปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เกิดจากความบกพร่องของตนเอง มักคิดว่าตัวเองด้อยกว่าคนอื่น ดำเนินตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย คาดหวังต่อสถานการณ์ในทางลบ ตัดสินใจช้า และไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง

1.3 ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจในตนเอง ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

1.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย แต่ในบางรายจะนอนหลับมากกว่าปกติ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จะมีการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง และคงอยู่นาน มักจะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงหลังตื่นนอนตอนเช้า กล่าวโทษตัวเอง เป้อหน้ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจในตัวเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ไม่มีอารมณ์ขัน รู้สึกเฉย ๆ กับกิจกรรมที่เคยชอบแทบทุกเรื่อง

2.2 ด้านความคิด หมกมุ่นในเรื่องความบกพร่องของตนเอง คิดว่าตัวเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไม่ประสบความสำเร็จ ดำเนินตนเองอย่างรุนแรง โทษตัวเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเองหรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความรับผิดชอบของตนเอง ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายมีความคิดว่าร่างกายผิดปกติทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ

2.3 ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับกับตัวเองได้ หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำได้ มีความต้องการหลีกเลี่ยงหรือแยกตัวจากสังคม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเผชิญกับปัญหาก่อนที่จะพยายามแก้ปัญหเอง มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

2.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่อยากรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย นอนหลับไม่สนิท หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง บางครั้งมีสะดุ้งตื่นกลางดึก แล้วหลับต่ออยาก รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ความต้องการทางเพศลดลงอย่างชัดเจนต้องใช้สิ่งกระตุ้นความต้องการทางเพศ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะมีการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ด้านอารมณ์ มักมีอาการรุนแรงตลอดเวลา รู้สึกเป็นทุกข์ทรมานใจอย่างมาก หดห้วง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป เกลียดตัวเอง ไม่มีความสุข กับกิจกรรมที่เคยชอบ เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม

3.2 ด้านความคิด คิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า มองตัวเองไร้ค่า สัมผัสทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้คนอื่น ตัดสินใจไม่ได้ มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบคิดว่าตัวเองเป็นคนบาป สมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง มีความคิดว่าร่างกายมีความผิดปกติ เป็นที่รังเกียจของสังคม

3.3 ด้านแรงจูงใจ ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้จะถูกกระตุ้นจากผู้อื่น ไม่มีความต้องการที่จะทำอะไรเลยถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับชีวิตต้องการได้รับการดูแลจากคนอื่นทุกอย่างแทบไม่มีการเคลื่อนไหวตนเองไปไหน ในรายที่รุนแรงมาก จะไม่มีแรงจูงใจที่จะสื่อสารกับใครหลีกเลี่ยงจากทุก ๆ อย่าง รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ จนรู้สึกว่าไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

3.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่มีความอยากรับประทานอาหารเลย น้ำหนักลด นอนไม่หลับเลย หรือหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อตื่นนอนแล้วสามารถกลับไปหลับต่อได้อีก รู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าจนไม่สามารถจะทำกิจกรรมใด ๆ ได้ทั้งสิ้น ไม่มีความต้องการทางเพศ

จะเห็นได้ว่าอาการของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยอาการ และอาการแสดงออกทางด้าน ความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องทราบระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย แต่ละคน เพื่อบริหารจัดการด้านการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถประเมินระดับ ภาวะซึมเศร้าดังกล่าวได้โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผู้พัฒนาขึ้นไว้ใช้ ตามความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการประเมิน ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรก การประเมิน ภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ และสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Interviewer and Observer Rated Scale) และประเภทที่สองการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report) ได้มีผู้ที่พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง ของผู้รับการประเมิน (Burt & Ishak, 2002; อัญชลี จัตรแก้ว, 2546) ดังที่ได้รวบรวมแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า ทั้ง 2 ประเภท มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต โดยผู้ประเมินเป็นผู้สังเกต หรือผู้สัมภาษณ์ อาการด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออกมามีแบบการประเมิน ดังนี้

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของแฮมมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRS-D]) สร้างโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1950 มีการปรับปรุงต่อมาในปี ค.ศ. 1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) และได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยไทย ที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depression Disorder จำนวน 50 ราย ทดสอบความแม่นยำตรงโดยเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อดูความแม่นยำตรง และความสอดคล้อง ภายในพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ .87 เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรง ของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามระดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษาเนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบ จากภาวะซึมเศร้า (Depressed Affect) อาการทางกาย (Vegetative Symptoms) ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ (Agitation and Insight) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15.30 นาที โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Trained Interviewer) จึงจะใช้แบบประเมินนี้ ได้อย่างเหมาะสมจะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีข้อดี คือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำตรงในการวัด การเปลี่ยนแปลงของโรคสูง แต่จะมีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อใน 17 ข้อ) ทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่อยู่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุเนื่องจากจะมีอาการทางด้านร่างกายแสดงออกมามาก ไม่เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มประชากรอื่น และด้วยที่แบบประเมินนี้จะสังเกตสภาพการณ์ของผู้ป่วย ย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย แบบประเมิน HRS-D มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธี Intra Class Correlation Coefficient เท่ากับ 0.86 (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539)

1.2 Montgomery - asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้น โดย (Montgomery & Asberg, 1974) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดง ที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษา และใช้เป็นเครื่องมือ สำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.97 ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือการใช้การสัมภาษณ์

ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในหลาย ๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น ในหลากหลายวัฒนธรรม ข้อด้อยของแบบประเมินนี้คือ แบบประเมินนี้มีการให้นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมการนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน (Montgomery & Asberg, 1974 อ้างถึงใน วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539)

1.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

ได้ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับร่าง โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 คน 2 ครั้ง พัฒนาแบบคัดกรองฉบับร่าง และทดสอบภาษาที่ใช้โดยการทำ Focus Group 10 กลุ่ม จาก 5 ภาค ของประเทศ และประชุมผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงเครื่องมือภายหลัง การทำ Focus Group

ระยะที่ 2 เป็นการวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนก การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพ โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 131 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ เพื่อเข้าพบแพทย์ และวินิจฉัยโรคว่า มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยจิตแพทย์ใช้ MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทยช่วยในการวินิจฉัยโรค

ระยะที่ 3 การหาค่าความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ 2 ท่าน แพทย์แต่ละท่านไม่ทราบประวัติเก่าของผู้ป่วย

ระยะที่ 4 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ โดยการเก็บข้อมูลจากประชาชน ที่อยู่อาศัย ณ ตำบลท่ากระเสริม อำเภอหนองแก้ว จังหวัดขอนแก่น จำนวน 715 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรอง และผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป พบจิตแพทย์ ทุกราย สำหรับคะแนน 0-4 คะแนน จะแบ่งตามกลุ่มอายุ และจะส่งเข้าพบแพทย์ ร้อยละ 30 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 ปี 1 เดือน แบบคัดกรองมี 15 ข้อคำถาม ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ 8 ข้อ ด้านการคิด และการกระทำ 4 ข้อ และการแสดงออกทางกาย 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's Alpha Coefficient .88 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 เมื่อนำไปใช้ในชุมชน จุดตัดที่เหมาะสม คือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.81 ความจำเพาะร้อยละ 79.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.7 ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

จุดเด่น คือ สะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้ในชุมชน ใช้สำรวจผู้มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในหน่วยงาน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วย

ที่มารับบริการสาธารณสุขของรัฐ ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป และนำมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ แบบคัดกรองนี้ผ่านการทดสอบภาษาในทุกคนจึงสามารถใช้เครื่องมือนี้ในภาคอีสานได้

จุดด้อย คือ ไม่สามารถแบ่งระดับความซึมเศร้าได้ บอกได้แต่เพียงว่าซึมเศร้าหรือไม่ ซึ่งเป็นเพียงการคัดกรองเบื้องต้น ไม่ได้ทำการศึกษาความตรงในการทำนาย คือ บอกไม่ได้ว่าผู้ที่ได้รับการคัดกรองเหล่านี้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชอะไรตามมา (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

1.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณไพศาล และณรงค์ มณีทอง (2549) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ใช้ วิธีการพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้า โดยเลือกคำที่คนอีสานมักใช้แสดงความรู้สึก ในระยะ 2 สืบคำที่ผ่านมา มีทั้งหมด 9 คำถาม คะแนนรวม 0-24 แต่ละข้อมีคะแนน “0” ถึง “3” แบ่งความรุนแรงเป็นน้อย ปานกลาง และรุนแรง ระยะที่ 2 ตรวจสอบเครื่องมือในรูปแบบ Diagnostic Test Study กับกลุ่มประชากรไทยอีสาน จังหวัดยโสธร จำนวน 1,002 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยการประเมินด้วย 9Q กับอาสาสมัครที่ผ่านการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม ภาษาอีสานที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แล้วสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างชนิด M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) โดยจิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาค่าความไว ความจำเพาะ ความน่าจะเป็นโรคจากผลทดสอบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า และค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณไพศาล และณรงค์ มณีทอง, 2549)

ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคซึมเศร้าพบร้อยละ 5.6 แบ่งเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive Disorder: MDD) พบร้อยละ 3.7 จากการประเมินด้วย 9Q คำถามที่ 3 มีคำตอบ “เกือบซมื่อ” มากที่สุดร้อยละ 4.0 รองลงมา คือ คำถามที่ 7 ร้อยละ 1.9 เวลาที่ใช้ในการประเมินด้วย 9Q ส่วนใหญ่ใช้เพียง 1 นาที ความแม่นยำตรงของ 9Q จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve Analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931-0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าค่าความน่าจะเป็น โรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า

ข้อดีของแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่พัฒนาเครื่องมือได้ตรงกับบริบทของผู้ใช้โดยเฉพาะคนไทยอีสาน แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุข และจะลดความสูญเสียที่จะเกิดจากโรคซึมเศร้า

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1 Beck Depression Inventory (BDI) (มุกดา ศรียงค์, 2522 อ้างถึงใน นารี พิมพ์บำรุงธรรม, 2545) สร้างโดย Beck (1967) บนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบทดสอบได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตบำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติ และอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ Beck (1967) ได้หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบทดสอบมีค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ .91 และใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck (1967) พบว่า เมื่อใช้แบบทดสอบนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะได้อาการเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .76- .95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียนจะได้อาการเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .82 - .92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชหรือกลุ่มที่ไม่ใช่ นักเรียนจะได้อาการเชื่อมั่นระหว่าง .73 - .90 แบบทดสอบนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา และมีความเที่ยงตรงสูง ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือกลุ่มคนปกติ

แบบประเมินระดับอารมณ์เศร้า BDI ได้แปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน นารี พิมพ์บำรุงธรรม, 2545) และในปี พ.ศ. 2547 หยาจชล หนูหุ่น (2547) ได้นำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นกับคนพิการที่สมาคมส่งเสริมอาชีพคนพิการ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .82 โดยใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient แบบประเมินประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ อีก 6 ข้อ

เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายโดยแต่ละข้อมีคะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 10-16 แสดงถึงอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนนรวม 17-30 แสดงถึงมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนรวม 30 ขึ้นไป แสดงถึงอาการระดับรุนแรงใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยอายุรกรรม

แบบประเมินนี้มีข้อดี คือ จำนวนข้อไม่มาก ถ้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความเข้าใจ จะง่ายต่อการทำ การทำแบบใช้เวลาไม่มาก ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก

2.2 Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS) สร้างขึ้นในปี 1965 โดย Zung (1965) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภา และธงชัย ทวิชาชาติ (2533) และได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามนี้ขึ้นเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเขตพระโขนง กรุงเทพฯ และเขตจังหวัดอุทัยธานีพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตพระโขนง กรุงเทพฯ พบร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานีพบร้อยละ 84.4 และพบว่า ปัจจัยทางจิตสังคมเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าเหมือนกันทั้ง 2 ที่ โดยมีเนื้อหา ของคำถาม เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถาม SDS มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Test-retest และ Split-half Reliability เท่ากับ .73

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และโดยส่วนใหญ่จะมักนิยมนำภาวะซึมเศร้า ในแง่ของ 2 ด้านนี้เท่านั้น แต่จะมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุผลที่ได้ อาจผิดพลาด เพราะอาจไปวัด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่เกิดตามพัฒนาการสูงอายุ ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจาก ภายในตนเองออกจากภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรม และสังคม (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2533)

2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) สร้างโดย Zigmond and Snaite (1990); ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แปลเป็นภาษาไทย คือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) และได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรามาธิบดี ของภาควิชาศัลยศาสตร์ และภาควิชาสูติศาสตร์ จำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เนื้อหาของคำถามเน้นประเมินอาการ และการแสดงของผู้ป่วยด้านอาการผิดปกติทางจิตเวชแบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert Scale มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0-3 แบบสอบถาม GHQ มีค่าความเที่ยง (Reliability) ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ของทั้ง 2 Sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .85 สำหรับ Anxiety Sub-scale และ .82 สำหรับ Depression Sub-scale (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

2.4 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff และสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ในปี ค.ศ. 1977 โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale และ Gardner สร้างขึ้นเพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หรือประชาชนทั่วไปได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์สร, วงเดือน บันดี และสมพร เจริญชัยศรี (2533) และทำการทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยครู และกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นวัยรุ่น ได้ค่าความเที่ยงใกล้เคียงกับต้นฉบับคือเท่ากับ .86 แต่ได้ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ปกติคะแนนสูงกว่าต้นฉบับ และการหาคุณลักษณะความตรงตามโครงสร้างโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า เครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน วิไล สุปต์นวิรัตน์กุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบประเมินนี้มาศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้ง ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่เหมาะสม คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ได้ค่าความไว และความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540); วิไล สุปต์นวิรัตน์กุล และพนม เกตุมาน (2540)

2.5 Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล (2544) เป็นเครื่องมือที่สามารถวินิจฉัย และติดตามอาการของโรคซึมเศร้าที่ใช้อย่างแพร่หลายในสถานบริการปฐมภูมิซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชโดย ICD-10 และ DSM-IV สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง (ในผู้ที่อ่านออกเขียนได้) หรือโดยบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาสั้น การแปลผลสามารถทำได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังสามารถ

ประเมินความรุนแรงของอาการ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ ได้อีกด้วย PHQ-9 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การตอบคำถามในแต่ละข้อจะมีตัวเลือก 4 คำตอบ คือ “ไม่เลย” “มีบางวันมีบ่อย” หรือ “มีเกือบทุกวัน” หลังจากนั้นจะมีคำถามสุดท้ายเกี่ยวกับปัญหาในการทำงานและมีตัวเลือก 4 คำตอบ คือ “ไม่มีปัญหา” “มีปัญหาลittle” “มีปัญหามาก” หรือ “มีปัญหามากที่สุด” จากเครื่องมือ PHQ-9 จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหามากน้อยแค่ไหนหรือไม่ และจัดอยู่ในระดับใด (สุวรรณ นพรัตน์ศรีกุล และคณะ, 2549)

2.6 Thai Depression Inventory (TDI) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2542) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้แก่ แบบสอบถาม Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Montgomery-asberg Depression Rating Scale ได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 50 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบพบว่า ค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .86 และ Concurrent Validity โดยใช้ Spearman-brown Formula เท่ากับ .72 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี จะเห็นได้ว่ามีการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภทขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องครอบคลุมมากที่สุด การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ และสังเกตมีข้อจำกัดในการที่จะต้องใช้จิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางจิตเวชจึงจะสามารถประเมินได้ถูกต้อง ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองได้รับความนิยมมากกว่าเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบอกอาการและอาการแสดง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองได้ดีกว่าใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต นอกจากนี้การประเมินตนเองยังสะดวก ประหยัดเวลา และสามารถประเมินซ้ำได้บ่อย จากที่ได้แสดงรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามาแล้วข้างต้น พบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีมากมายหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าได้ตามความเหมาะสมในกลุ่มประชากร

และวัตถุประสงค์หลักของการประเมิน โดยประเมินจากลักษณะของเนื้อหาคำถาม ค่าความเชื่อมั่น ข้อดีและข้อจำกัดต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษาเลือกใช้เครื่องมือได้เหมาะสมที่สุดกับการศึกษาที่จะทำ และสำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ มุกดา ศรีรงค์ (2522) แปลและพัฒนาจาก Beck Depression Inventory (BDI) เพื่อใช้ประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีข้อดี คือ จำนวนข้อไม่มาก ถ้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ มีความเข้าใจจะง่ายต่อการทำ การทำใช้เวลาไม่มาก ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ในการบำบัดของการศึกษาครั้งนี้

โรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับ อาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ และผลกระทบต่อสังคมของ โรคซึมเศร้า มีค่อนข้างสูงมาก เมื่อเจ็บป่วยจะทำให้ศักยภาพในการทำหน้าที่ตามบทบาทต่าง ๆ บกพร่อง ไม่ว่าด้านครอบครัว การงาน และการดูแลตนเอง อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิต ลดลง เกิดความสูญเสียต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติอย่างมหาศาล จากปัญหา และเหตุผล ดังกล่าว ทำให้ทราบถึงความสูญเสียอย่างรุนแรง และจำนวนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคซึมเศร้าอย่างมากมาย ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และพบความความซึมเศร้า ในระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง ควร ได้รับการช่วยเหลือด้านการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้า มีแนวทางการรักษาตามปัจจัย สาเหตุของการเกิด โรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ จิตเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) และจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้มีภาวะ ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) การบำบัดรักษามีรายละเอียดดังนี้

จิตเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายกลุ่มแต่ละกลุ่ม ก็มีหลายตัว การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ผลข้างเคียงของยา และความคุ้นเคยของผู้รักษา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1. ยากลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOIs) ยาออกฤทธิ์ยับยั้ง

การออกซิเดชันของ Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มสารสื่อประสาท โดยไปยับยั้งการแตกย่อย ทำให้มี Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง ปัจจุบันยากลุ่มนี้ เลิกใช้ เนื่องจากมีฤทธิ์ข้างเคียงเป็นอันตรายถึงชีวิต

2. ยากลุ่มไตรไซคลิก และเตตราไซคลิก (Tricyclic and Tetracyclic Antidepressant: TCAs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของ Serotonin และ Norepinephrine ที่จับต่อปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าหายไป หรือทุเลาลงยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Imipramine, Amitriptyline, Doxepine, Clomipramine เป็นต้น

3. ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ Serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์เศร้าได้เทียบเท่ากับรักษาอารมณ์ชนิดเกา ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ของยาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ในกลุ่มนี้ยา Fluoxetine เป็นยารักษาอารมณ์เศร้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe Psychotic) คลั่งรุนแรง (Severe Mania) และใช้ได้ผลดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงและมีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยวิธีนี้มีความเสี่ยงในรายที่มีอาการความดันโลหิตสูง เนื่องจากในสมอง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นโรคร่วม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ผลการรักษาจะมีโอกาสทำให้ความจำเสียและสับสนแต่จะกลับคืนเป็นปกติภายในเวลา 3-6 สัปดาห์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ประสิทธิภาพของการรักษาดี แต่ในปัจจุบันมียาทำให้ประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่า ความนิยมในด้านการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจึงลดลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

จิตบำบัด

เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษามีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าความขัดแย้งในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าการบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัดโดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (Dynamic Focus) ที่สำคัญ ๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตได้สำนึกให้ปรากฏขึ้นแต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดที่มักจะใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา ผู้รับการบำบัดต้องรักษาสัปดาห์ละ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 1-5 ปี (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

2. จิตบำบัดตามแนวสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy)

วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดความซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้ธบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดประทับ ประคอง ให้ความหวัง และกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าความซึมเศร้าพบได้บ่อย ๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับปัจจัยเครียดในชีวิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

3. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ มุ่งรักษาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากโรค ไม่ใช่รักษาที่สาเหตุของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก เนื่องจากว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (Reinforcement) ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคมยังทำให้ความซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์ และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

4. การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) พัฒนาขึ้นโดย Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดความซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ความซึมเศร้าลดลงการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) พัฒนาขึ้นโดย Beck et al (1979) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติ

ด้านความคิด และอารมณ์ เขาเริ่มนำการบำบัดทางปัญญาไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และพฤติกรรมนิยมยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้อย่างชัดเจน (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) โดย Beck, Rush, Shaw and Emery (1979) เริ่มจากการตรวจสอบทฤษฎีจิตวิเคราะห์อย่างจริงจังศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างทางความคิดของผู้ป่วยจิตเวช จากการสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบและทำการวิจัย จนกระทั่งปลายทศวรรษที่ 1950 Beck อธิบายจิตพยาธิสภาพของผู้รับการบำบัดโดยอาศัยแนวคิดจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) จิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology) ทฤษฎีกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information Processing Theory) และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ของ Freud ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้นเกิดจากโครงสร้างทางความคิดโดยที่โครงสร้างทางความคิดนั้นจะมีลักษณะที่สม่ำเสมอ และเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยมักจะบิดเบือนความคิดของตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะของความคิดที่บิดเบือนนั้น เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ ส่วนในแง่ของการบำบัดนั้น Beck อาศัยแนวคิดจากกรอบทฤษฎีปัญญานิยมที่เขาวางไว้ร่วมกับข้อมูลทางคลินิก และแนวคิดการบำบัดโดยยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-oriented Therapy) ของ Roger รวมถึงวิธีการหลายประการของพฤติกรรมบำบัด แล้วจึงเริ่มทำการปฏิรูปวิธีการบำบัดของเขาไปสู่การบำบัดทางปัญญา (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; สมพร บุษราทิ และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542) โดย Beck กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญานี้มีแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าอารมณ์ของบุคคลนั้นเกิดจากความคิดในการรับรู้ และแปลความ สิ่งเร้าที่มากระทบ ซึ่งความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และความคิดกับอารมณ์ มักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน ทำให้เกิดการประเมินสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องด้านความคิด และอารมณ์ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Beck, 1967; Beck et al., 1979)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน และเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ จะปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังนำเทคนิคของการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรม

ที่มีปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การบำบัดความคิด และพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ ในการบำบัดปัญหา และโรคจิตชนิดอื่น ๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และโรคจิตชนิดอื่น ๆ แนวคิดนี้จึงเป็นประโยชน์ อย่างยิ่งต่องานสุขภาพจิต และจิตเวช

1. ประวัติและความเป็นมา และแนวคิดของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม
การพัฒนาของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพัฒนาการมาเป็นระยะ ๆ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

ระยะแรก

เริ่มมาจากทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavior Therapy) โดยทฤษฎีการบำบัด พฤติกรรมได้เริ่มต้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 ในขณะนั้นการบำบัดพฤติกรรมให้ความสนใจ ในเรื่องพฤติกรรมที่ผิดปกติในผู้ใหญ่ โดยได้แนวคิดมาจาก Clark and Fairburn (1997) ซึ่งมีแนวคิด ว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติของมนุษย์ ในผู้ป่วยจิตเวช เป็นผลมาจากการถูกวางเงื่อนไขที่ไม่เหมาะสม ในอดีตและสามารถปรับพฤติกรรมดังกล่าวได้โดยการวางเงื่อนไขใหม่หรือปรับที่ผลกรรม หรือผลของการกระทำ หลังจากทีนักบำบัดได้ใช้แนวคิดนี้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชได้ผลมาระยะหนึ่ง เช่น การลดความวิตกกังวล (Anxiety) การลดปัญหาการกลัวที่โล่งแจ้ง (Agoraphobia) การบำบัด พฤติกรรมการย้ำทำ (Obsessive Behavior) เป็นต้น จนถึงปี ค.ศ. 1970-1990 ความก้าวหน้าของผล การนำแนวคิดนี้ไปใช้ก็เริ่มช้าลงและไม่ค่อยมีผลงานปรากฏให้เห็น ประกอบกับปัญหาที่พบมากขึ้น ในผู้ป่วย คือ ปัญหาความซึมเศร้าซึ่งเกิดร่วมกับความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาทางความคิด และใช้การบำบัดพฤติกรรมไม่ค่อยได้ผล นักบำบัดและนักทฤษฎีจึงเริ่มให้ความสนใจต่อความคิด มากขึ้น (Dobson, 1988; Hawton, Salkovsky, Kirk & Clark, 1990; Clark & Fairburn, 1997)

ระยะที่ 2

การพัฒนาในการบำบัดจึงเริ่มให้ความสนใจกับความคิด เช่น Beck (1976) ที่ให้ ความสนใจในวิธีการคิดของผู้ป่วยที่รับรู้ในทางลบต่อตนเองต่อโลก สิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ในทางลบรู้สึกหดหู่ ทำให้เกิดปัญหาความซึมเศร้าและได้ให้การบ้านกับผู้ป่วยไปสังเกต ความเชื่อมโยงของความคิดและพฤติกรรมของตนเอง หรืองานของ Ellis ที่เชื่อว่า ปัญหาทางจิตใจ ของผู้ป่วยเกิดจากความคิดไม่มีเหตุผล และการบำบัดสามารถทำได้โดยการบำบัดความคิดที่ไม่มี เหตุผลนั้น ให้มาเป็นความคิดที่มีเหตุผลจะช่วยให้ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงได้ Bandura (1963) ให้ความสนใจในการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ (Modeling) การกำกับตนเอง (Self-regulation) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ไมเชนบาม (Meichenbaum) สนใจในเรื่องการฝึกการสอนตนเอง (Self-instructional Training)

เป็นต้น (Hawton et al., 1990)

ระยะที่ 3

นักบำบัดเริ่มพบว่า การใช้การบำบัดพฤติกรรมหรือการบำบัดความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งก็ไม่ได้ผลเช่นเดียวกัน ดังนั้น นักบำบัดจึงเริ่มรวมการบำบัดทั้งสองแบบเข้าด้วยกัน และประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาจากการบำบัดทั้งสองแบบ โดยสามารถเพิ่มเติมการบำบัดได้เป็นอย่างดี โดยความสำเร็จนี้เริ่มต้นจากการบำบัดผู้ป่วย Panic Disorder โดย บราโกลในปี 1988 (Clark & Fairburn, 1997) การแก้ปัญหาพฤติกรรมย้ำคิด (Obsessive Compulsive Disorder) และผู้บำบัดที่มีปัญหาการหลงผิดรับรู้ว่าคุณเองมีความเจ็บป่วยทางจิตที่เฉพาะเจาะจง (Hypochondriasis)

Dobson (1988) ได้กล่าวถึงเหตุผลของการผสมผสานการบำบัดพฤติกรรม และการบำบัดปัญหาไว้ 6 เหตุผล คือ

1. การบำบัดพฤติกรรมไม่สามารถช่วยให้ครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ในทุกด้านได้
2. แนวคิด สิ่งเร้า และการตอบสนองโดยไม่มีตัวกลางหรือปัจจัยกลาง (Mediators) ระหว่างสิ่งเร้า และพฤติกรรมเริ่มไม่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากมีทางเลือกทางอื่นซึ่งดีกว่า
3. การบำบัดพฤติกรรมไม่สามารถแก้ปัญหาทางความคิดได้ เช่น ปัญหาผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำสามารถแก้ไขเฉพาะการย้ำทำแต่ไม่สามารถแก้การย้ำคิดได้ เป็นต้น
4. แนวคิดการพัฒนาเรื่องตัวกลางระหว่างสิ่งเร้าและพฤติกรรม เริ่มปรากฏมากขึ้น โดยสามารถอธิบายกระบวนการคิดของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม
5. แนวคิดการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรมพัฒนามากขึ้นและหลากหลายรูปแบบ ทำให้สามารถบำบัดได้ในพฤติกรรมปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น
6. มีงานวิจัยที่ซึ่งแสดงผลของการบำบัดโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเผยแพร่มากขึ้น

ซึ่ง Beck (1976) ได้พัฒนาการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมนี้ โดยมีแนวคิดหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Dobson, 1988; Weinstein & Tapaya, 2005 a) ไม่ใช่เฉพาะเหตุการณ์เท่านั้นที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเรา แต่เป็นการรับรู้เหตุการณ์ต่างหากที่มีผลต่อความรู้สึก และพฤติกรรมในเหตุการณ์เดียวกัน บางคนรู้สึกแย่มา ๆ แต่บางคนรู้สึกสบาย ๆ สิ่งที่แตกต่างกันคือความคิด
2. ความคิดเกิดขึ้นได้และสามารถติดตามตรวจสอบปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางความคิดได้
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด

ดังนั้น หลักการบำบัดเน้นการวิเคราะห์ 2 ประการ (Dobson, 1988)

ประการแรก คือ วิธีการคิดและความคิดที่บิดเบือนของผู้รับการบำบัด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของความคิดด้านลบ หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึก เป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น

ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการเปลี่ยนข้อมูลของความคิดที่บิดเบือน แนวทางการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม อันดับแรก ต้องจัดการเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดเวลา เป็นความคิดที่มาเร็วมาก และมักจะคงอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ โดยทั่วไปเราจะไม่ค่อยรู้ตัวว่ากำลังคิดอะไรอยู่ (Weinstein & Tapaya, 2005 a) ผู้บำบัดจะสอนผู้มาบำบัดให้ค้นหาหรือจับความคิดของตนเองให้ได้ และประเมิน แล้วคัดแปลงความคิดนั้นเพื่อจะทำให้อาการ ไม่สุขสบายดีขึ้น จากนั้นเราจะแก้ไขความเชื่อ ทั้งความเชื่อที่เป็นแก่นและความเชื่อที่อยู่ระหว่างกลางอยู่ภายใต้ความคิดที่ไม่มีประโยชน์ที่เราแสดงออกเพื่อหาข้อสรุป และการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมขึ้น การคัดแปลงความเชื่อที่อยู่ในระดับพื้นฐานจะช่วยป้องกันการกำเริบของความ ไม่สุขสบายได้ดี (Beck, 1995)

การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมเป็นการบำบัดชนิดแรกที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ จากผลการวิจัยและประสิทธิผลของการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วย การบำบัดใช้เวลาไม่มากนักและให้ความสนใจทั้งสองด้าน คือ ด้านความคิดและด้านพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความคิดที่บิดเบือน 3 อย่าง (Cognitive Triad) 2) โครงสร้างทางความคิด (Schema) 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการ ที่บิดเบือนในทางลบ คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง โลกและอนาคตของตนเองในทางลบ

1.1 การมองตนเองในทางลบ (Negative View of Self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมองตนเองว่าบกพร่องไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จริยธรรมในตนเอง มองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผิดพลาดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเองทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา

1.2 การมองโลกในทางลบ (Negative View of World) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเปลี่ยนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ตนเองเผชิญอยู่ในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ และถูกเรียกร้องจากสังคมรอบข้าง จะมองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด โดยมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกละทิ้ง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะเปลี่ยนสถานการณ์นั้น ๆ ไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.3 การมองอนาคตในทางลบ (Negative View of Future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดและทำนายว่าความลำบากหรือทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีสิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงจะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็ปัญหาค่อไปไม่มีสิ้นสุด ทำให้รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) Beck (1976) เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคิดที่บิดเบือน และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
(Weinstein & Tapaya, 2005 a)

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

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติ หรือปรับเปลี่ยนที่บิดเบือน (Adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ และเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลอื่นทั่ว ๆ ไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyncratic) เช่น “ฉันเป็นผู้ล้มเหลว” “ฉันไม่เคยทำอะไรได้เรียบร้อยเลย” เป็นต้น โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคล และจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริง ๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบหรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

ดังนั้น เหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความคิดบิดเบือนอันเนื่องจากโครงสร้างทางความคิดทำให้มีความไวต่อเหตุการณ์ประเภทรุนแรง โครงสร้างทางความคิดนี้จึงเป็นตัวอธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้แตกต่างกัน ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามากขึ้นความรู้สึกนึกคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใด ๆ ได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นสาเหตุของความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน ความผิดปกติของแบบแผนการคิดซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ (Wright & Beck, 1995) ซึ่งแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแบบแผนการคิด (Schemas) ที่เหมาะสม (Adaptive) และไม่เหมาะสม (Maladaptive) (Wright & Beck, 1995)

Adaptive	Maladaptive
1. ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น ฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้	1. ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น
2. ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้	2. ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ
3. ฉันเป็นนักค้นหาจึงไม่กลัวความล้มเหลว	3. ฉันรู้สึกไม่ดี แย่ กลัว กังวลกับสิ่งที่ทำ
4. คนอื่นไว้วางใจ เชื่อใจฉันได้	4. คนอื่นไม่เชื่อใจฉัน ไม่มีใครไว้วางใจฉัน
5. ผู้คนเคารพนับถือฉัน	5. ฉันไม่มีใครนับถือ
6. ฉันสามารถคาดการณ์ เหตุการณ์	6. ฉันไม่รู้จะทำอะไรเพราะไม่ว่าจะทำอะไร มันจะไม่ประสบความสำเร็จ
7. ถ้าฉันมีการเตรียมตัวต่ออนาคตฉันจะทำได้	7. ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบาย หรือพึงพอใจกับอะไร

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

ความคิดที่บิดเบือนมีหลายรูปแบบทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติ และความเชื่อ เช่น

3.1 คิดแบบสุดโต่ง คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (All-or-nothing หรือที่เรียกว่า Black-and-white หรือ Polarized หรือ Dichotomous Thinking) คือ ความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลาง ๆ ได้ เป็นการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่องเป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ “ฉันจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุด” หรือไม่ก็เป็น “ฉันเป็นคนที่ไม่ดีทุกอย่าง”

3.2 การคิดในทางหายนะ ความคิดที่คาดเดาไปล่วงหน้า (คิดในทางร้าย) (Catastrophizing/ Fortune Telling) คิดแบบหายนะบางครั้งเรียกเป็นการทำนายโชคชะตาทำนายอนาคตในด้านลบ โดยไม่พิจารณาถึงความเป็นไปได้อื่น ๆ เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลสถานการณ์ หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เช่น “ถ้าลูกฉันเป็นอย่างนี้ ฉันคงหาความสุขไม่ได้ตลอดชีวิต” “ฉันขับรถไม่ได้ เพราะฉันจะมีอุบัติเหตุ”

3.3 ไม่ยอมรับสิ่งดี ๆ ด้านบวก (Disqualifying or Discounting the Positive) การปฏิเสธประสบการณ์ด้านดีที่เคยได้รับว่าไม่ใช่สิ่งที่ดี บางคนมักบอกตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลว่า ประสบการณ์ดี ๆ หรือคุณลักษณะดี ๆ ไม่ควรถือเอามาเป็นสำคัญ เช่น ฉันทำโครงการนั้นได้ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเก่งนะ ฉันเพียงแค่โชคดีเท่านั้นเอง “ลูกเรานั่งได้ เป็นเรื่องที่ฟลุคจริง ๆ”

3.4 ใช้อารมณ์นำในการคิดหาเหตุผล โดย การแปลความหมายของสถานการณ์ โดยปราศจากเหตุผล (Emotional Reasoning) บางคนคิดว่าอะไรบางอย่างต้องเป็นความจริง เพราะเขารู้สึกว่ามันเป็นความจริง (เขาเชื่ออย่างนั้นจริง ๆ) แต่ในขณะที่เดียวกันก็เพิกเฉยต่อหลักฐานว่าความเชื่อของเขานั้นผิดใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์หรือ “รู้สึกว่ามันต้องเป็น...แน่ ๆ” “ผมทำอะไรได้ดีหลายอย่างในที่ทำงาน แต่ผมยังรู้สึกอย่างรุนแรงว่าผมเป็นคนที่ไม่ดี”

3.5 การติดตรา (Labeling) เป็นลักษณะที่ไม่ดีของบุคคลหรือสถานการณ์ถูกนิยามไว้อย่างแน่นอนครอบคลุมหมดทุกอย่างใช้การตราประทับที่ตายตัว โดยเพิกเฉยหลักฐานที่ขัดแย้ง เช่นเป็นการติดตราตนเอง หรือคนอื่นในทางลบ ไม่ว่าทำอะไรก็มักจะยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ติดตราไว้ เช่น “ฉันทำข้อสอบผิด” และคิดว่า “ฉันมันโง่” การตั้งนิยามเช่นนี้ไม่มีประโยชน์ เพราะนำมาแต่ความไม่สบายใจ ความโกรธ ความผิดหวัง หรือการเสียคุณค่าในตัวเอง

ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตัวเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น เช่น การนิยามผู้อื่นว่า “เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ” เป็นการมองผู้อื่นในด้านลบเกิดความขุ่นใจ โกรธไม่พอใจผู้อื่นหรือ “เด็กโง่” “ปัญญาอ่อน”

3.6 การขยายความให้มาก/ น้อยเกินจริง ต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification/ Minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญ หรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไป หรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิด ที่บิดเบือนในการประเมินคนหรือสถานการณ์ พยายามขยายด้านลบ และย่อส่วนด้านบวก อย่างไม่มีเหตุผล เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โต เกินความเป็นจริง หรือเมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองไปหมด และเมื่อมีเรื่องเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จ ของตนเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะบังเอิญ เพราะตน ไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญของความสามารถตนเอง เนื่องจากมักจะให้ความสำคัญ แก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง มากหรือน้อยเกินไปนั่นเอง เช่น “เมื่อฉันได้รับการ ประเมินไม่ดี แสดงว่าฉันโง่ เมื่อได้รับการประเมินว่าดีก็ไม่ได้เป็นข้อพิสูจน์ว่าฉันเป็นคน ฉลาด”

3.7 การคัดกรองทางความคิด/ จิตใจ (Mental Filter) เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่ง ที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด มองอยู่แต่ด้านลบย่อย ๆ หนึ่งหรือสองด้าน แต่เพิกเฉยต่อภาพใหญ่ โดยเลือกที่จะคิดหรือเชื่อแต่ในสิ่งที่ไม่ดี และมองข้ามสิ่งที่ดี ๆ ไป คุณเชื่อว่าคุณรู้ว่าคนอื่น คิดอย่างไร เช่น หัวหน้าคิดว่าฉันไม่ป็นงาน เพราะฉันพูดหน้าห้องไม่เก่ง ฉันจึงเป็นคนไร้ ความสามารถ “พยายามล่า้งทำงาน ไม่ยอมให้เหมือนเดิม คิดว่าพยายามล้งรังเกียจลูกเรา”

3.8 การอ่านใจ การคิดหรือเดาใจผู้อื่น (Mind Reading) เป็นการอนุมานในทางลบ เกี่ยวกับความคิดหรือเจตนา หรือเดาใจผู้อื่น โดยเชื่อว่า รู้ว่าคนอื่นคิดอย่างไร เช่น “หัวหน้าคิดว่า ฉันไม่ป็นงาน” “เห็นพยาบาลชม และให้กำลังใจแม่คนอื่นที่ลูกมีพัฒนาการก้าวหน้าขึ้น มีความคิด พยายามไม่เห็นสนใจตนเอง คงเป็นเพราะว่าตนเองคงจะไม่มีทางทำได้อย่างแม่คนอื่น หรือพยาบาล ถามว่า เพราะอะไรพัฒนาการของลูกจึงไม่ก้าวหน้า พยาบาลต้องคิดว่าเราไม่ได้ฝึกลูก หรือเราไม่มี ความสามารถที่จะฝึกลูกให้มีความการดีขึ้น”

3.9 การขยายความคิดแบบครอบคลุมมากเกินไป (Overgeneralization) การคิด แบบเหมารวม หรือการคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง เป็นลักษณะความคิด ที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

กับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วด้วยอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง เป็นการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว ค่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันหมดมากเกินไป ถ้าเกิดเรื่องไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (Always) เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียว แต่จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง หรือการได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกก็ทำให้คิดไปว่า การเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด

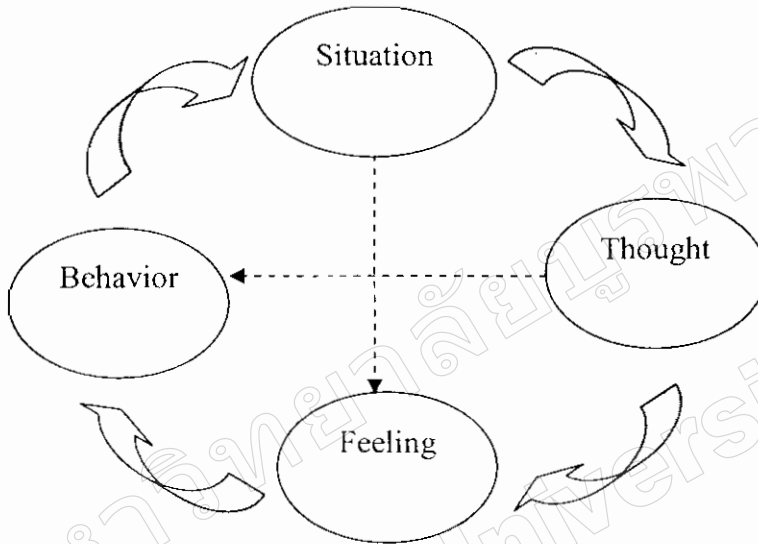
3.10 มีความคิดเอนเอียงไปกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นธุระกับเรื่องต่าง ๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เป็นการสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้าม คือ เมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอ โดยไม่พยายามคิดว่าตนเองมีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับ ไม่ได้มองตน อาจจะคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่าง ที่ทำให้เพื่อน โกรธ หรือเมื่อรับรู้ว่าคุณสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนั้นนำไปสู่ความรู้สึก ผิด การลงโทษตนเอง ความละอายใจ และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ หรือที่ชีวิตแต่งงาน ฉันทไม่ราบรื่น เพราะสามีเป็นคนแย่มาก ไม่มีเหตุผลเลย เป็นต้น

3.11 เป็นการคิดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า “ควรจะ” และหรือ “ต้อง” “น่าจะ” (Should” and “Must Statements) เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวด มีความคิดตายตัวว่าตนเอง หรือผู้อื่น ควรจะหรือต้องประพฤติตัวอย่างไร หากทำไม่ได้จะประเมินว่าแย่มาก หรือการสันนิฐานว่า ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ภายนอกได้ ความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้เกิดปัญหาได้ ถ้าเป็น การคิดคาดหวังให้ตนเอง เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมาก คิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาด แม้แต่โน้ตเดียว ถ้าไม่เป็นอย่างที่คาดจะรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ละอายใจ หรือรู้สึกผิดได้ เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย หรือเมื่อคิดคาดหวังกับคนอื่น เช่น การคิดว่าลูก “ต้อง” สอบเข้า มหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงได้ ถ้าไม่เป็นอย่างที่คาดก็ทำให้เกิดความผิดหวัง โกรธเคือง หรือขุ่นเคือง ลูกเพราะความไม่สมหวัง

3.12 การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective Abstraction) เป็นลักษณะการคิด ที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้น ๆ หรือลักษณะการคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบ

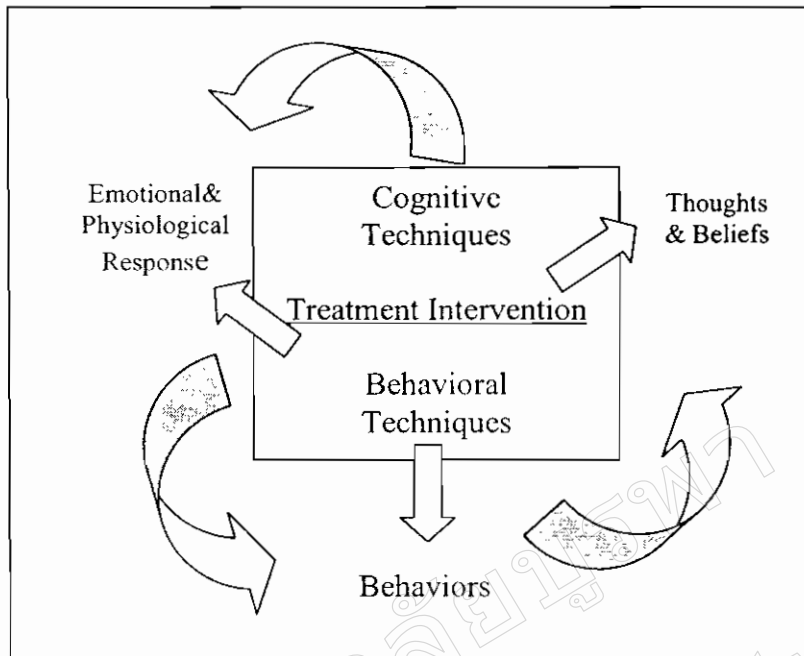
ต่าง ๆ ที่ผ่านมามีในอดีต เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบความสำเร็จ ความพึงพอใจ
 เลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น เช่น
 ผู้ป่วยซึมเศร้า และกลุ่มใจอยู่หลายวันหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย
 ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากหัวหน้า และเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น

แนวคิดนี้สามารถแสดงให้เห็นชัดเจนดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบความคิด และพฤติกรรม (Basic CB Model) (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

องค์ประกอบทางด้านความคิด 3 ด้านดังกล่าว สามารถนำมาอธิบายเชื่อมโยง
 ถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต การประมวล
 เรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ความคิดที่บิดเบือน
 ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองอย่างเป็นเหตุผล และไม่สามารถควบคุมได้
 จะแปลความเหตุการณ์ในลักษณะที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลง
 เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคตในทางลบ ส่งผลต่อ
 อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกัน
 บำบัดรักษาและฟื้นฟูต่อไป ซึ่งแนวทางในการบำบัดรักษานี้มีประโยชน์และใช้ระยะเวลาสั้น
 นิยมใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพการรักษาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวคิดในการบำบัด (CB Treatment Model) (Weinstein & Tapaya, 2005 a)

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมีแนวคิดพื้นฐานว่าอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้ และแปลความสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และได้มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการคิดทบทวนซ้ำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอกบุคคล
3. การประเมินสิ่งเร้าของบุคคลมีผลต่อความคิด และจินตภาพ
4. ความคิดของบุคคลเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในระดับของจิตสำนึก (Stream of Consciousness) สามารถรับรู้ได้ซึ่งความคิดของบุคคลจะแสดงถึงลักษณะของบุคคลนั้น สิ่งแวดล้อมหรือโลกของเขา และอดีตที่เขาประสบมารวมทั้งแนวโน้มในอนาคต
5. การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม
6. วิธีการบำบัดทางด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบือนไป
7. การปรับเปลี่ยนความคิดสามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้

จากข้อตกลงเบื้องต้นของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมนำไปสู่การบำบัด
ที่มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ลักษณะสำคัญของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (Beck et al., 1979)

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ต้องเกิดจากความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
2. ใช้ระยะเวลาสั้น สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการพึ่งตนเอง
3. มีโครงสร้างและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน
4. ผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม
กับตนเองมากกว่าที่จะให้การ โน้มน้าวหรือการสอน
5. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึง โครงสร้างทางความคิด และความเชื่อ
จากสมมติฐานที่สามารถตรวจสอบได้อย่างเปิดเผย
6. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึงวิธีการทางความคิด และวิธีการทางพฤติกรรม
เช่น ทักษะที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ และการนำไปใช้ในภาวะแวดล้อมของผู้รับการบำบัด
โดยผ่านการมอบหมายงานแบบให้การบ้าน เป็นต้น

จากข้อตกลงเบื้องต้น และลักษณะสำคัญของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
(Beck et al., 1979) ได้พัฒนาการบำบัดเพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สมโภชน์
เยี่ยมสุภานิต, 2541; สุชาติ พหลภาคย์, 2542; สมพร บุษราทิจ และเชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542)
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ
ในทางลบซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้า โดยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่มีอยู่
ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบนั้นว่าเป็นความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ และเกิด
การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบนั้น รวมทั้งค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
ในลักษณะการคิดแบบใหม่ โดยต้องเป็นแบบอย่างของการคิดที่มีลักษณะยืดหยุ่น ช่วยชักชวน
ความคิดที่กำหนดขึ้นมาใหม่ (Beck et al., 1979) โดยการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิด
และพฤติกรรมนั้นมีวัตถุประสงค์ทั้งขณะทำการบำบัดและหลังการบำบัดสิ้นสุดลง คือ

1. วัตถุประสงค์ขณะทำการบำบัด เพื่อลดอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า โดยวิธีการของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมจะกำหนดปัญหา และใช้วิธีการทั้งทางความคิดและวิธีการทางพฤติกรรมในการแก้ไขปัญห ซึ่งการใช้วิธีการต่าง ๆ ของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น เพื่อฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ถึงการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวม ไม่ลำเอียง มองข้อมูลในทุก ๆ ด้านเท่าที่จะหาได้ การอภิปรายทางเลือกอื่น ๆ ที่จะกระทำในสถานการณ์นั้น ๆ ทดสอบข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม

2. วัตถุประสงค์หลังการบำบัดสิ้นสุดลง แม้ว่าการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะสิ้นสุดลง แต่วิธีการต่าง ๆ ที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้จากการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้า นั้น ผู้รับการบำบัดสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความคิด และวิธีการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดที่ยืดหยุ่นมีเหตุผล จึงเกิดทักษะในการจัดการหรือปรับอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่ยุ่งยาก และซับซ้อน หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต เป็นความคงอยู่ของผลของการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม

Joyce (1996) แบ่งการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมออกเป็น 3 ระยะ และมีเป้าหมายแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (Beginning Stage)

1.1 เพื่อให้ผู้รักษาและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

1.2 เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.3 เพื่อค้นหาวิธีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา

2. ระยะกลาง (Middle Stage)

2.1 เพื่อทำความเข้าใจระหว่างความคิดความรู้สึกและพฤติกรรม

2.2 ประยุกต์ใช้เทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรม

2.3 เพื่อลดอาการป่วยของผู้ป่วย

3. ระยะสุดท้าย (End Stage)

3.1 เพื่อเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้เป็นผู้รักษาตนเอง

3.2 เพื่อแยกแยะและปรับพฤติกรรมของตนเอง

3.3 เพื่อเปลี่ยนและสร้างความเชื่อใหม่

ในการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม ผู้บำบัดต้องมีการวางแผน กำหนดแนวทางในการบำบัดตามโครงสร้างของการบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินการบำบัดได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โครงสร้างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; กรมสุขภาพจิต, 2550, 2552; Beck, 1995; Weinstein & Tapaya, 2005 a)

1. การทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย (Formulate)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย โดยการนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ Cognitive Model ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าในแต่ละสถานการณ์ เขามีความรู้สึกรู้สึก คิด สมองให้เกิดพฤติกรรมอย่างไร โดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม และการแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าว แล้วพิจารณาว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน Formulation ของคนใช้นั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง Cognitive Model ก็อาจเปลี่ยนได้ เมื่อผู้บำบัดได้ข้อมูลเพิ่ม

2. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด (Therapeutic Alliance)

ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีและมั่นคง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด คือ ต้องมีความเป็นพันธมิตรระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัด ผู้บำบัดใช้เทคนิคเพื่อการสร้างสัมพันธภาพและติดตามตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ ในขณะที่การรักษาดำเนินไปเรื่อย ๆ เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้รับการบำบัดจะไว้วางใจผู้บำบัดมากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริง ไม่เสแสร้ง ผู้บำบัด คือ พันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครองหรือผู้นำ ไม่ออกคำสั่ง ส่วนสัญญาณเตือนที่บอกให้รู้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหา คือ การไม่มาตามนัด การขอลาบ่อยครั้ง การทำท่าเบื่อหน่าย มีการกล่าวโทษหรือตำหนิ ขัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา มีลักษณะพึงพิงสูง หรือยอมตามมากเกินไป

3. ความร่วมมือกัน (Collaboration)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต้องอาศัยความร่วมมือกันและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันตลอดการบำบัด การบำบัดที่มีประสิทธิภาพ คือ การทำงานเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาตนเอง บทบาทของผู้บำบัดเป็นเหมือนครูฝึก คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลที่มาของการใช้เทคนิคแต่ละอย่าง ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้เทคนิค และช่วยฝึกใช้เทคนิคเหล่านั้น จนเกิดความชำนาญ ผู้รับการบำบัด

ต้องมีความรับผิดชอบที่จะช่วยคิด หรือริเริ่มงาน ได้เอง ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ ผู้รับการบำบัดจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ความร่วมมือกัน คือ การพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นกัน
อย่างสร้างสรรค์

4. มุ่งเน้นเป้าหมาย (Focus on Goal)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น ในการประเมินขนาดของปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมาย เพื่อการแก้ปัญหา (Weinstein & Tapaya, 2005 a)

5. มุ่งเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (CBT Initially Emphasizes the Present)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดแยกแยะ ประเมิน และตอบโต้ความคิด และความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบันเหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะของการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมานาน

6. เป็นลักษณะของการให้ความรู้ การศึกษา (CBT is Educative)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้ และสอนผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดตนเอง เพื่อป้องกันากกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย ถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้รับการบำบัดฟังอย่างชัดเจน และเข้าใจ เพื่อให้มีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง การแก้ไขปัญหา และเป้าหมายของการรักษาวิธีนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่

7. การกำหนดเวลาที่พบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน (CBT Aims to be Time Limited)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญ คือ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงคุณค่าของเวลา และพยายามทำเวลาที่มีให้เกิดประโยชน์ และประสิทธิภาพสูงสุด ระยะเวลาที่กำหนดประมาณ 45-90 นาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง

8. มีโครงสร้างที่ชัดเจน (CBT Sessions have Structure)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เวลาพบกันแต่ละครั้งต้องมีโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วย มีประเด็นที่ต้องพูดคุย ที่ผู้รับบริการและผู้บำบัดรวบรวมขึ้นด้วยกัน เช่น การสำรวจอาการ อารมณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์โดยให้ผู้รับการบำบัดเล่าคร่าว ๆ ทบทวน

การบ้าน ร่วมกันกำหนดเรื่องในแต่ละครั้ง พุดคุยหัวข้อตามที่ได้ตกลง ร่วมกันอภิปราย สรุปย่อ ๆ ตอนจบการสนทนาแต่ละครั้ง ต้องมีการประเมินกลับทุกครั้ง กำหนดการบ้านสำหรับวันที่พบกัน

9. มุ่งเน้นที่การคิด (CBT Focuses on Cognition)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดให้เหมาะสม เป็นการสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตแยกแยะ ประเมินและโต้ตอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต ลักษณะความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์นี้มีการแสดงออกที่ผิดปกติในแบบต่าง ๆ กัน การคิดมีผลกระทบต่อพฤติกรรม ไม่ใช่เฉพาะเหตุการณ์เท่านั้นที่มีผลต่อความรู้สึก และพฤติกรรม แต่เป็นการรับรู้เหตุการณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม เป้าหมายของการบำบัด คือ สอนให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเอง

10. การใช้หลากหลายเทคนิค (CBT Uses a Variety of Techniques to Change Thinking, Mood, and Behavior)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาจนำหลากหลายเทคนิคมาใช้ โดยการเลือกใช้เทคนิคใดนั้นขึ้นอยู่กับที่มาของปัญหาและเป้าหมายในแต่ละครั้งของการบำบัด

เทคนิคพื้นฐานของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้ (Weinstein & Tapaya, 2005 a)

1. การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring)

การปรับโครงสร้างความคิดเป็นกิจกรรมของการรักษาตามแนวคิดการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม กระบวนการประกอบด้วย การแยกแยะ วิเคราะห์ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับสถานการณ์ และปัญหาได้ โดยการประเมินและเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของตนเอง โดยการช่วยเพื่อเพิ่มความตระหนักผู้ป่วยให้เพิ่มความตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด และความรู้สึก/ พฤติกรรม ชักถามเกี่ยวกับความคิด และความเชื่อของผู้ป่วย และแยกแยะความคิด และความเชื่ออะไรที่ขัดขวางการทำหน้าที่

2. การถามแบบโซเครติส (Socratic Question)

เป็นการย้อนคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยคิด เช่น อะไรที่แย่ที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับเรา ถ้ามันเกิดขึ้นจริงเราจะอยู่ได้ไหม เราจะอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร สมมุติว่าเป็นเรื่องของใครสักคนเราจะคิดอย่างไร การสมมุติจะช่วยให้อารมณ์ลดลง และจะช่วยให้ดึงเอาเหตุผลออกมาได้มากขึ้น

3. การทำแบบบันทึกความคิด (Thought Record)

เป็นเครื่องมือในการสอนหรือเรียนรู้การปรับโครงสร้างความคิดเพื่อเพิ่มความตระหนักแยกแยะ และประเมินความคิดและสามารถเลือกความเชื่อที่เป็นประโยชน์และมีความสมมูลมากขึ้น โดยการกำหนดสถานการณ์อย่างเป็นกลาง ซึ่งให้เห็นความแตกต่างระหว่างความคิด และความจริงตามทันความคิดอัตโนมัติ ให้คะแนนความรู้สึก ใช้แบบบันทึกเพื่อชั่งน้ำหนักทั้งสองด้าน พยายามสร้างความเชื่ออื่น ๆ ขึ้นมาเป็นทางเลือก ผู้รับการบำบัดต้องบันทึกด้วยตนเอง แล้วประเมินความรู้สึกใหม่อีกครั้ง ในการบันทึกความคิดสามารถบันทึกในตารางบันทึกความคิด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบบันทึกความคิด (Greenberger & Padesky, 1995; Weinstein & Tapaya, 2005 a)

สถานการณ์	ความคิด อัตโนมัติ	ความรู้สึก	หลักฐาน	หลักฐาน	ความคิดอื่นที่อาจ	ความรู้สึก
		และ ประเมิน	สนับสนุน ความคิด	คัดค้าน ความคิด	เลือกใช้แทนได้ (ระดับของความเชื่อ)	และ ประเมิน

4. การพูดกับตัวเอง (Self Talk)

การพูดกับตัวเองช่วยให้ผู้ป่วยสร้างประโยชน์อื่น ๆ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและ/ หรือเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะจัดการได้ เมื่อรู้สึกกังวลขึ้นมา การพูดกับตนเองสอนให้ผู้ป่วยแยกแยะสถานการณ์ได้

5. การควบคุมกำกับอารมณ์ (Emotional Regulation)

เป็นทักษะอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว โกรธ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ตัว และความเข้าใจว่าความรู้สึกต่าง ๆ นั้น เกิดเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นแล้ว ก็ดับไป การปรับอารมณ์การฝึกความรู้ตัว ทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกต โดยไม่ตัดสิน อารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอารมณ์ที่รุนแรง สังเกตความรู้สึกในสถานการณ์ ขณะที่กำลังเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แทนที่จะตัดสินและเก็บมันไว้ ผู้ป่วยจะสังเกตได้ว่า พอเวลาผ่านไป ความรู้สึกก็จะเลือนหายไป ผู้นำบำบัดอาจใช้อุปมาอุปไมย เพื่ออธิบาย เช่น “ก้อนเมฆบนท้องฟ้าที่แจ่มใส” สำหรับผู้ป่วยที่เป็นชาวพุทธอาจโยงเข้าหาการปฏิบัติธรรม

6. การกำหนดชื่อเป็นการเรียนรู้ที่จะแยกแยะและ “ให้ชื่อ” ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งทำให้พัฒนาความรู้ตัวได้ดีขึ้น ขั้นแรก คือ การชี้ตัวและให้ชื่ออารมณ์ การให้ชื่ออารมณ์ช่วยให้ผู้ป่วยแยกตัวห่างออกมาจากอารมณ์นั้นและมีมุมมองที่ชัดเจนขึ้น โดยลดความรู้สึกถูกรบกวน

โดยอารมณ์ และเพิ่มความรู้สึกมั่นใจว่าควบคุมสถานการณ์ได้ ต่อจากนั้นคุยกับผู้ป่วยเรื่องอารมณ์ต่าง ๆ และอาการทางร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกันกับอารมณ์ในระยะเวลาอันใกล้

7. การฝึกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันความเครียด (Stress Inoculation Training)

การฝึกป้องกันความเครียด โดยขอให้ผู้ป่วยบอกถึงสถานการณ์ในชีวิตที่ทำให้เครียด ขณะอยู่ที่บ้าน ครอบครัว ที่ทำงาน สถานศึกษา ฯลฯ พูดคุยถึงเรื่องเหล่านี้ และปฏิบัติของผู้ป่วยว่า เกิดอะไรขึ้น? เขารู้สึกอย่างไร? คิดอย่างไร? เตรียมผู้ป่วยให้โต้ตอบกับสถานการณ์ ในแบบที่แตกต่างจากเดิม และถามผู้ป่วยว่าต้องการจัดการกับสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ ในอนาคตอย่างไร? โดยควรเป็นวิธีที่เป็นไปได้จริง พูดคุยถึงอุปสรรคและสิ่งที่ทำทนาย และถามว่า ใครพอที่จะช่วยได้ในสถานการณ์เหล่านี้

8. การให้การบ้าน (Home Work) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการฝึกผู้รับการบำบัด ซึ่งหมายถึง งานที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดในเรื่องดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

1. สังเกตตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีผลกระทบต่อตัวเขาคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีความรุนแรงของความรู้สึกมากหรือน้อยเพียงใด และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร
2. สังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ
3. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรม หลังจากปรับเปลี่ยนความคิด
4. การฝึกเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการจินตนาการ เป็นต้น และรายงานให้ผู้บำบัดทราบด้วยวาจา หรืออาจเป็นการเขียนบันทึก หรือบันทึกเสียงก็ได้

5. ทดลอง และทำพฤติกรรมใหม่ (Behavioral Experiment) เพื่อดูผลจากการกระทำ พฤติกรรมใหม่นั้น

ความสำคัญของการบ้าน

การบ้านมีความสำคัญในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม

1. เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ที่มีผลต่อความคิด ซึ่งมีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของตนเอง
2. ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในรูปแบบของการคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเหตุที่มาของปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ และสามารถปรับแก้ปัญหาของตนเองได้
3. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งได้เห็น พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่เปลี่ยนไปหลังจากการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมนั้น

4. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นผลของการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
 อย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเอง

5. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองในอนาคตได้

ลักษณะที่ดีของการบ้าน

1. ต้องเกี่ยวข้องกับประเด็นในแต่ละครั้งของการบำบัด
2. ต้องมีรายละเอียดว่าจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร กับใคร ระยะเวลาใด
3. ผู้บำบัดต้องมั่นใจว่าผู้รับการบำบัดจะไม่ล้มเหลวในแผนการที่จะทำการบ้านนั้น
4. ผู้บำบัดอาจจะต้องให้แหล่งความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับการบำบัดล้มเหลว

ในการทำการบ้าน

5. การเขียนบันทึกการบ้านจะช่วยให้ใช้ประโยชน์จากการบ้านได้เป็นรูปธรรม

ในการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมรวมทั้งสรีระ

6. ในทุกครั้งของการบำบัดจะต้องนำการบ้านมาวิเคราะห์เชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม รวมทั้งสรีระ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิด

รูปแบบการบ้าน

วิธีการทำการบ้านอาจมีหลายรูปแบบ แล้วแต่ความถนัดและความสามารถของแต่ละคน
 ดังตัวอย่าง เช่น

1. ให้เขียนบันทึกลงในตารางที่กำหนดไว้หรือในแบบประเมิน
- 2.อัดเทปไว้สาย เสียงของผู้รับการบำบัดที่เล่าไว้
3. เขียนเป็นไดอารี่ประจำวัน
4. ตารางช่วยบันทึก ซึ่งประกอบด้วย 5 ช่อง (สถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่เป็นผลจากความคิด)

5. มาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในแต่ละครั้งของการบำบัด

6. วาดรูป

7. การร้องเพลงที่ตรงกับความคิดความรู้สึกของผู้รับการบำบัดให้ผู้บำบัดฟัง

การแก้ปัญหาเมื่อผู้รับการบำบัดไม่ทำการบ้าน

หากผู้รับการบำบัดไม่ทำการบ้าน ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดทำการบ้านได้

ดังนี้

1. ชี้แจงให้เห็นถึงข้อเสียของการไม่ทำการบ้าน เช่น สัมผัสที่เกิดขึ้น ไม่สามารถเห็นตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การบำบัดได้ผลช้าลง และผู้บำบัดไม่สามารถช่วยผู้รับการบำบัดได้อย่างเต็มที่

2. หากผู้รับการบำบัดไม่ได้ทำการบ้านมาส่ง ผู้บำบัดต้องพูดคุยเพื่อหาสาเหตุ อุปสรรค และคิดหาวิธีการร่วมกันที่จะทำการบ้านในครั้งต่อไป และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเล่าให้ฟังถึงการบ้านที่ได้ทำ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นประโยชน์ของการทำการบ้าน

3. ผู้บำบัดชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการทำการบ้านในทุก ๆ ครั้ง และชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา

9. เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด

การรักษาโดยวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม อาจใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเป็นส่วนประกอบของการรักษาได้หลายอย่างตามความเหมาะสมตั้งแต่การจัดกิจกรรมการให้ผู้ป่วยจดกิจกรรมทุกอย่างทุกชั่วโมง หรือผู้ช่วยให้คะแนนความสามารถเอาชนะและความพึงพอใจ โดยให้คะแนนจาก 0-10 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง วิธีการนี้มีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษาและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าใจผิดว่าตนเองรู้สึกไม่ดีตลอดเวลา การแยกแยะว่าความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและอาการทำให้ผู้รักษาสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ด้วยการจัดกิจกรรมที่ทำให้ความรู้สึกที่ดีขึ้น และเอาชนะได้มากขึ้น รวมถึงการแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยที่ผู้รักษาอาจต้องมอบหมายการบ้าน และแบบฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยไปหัดแก้ไขตนเองตลอดระหว่างนัดด้วย โดยมีหลักการว่า ผู้ป่วยต้องลงมือทำจริง ๆ การฝึกแต่ละครั้งต้องมีเวลานานพอโดยทั่วไปให้ฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง และต้องทำซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกวัน หรืออย่างน้อยวันเว้นวันจนกว่าอาการจะหาย หรือการให้ผู้ผู้ป่วยค่อยทำกิจกรรม โดยแบ่งเป็นขั้น ๆ จากง่ายไปสู่ยาก รวมทั้งการชักจูงความคิด การฝึกฝนพฤติกรรมให้สามารถพึ่งตนเอง การซ้อมบทบาท เป็นต้น (จันทิมา องค์โมษิต, 2545)

การนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเข้ามาประกอบการบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการวิตกกังวลและลดอาการซึมเศร้า เกิดความมั่นใจ และเกิดประสิทธิภาพของการบำบัดมากขึ้น วิธีการผ่อนคลายมีมากมาย ทุกแบบมีเป้าหมายเหมือนกัน คือ ทำให้ร่างกายสงบลง (Weinstein & Tapanya, 2005 a) การผ่อนคลาย ได้แก่

1.1 การจินตนาการ เป็นวิธีการผ่อนคลาย โดยการนึกภาพในจินตนาการ หรือการสร้างภาพขึ้นในใจ (มโนภาพ) ซึ่งควรเป็นภาพจากความทรงจำที่ผู้รับการฝึกมีประสบการณ์ หรืออยู่ในเหตุการณ์ในภาพนั้นและมีความรู้สึกที่ดี เช่น ประทับใจ ภาควงใจ

ชื่นชม เป็นสุข เมื่อนึกถึงภาพดังกล่าว 1 ภาพ และเพิ่มการใช้ประสาทสัมผัสหรือรับรู้การสัมผัสด้วยตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการฝึกสามารถจินตนาการ รับรู้และรู้สึกถึงภาพดังกล่าวได้อย่างผ่อนคลาย และสบายใจอย่างเต็มค้ำมากยิ่งขึ้น และเป็นการฝึกลดความรู้สึกที่รุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลในสถานการณ์เฉพาะอย่าง (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

1.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด เวลาจิตใจตึงเครียดมักจะมีอาการปรากฏทางกาย ทำให้รู้สึกเมื่อย เครียด และปวด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคที่ช่วยแก้ปัญหาความตึงเครียดของกล้ามเนื้อร่างกาย อาจมีผลกลับไปทำให้จิตใจสบายขึ้น เนื่องจากร่างกายกับจิตใจแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดทางจิตใจ

1.3 การทำสมาธิ การปฏิบัติสมาธิทำให้บุคคลที่ปฏิบัติเป็นผู้มีสติ ตั้งอยู่เสมอ รู้ตัวตลอดเวลา (Mental Awareness) รู้สึกตัวในภาวะจิตว่าง (Thoughtless Awareness) สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้ รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดี ช่วยให้บุคคลรับรู้ความจริงระหว่างธรรมชาติ และตนเอง ลดความเครียด ลดความซึมเศร้า เพิ่มภูมิคุ้มกัน เช่น การทำสมาธิแบบเคลื่อนไหว (สมพร กันทรคุญ-เตรียมชัยศรี, 2551)

1.4 การฝึกการหายใจที่ถูกหลักวิธี จำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการวิตกกังวลที่ได้ผล เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการฝึกผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัวและกังวล เพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมและมั่นใจ การหายใจเข้า-ออกช้า ๆ มีประโยชน์มากสำหรับคนที่มีอาการตื่นกลัว (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

โครงสร้างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

โครงสร้างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะรวบรวมการดำเนินการตั้งแต่ในระยะเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการบำบัดจนกระทั่งถึงระยะการบำบัด (Beck et al., 1979) ประกอบไปด้วย

1. เตรียมความพร้อมของผู้รับการบำบัด โดยผู้ที่เข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นต้องเข้าใจและยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของการบำบัด ผู้รับการบำบัดต้องตกลงที่จะพยายามสำรวจตนเอง (Self-monitoring) ต้องยอมรับว่ามีงานที่ต้องกลับไปทำเป็นการบ้าน (Homework Assignment) พร้อมทั้งเปิดเผยความคิดและความรู้สึก และร่วมกับผู้บำบัดในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด

2. การวางแผนการบำบัด ในระยะเริ่มต้นผู้บำบัดประเมินปัญหา หรือความยุ่งยากในปัจจุบันของผู้รับการบำบัดให้ได้มาซึ่งภาพรวมของสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด แล้ววิเคราะห์สถานการณ์นั้น เพื่อจะเข้าถึงจุดสำคัญของปัญหาหลัก บริบทและการพัฒนา

ของโรคซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดที่มีความเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับการบำบัดต่อมาอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม และวางแผนการบำบัดร่วมกัน

3. การตั้งกำหนดการและเตรียมความพร้อม (Agenda) ในการบำบัด ผู้รับการบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ให้แนวทางในการบำบัด การวางแผนการบำบัด แผนการบำบัด และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัด แต่อย่างไรก็ตามต้องอยู่บนพื้นฐานความพร้อมและความต้องการของผู้รับการบำบัดที่จะทำตามแผนการบำบัดนั้น ๆ ดังนั้น ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจึงต้องร่วมกันในการเสนอประเด็นที่จะบำบัด ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการบำบัดแต่ละครั้ง ซึ่งอาจได้มาจากการทบทวนประสบการณ์ที่ผู้รับการบำบัดได้รับจากการบำบัดครั้งล่าสุด หรือข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย วัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้นจึงควรมีลักษณะเป็นรูปธรรม อยู่ในความสนใจ และเป็นเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่ผู้รับการบำบัดประสบอยู่ในปัจจุบัน

4. การทดสอบสมมติฐาน ผู้บำบัดรวบรวมข้อมูลจากการสนทนา การซักถาม และการสังเกตผู้รับการบำบัด เพื่อที่จะตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้าของผู้รับการบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด เพื่อที่จะทดสอบว่าสมมติฐานที่ตั้งขึ้นนั้นตรงกับความคิด ความเข้าใจของผู้รับการบำบัดหรือไม่ เพื่อที่จะดำเนินการปรับเปลี่ยนสมมติฐานให้เหมาะสม ปฏิเสธสมมติฐานเดิม หรือตั้งสมมติฐานขึ้นมาใหม่

5. ข้อมูลย้อนกลับ การค้นหา ประเมิน วิเคราะห์และทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดนั้น ต้องอาศัยการสื่อสารความร่วมมืออย่างสูงระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดต้องมีการสังเกตผู้รับการบำบัดทั้งทางการพูด และภาษาท่าทาง ผู้รับการบำบัดต้องแปลความคำพูดของผู้บำบัด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาด ไม่สอดคล้องกันได้ ดังนั้นจึงต้องมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการดำเนินการบำบัด การมอบหมายการบ้าน หรือตัวผู้บำบัดให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งสองฝ่าย และเป็นการประเมินถึงความก้าวหน้าหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น

6. การสรุป ผู้บำบัดควรมีการสรุปเรื่องราวที่สนทนากันเป็นช่วง ๆ หรืออาจให้ผู้รับการบำบัดสรุปอย่างสั้น ๆ ว่าเขาคิดว่าผู้บำบัดกำลังต้องการที่จะสื่อสารอะไรให้เขาทราบ หลังจากผู้บำบัดมีการกำหนดโครงสร้างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวทางในการดำเนินการบำบัดโดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Beck et al., 1979) ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ครอบคลุมถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความซึมเศร้า โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองหลังจากนั้น มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ในระยะแรก ๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป วิธีการที่จะค้นหาและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องมีวิธีการ ดังนี้

1.1 บันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นนั้นทันทีทันใด

1.2 ให้ผู้รับการบำบัดจัดช่วงเวลาในแต่ละวันเพื่อที่จะทบทวนแล้วบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น หรืออาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่มีมักจะผ่านเข้ามาในความคิดบ่อยครั้งให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกซึมเศร้า แล้วบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ เช่น ให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงเรื่อง “เวลาที่แย่ที่สุดของวันนี้ที่ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า”

1.4 ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นำ และความคิดที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความซึมเศร้าวิธีการทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า และทำให้ความซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งหลังจากผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองได้แล้วก็ให้บันทึกความคิดนั้น ๆ โดยการใช้แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้บำบัดนำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ พิจารณาถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบอย่างมีเหตุผลให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความซึมเศร้า และความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับการบำบัดที่เกิดจากการตีความสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงการให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ และปฏิบัติตอบสนอง

ของผู้รับการบำบัดต่อความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึก เป็นวิธีการเบื้องต้นในการตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่า ความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำตรง มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพตามความเป็นจริงเพียงใด แต่ผู้บำบัดต้องไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่มีสภาพเลวร้ายกว่าที่เป็นอยู่จริง ผู้บำบัดใช้วิธีการโดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้น ๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสำคัญของ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทักษะคิด การให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบกับสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริงทำให้มีโอกาที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสมหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิด การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด (Beck et al., 1979) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีวิธีการดังนี้

3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา (Reattribution) ผู้ที่ซึมเศร้านักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ผลลัพธ์ในทางลบที่เกิดจากปัญหาใด ๆ แม้เพียงปัญหาเดียวก็หมายถึงเขาเป็นคนล้มเหลวปัญหาเกิดจากตัวของเขาเองทั้งหมด มีการมองปัญหาในลักษณะยึดมั่นกับความคิดของตนเองไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหามีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้าสถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดคำนึงตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง

3.1.2 ผู้บำบัดตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่ามีปัจจัยเหตุอื่น ๆ ที่ร่วมกันก่อให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดอีกหรือไม่

3.1.3 ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าปัญหามีสาเหตุได้ทั้งจากตัวผู้รับการบำบัดเอง และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ร่วมกัน

3.1.4 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบ
ต่อปัญหานั้น ๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัด และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3.1.5 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้น
เป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนน
ความรับผิดชอบใหม่อีกครั้ง หลังจากผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดฝึกคิดตามวิธีการในการปรับเปลี่ยน
ความคิด

3.2 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (Decatastrophizing)
ผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมองสิ่งร้าย หรือสถานการณ์ที่ประสบแล้วแปลความที่บิดเบือนไป
ในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ (Catastrophic Thinking) ที่จะเกิดขึ้น
จากสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้น เมื่อเผชิญกับปัญหาผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมองว่าปัญหานั้น
ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้บำบัดใช้วิธีการเพื่อปรับเปลี่ยน
ความคิดของผู้รับการบำบัดใหม่โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติ
ในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง ปัจจัยเหตุอื่น ๆ ที่อาจรวมก่อให้เกิดปัญหา
ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดตรงตามความเป็นจริง ผู้บำบัดให้ผู้รับ
การบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้าง ถ้าผู้รับการบำบัดต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง ๆ
ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นน่าหวาดกลัวอย่างที่ผู้รับการบำบัดคิดหรือไม่ แล้วถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิด
ที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก
ต่อมาผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด จึงร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา และความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา
เป็นวิธีการที่ใช้กับผู้รับการบำบัดที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง
และเชื่อมโยงว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง มีความคิดกำหนดตนเองอย่างสูง และคิดว่าปัญหา
ที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเอง วิธีการนี้ไม่ใช่เป็นการปิดความรับผิดชอบแต่เป็นวิธีการ
เพื่อแสดงให้ผู้รับการบำบัดเห็นอย่างชัดเจนว่า นอกเหนือจากตัวของผู้รับการบำบัดเองแล้วนั้น
ยังมีปัจจัยภายนอกอีกมากมายที่ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้รับการบำบัดอาจมีความคิดกำหนดตนเอง
ไม่ลดลง แต่อย่างน้อยที่สุดผู้รับการบำบัดจะสามารถค้นหาแนวทางในการกอบกู้สถานการณ์
เลวร้ายที่เผชิญอยู่ หรือป้องกันไม่ให้สถานการณ์อย่างเดิมเกิดขึ้นอีก

4. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิด
เกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ

และแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้น การค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาเป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นสามารถลดความซึมเศร้าและป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี ประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดจึงไม่ได้เกิดเฉพาะ ขณะทำการบำบัดเท่านั้น แต่มีประโยชน์ทั้งในระยะของการบำบัดและในระยะภายหลังการบำบัด ไปแล้ว ซึ่งรายละเอียดของประโยชน์ของการบำบัดต่อโรคซึมเศร้ามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck et al., 1979) จะเกิดผลขึ้นทั้งในระยะของการบำบัด และระยะภายหลังของการบำบัด ไปแล้ว ดังนี้

1. ผลที่เกิดขึ้นในระยะของการบำบัด เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้น มีการประยุกต์ใช้แนวความคิดการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) ที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าถึงปัญหา หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า เพื่อที่จะค้นหาแนวทางในการแก้ไข ดังนั้น การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบจึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถ มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ไม่ใช่เป็นการตัดสินใจหาจุดมุ่งหมายของการบำบัด จึงเพื่อช่วยผู้รับการบำบัดค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการทางความคิด และวิธีการ ทางพฤติกรรม ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดคิดอย่างมีเหตุผล ผลของการบำบัดที่เกิดขึ้น อย่างทันทีทันใด คือ อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้าจะลดลง

2. ผลที่เกิดขึ้นในระยะภายหลังการบำบัด ภายหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดจะมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ในทางลบกับเหตุผลตามความเป็นจริง มีการพัฒนาความคิดและวิธีการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดที่ยืดหยุ่น มีเหตุผล จากวิธีการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะเกิด การเรียนรู้ที่จะจัดการหรือปรับอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากและซับซ้อน หรือเมื่อต้องสัมผัสสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต เกิดทักษะในการคิดที่จะประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันต่อไป

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า Beck et al. (1979) กล่าวว่า ความคิดอัตโนมัติในทางลบเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ตลอดเวลา จากการที่บุคคลมีการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ หรือความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งความคิดอัตโนมัติในทางลบนี้สามารถที่จะปรับเปลี่ยน เพื่อลดหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่พัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมบำบัด เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมาย และทิศทางในการบำบัดชัดเจน โดยมีแนวคิดว่าอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากความคิด ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบมา วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาค่าซึ่งผลของการบำบัดนั้นสามารถลดอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี เนื่องจากบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบและสามารถนำวิธีการในการบำบัดไปประยุกต์ใช้ต่อไปในอนาคตการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้เกิดการพัฒนาตนเองในด้านการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่สมเหตุ สมผล มีความคิดที่ยืดหยุ่น กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้เล่าระบายความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน มีการเลียนแบบกัน ได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา การสร้างเสริมความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง การใช้กระบวนการกลุ่มได้ผลดีในการปรับโครงสร้างทางความคิด เนื่องจากบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมซึ่งกันและกัน การเข้าร่วมกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน สมาชิกในกลุ่มจะเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสมซึ่งพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งไม่มีความแตกต่างในการลดภาวะซึมเศร้า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Beck, 2005) ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารความรู้และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Kelly et al. (1993) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมและกลุ่มสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี ใช้แบบประเมิน SCL-90-R โดยพบว่า ระดับคะแนนอาการทางจิตเวช ด้านอาการซึมเศร้า กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มลดลง แต่หลังการบำบัดระยะติดตาม กลุ่มการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ระดับความซึมเศร้าลดลงเล็กน้อยและคงที่กว่ากลุ่มสนับสนุนทางสังคม

Lee, Cohen, Hadley, and Goodwin (1999) ศึกษาผลลัพธ์การบำบัดภาวะซึมเศร้า แบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า ในชายรักร่วมเพศที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการพบว่า การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มสามารถช่วยให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษาเป็นอย่างดี ทำให้ระดับความซึมเศร้าลดลงหลังการบำบัดและระยะติดตาม 1 ปี

Mohr, Boudewyn, Goodkin, Bostrom, and Epstein (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบรายบุคคล การทำกลุ่มบำบัด ประคับประคอง และการใช้ยาต้านเศร้า ประสิทธิภาพในการลดความซึมเศร้า ในการรักษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis และ โรคซึมเศร้าจำนวน 63 คน ทำการวัดระดับ ความเศร้า โดยใช้ Beck Depression Inventory และทำการเปรียบเทียบระดับของความซึมเศร้า ก่อนและหลังการรักษา ซึ่งพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลและการใช้ยา ด้านเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดความซึมเศร้าได้ดีกว่าการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง

Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung, and Li (2002) ศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและ โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน/ ให้การปรึกษาเพื่อนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเครียดทางด้านจิตใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็นผู้ที่ใช้ โปรแกรมกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 10 คน โปรแกรม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน/ ให้การปรึกษาเพื่อน 10 คน ในการประเมินครั้งที่ 2 กลุ่มที่ใช้โปรแกรม การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมีอาการซึมเศร้าลดลง และเพิ่มมากขึ้นทุกประเด็นในเรื่อง อารมณ์ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน/ ให้การปรึกษาเพื่อน

Chan, Kong, Au, I.i, Chung, and Po (2005) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่ม การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในการลดความทุกข์ใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน ใช้แบบประเมิน CES-D 20 ข้อ ประเมินด้านอารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิดและไม่มีคุณค่า ความรู้สึกสิ้นหวังและช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้หลังการบำบัดพบว่า มีการลดลงในเรื่องของความทุกข์ใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ha and Oh (2006) ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรที่มีปัญหาทางพฤติกรรมกลุ่มละ 17 คน จำนวน 8 ครั้ง ทำการเปรียบเทียบผลของการบำบัดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง สิ้นสุด และระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่แตกต่าง

Chen, Lu, Chang, Chu, and Chou (2006) ได้ทำการศึกษาถึงการประเมินผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดโดยกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีการทดสอบก่อนการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และในระยะติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการบำบัดแล้ว 1 เดือน ทำการเปรียบเทียบผลของการบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ผลการศึกษาพบว่า ระดับความซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

Duarte, Miyazaki, Blay, and Sesso (2009) ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 38 ราย ทำการเปรียบเทียบผลของการบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 3 เดือน 9 เดือน ไม่แตกต่าง

วันเพ็ญ หวังวิวัฒน์เจริญ (2536) ได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 คน โดยมีการพบผู้ป่วย 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีการประเมินระดับซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression and Anxiety พบว่า ระดับซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ศิริวลี คำวะลี (2545) ได้ทำการทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎี Beck กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน BDI พบว่า ผู้ที่ได้รับการปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎี Beck ที่ระดับความซึมเศร้าปานกลางมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาคือภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็ก

และวัยรุ่นของโควาคส์ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัดทางปัญญามีคะแนนซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผลหลังการบำบัดสิ้นสุด 2 สัปดาห์ คะแนนซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขวัญใจ นามเชื้อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ประกอบด้วยการบำบัด 10 ครั้ง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จันทร์เพ็ญ อุงอรุ่ง (2548) ใช้กลุ่มปัญญำบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 14 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน BDI พบว่ากลุ่มที่ใช้ปัญญำบำบัดมีระดับซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัฒนา คันธมาพันธ์ (2550) ให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ประกอบด้วยการบำบัด 3 ครั้งหลังการบำบัดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู (2551) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 17 คน ใช้แบบวัดความซึมเศร้า TDI ประกอบด้วยการบำบัด 5 ครั้ง ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัด และในระยะติดตามการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน มีระดับลดลง

ยุวดี สหายแก่น (2551) กลุ่มให้การปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ประกอบด้วยการบำบัด 10 ครั้ง ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัดและในระยะติดตามหลังการบำบัด ลดลงอยู่ในระดับปกติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมเป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสามารถลดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้มองเห็นปัญหา และเกิดความคิดใหม่ที่ดีขึ้นจากเดิม จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า มีการนำวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยมองเห็นว่าวิธีการนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการบำบัดนี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดความคิดที่สมเหตุสมผล และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้าได้

การทำกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้เกิดการพัฒนาตนเองในด้านการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล มีความคิดที่ยืดหยุ่น กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้เล่าระบายความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน มีการเลียนแบบกัน ได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา การสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การใช้กระบวนการกลุ่มได้ผลดีในการปรับโครงสร้างทางปัญญา เนื่องจากบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมซึ่งกันและกัน การเข้าร่วมกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน สมาชิกในกลุ่มจะเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม มีทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งไม่มีความแตกต่างในการลดภาวะซึมเศร้า

Yalom (1975) ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประทับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยผู้รับการบำบัดในกลุ่มเป็นผู้มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของผู้รับการบำบัดในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง ความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในปัญหาของการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยการบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา การที่กลุ่มจะประสบความสำเร็จ บรรลुวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ก็ตามขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย (Yalom, 1975; ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542)

Yalom (1995) กล่าวว่า จิตบำบัดกลุ่มช่วยให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพราะมีปัจจัยบำบัดซึ่งมี 11 ปัจจัย เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยบำบัดจะค่อย ๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อม ๆ กันไป ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะเป็นผู้ให้ เช่น ฉันทิมาความทุกข์ของตนเองเมื่อคิดถึงการช่วยเหลือผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่นทำให้ฉันนับถือตนเองมากขึ้น

2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าคุณค่า

และมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึก
โดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไปเช่นฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของฉัน
ฉันรู้สึกมีความสุขที่ได้เข้ากลุ่มกับทุกคน

3. การมีความเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าตนเอง
นั้นมิได้มีปัญหาก็คนเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างไปจากคนอื่น
ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่
ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ แต่เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน เช่น
ฉันไม่ใช่คนเดียวที่มีความทุกข์ ผู้อื่นก็มีภูมิหลังที่ไม่มีความสุขเช่นเดียวกับฉัน

4. การเรียนรู้แบบนุษย์สัมพันธ์ (Interpersonal Learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้
การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่น
คิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่มซึ่งช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร
และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ลดความวิตกกังวลลง
เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่นเช่น ฉันยินดีที่ได้รู้จักสมาชิกทุกคน และตั้งใจ
ที่ได้เข้าร่วมกลุ่มสมาชิกกลุ่มนี้ให้ฉันเห็นถึงนิสัย และกิจวัตรของฉันที่รบกวนผู้อื่น

5. การให้ข้อมูล (Imparting of Information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น
การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้
ต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ต้องให้ระยะแรกของการทำ
กลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่มและสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม เช่น การมีพฤติกรรม
อย่างนั้นไม่เหมาะสม ต้องปรับปรุงซึ่งสมาชิกได้บอกฉันอย่างตรง ๆ ว่าฉันควรทำอย่างไร

6. การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย (Ventilate)
และแสดงอารมณ์ลึก ๆ ทั้งสิ่งที่ดี และไม่ได้ออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟังซึ่งถ้ากลุ่ม
มีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย
การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสุขสบายใจ คลายความกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต
และมีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้
เช่น ฉันรู้สึกเหมือนยกภูเขาออกจากอก รู้สึกโล่งและสบายใจ

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาส
เรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิด
การเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามคนอื่น
โดยที่ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นใครอาจทำให้เกิดความสับสนได้ เช่น ฉันพยายามทำตัวให้เหมือนสมาชิก
บางคนปฏิบัติได้ดีกว่าฉัน

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The Corrective Recapitulation of the Primary Family Group) กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงในครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิกทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง เช่น กลุ่มมีบางอย่างที่คล้ายกับครอบครัวของฉัน จากประสบการณ์กลุ่มทำให้ฉันเข้าใจความสัมพันธ์ในอดีตที่ฉันมีต่อครอบครัว

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques or Interpersonal Learning Output) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น เช่น ฉันรู้สึกไว้วางใจกลุ่ม และคนอื่น ๆ มากขึ้น

10. การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of Hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิตได้รับกำลังใจจากการเห็นว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น สมาชิกมองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เช่น การที่ฉันได้เห็นผู้อื่นมีปัญหาทำให้ฉันมีกำลังใจมากขึ้น

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่างเข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างคนอื่นสามารถช่วยได้ แต่ก็มีปัญหาบางอย่างที่ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข เช่น ฉันได้เรียนรู้ว่าฉันต้องรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง แม้ว่าฉันจะได้รับคำแนะนำ หรือการช่วยเหลือสักเพียงใดก็ตาม

การทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีลักษณะ ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม (Beck et al., 1979; Yalom, 1995)

1. เป็นกลุ่มปิด จำนวนผู้รับการบำบัด 5-12 คน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เตรียมความพร้อมกันตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบำบัดเกิดความร่วมมือ ความเข้าใจ และยอมรับการเป็นสมาชิกของกลุ่มก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุด

2. ระยะเวลา และความถี่ในการทำกลุ่ม เวลาในการบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง จะมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป มีความสนใจและร่วมมือในการบำบัดได้ดีและควรบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. จำนวนครั้งในการทำกลุ่มบำบัดควรมีตั้งแต่ 5-20 ครั้ง โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด เสนอตกลงร่วมกันกับสมาชิกกลุ่มเป็นแนวทางในการบำบัด

การทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดระยะสั้น อาจกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4-20 ครั้ง และการทำกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบความสำเร็จได้ตั้งแต่จำนวนครั้งของการบำบัดที่น้อยครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (Fennell, 1998) และกาญจนา ไชยพันธ์ (2541) กล่าวว่า การทำกลุ่มไม่ควรเกิน 12 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี กลุ่มบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมีการดำเนินกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน เช่นเดียวกับจิตบำบัดอื่น ๆ

โดยทั่วไปกลุ่มจะดำเนินการเป็นขั้นตอน 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating Phase) ระยะนี้จะเป็นการสื่อสารในเชิงสร้างสัมพันธภาพ ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกอื่น ในการเริ่มต้นกลุ่ม ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้จัก และคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกให้มีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่มส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สมาชิกกล้าพูดถึงความคิด ความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งจะนำไปสู่ระยะต่อไปของกระบวนการกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนา แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความคิด ออกมา กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อก่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกัน และกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจ และแก้ไขปัญหาก็ให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) มีการช่วยเหลือให้คำแนะนำ ให้กำลังใจต่อกัน กล้าที่จะให้ข้อมูลย้อนกลับ

(Feedback) อย่างจริงกับสมาชิกคนอื่น ๆ หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มได้ หาแนวทางแก้ไข เพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์กลุ่มก็จะพัฒนาไปสู่ขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminate Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผล ความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในความงอกงาม ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิก มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป การยุติกลุ่มในบางครั้ง สมาชิกบางคนอาจรู้สึกเศร้าใจ เสียใจ ต่อการที่จะไม่ได้พบกับสมาชิกคนอื่น ๆ ผู้นำกลุ่มต้องใช้เวลาสมาชิก ได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศก บางกลุ่มอาจมีการจัดเลี้ยงแสดงความยินดีต่อความสำเร็จของกลุ่มด้วยการนำอาหารมาแลกเปลี่ยนกัน มีการเขียนหรือบอกเล่าความรู้สึกของตนเองต่อสมาชิกแต่ละคน ในกลุ่มและต่อผู้นำกลุ่ม ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดต้องอาศัย เครื่องมือในการบำบัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบำบัด เครื่องมือที่สำคัญสำหรับผู้บำบัด ที่ควรมี ได้แก่

การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต (The Therapeutic Use of Self) (อภิญญา โชติรัตน์, 2552)

การมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ ในการบำบัดรักษา เครื่องมือในตัวพยาบาลคือความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความเห็นใจ ความเข้าใจ และการยอมรับการใช้แนวคิดเหล่านี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ความสามารถในการแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และความสามารถ ของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการเวลาบ้าง

มโนคติพื้นฐานในการรู้จักตนเอง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อัตตา หรือความเป็นตัวตนของตนเอง (Self) หมายถึง ส่วนรวมทั้งหมดของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรือมีอยู่ตาม ความเป็นจริง (Real Self) ส่วนบุคคลจะเห็นตนเองตรงตามความเป็นจริงมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่การอบรมเลี้ยงดู ภูมิลำเนา สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้

2. อัตมโนทัศน์ (Self Concept) เป็นการรับรู้และการประเมินผลที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งในอดีต และปัจจุบัน อาจจะตรงกับความ เป็นจริงหรือผิดไปจาก ความเป็นจริงก็ได้ “อัตตา” และ “อัตมโนทัศน์” เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นมาในบุคคลควบคู่กัน มีความหมายใกล้เคียงกัน

3. ความตระหนักในตนเอง หรือการรู้สติในตนเอง (Self Awareness) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตัวหรือรู้สติในความเป็นตัวเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวขณะนั้นครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนในขณะนั้น

องค์ประกอบของเครื่องมือในตัวยพบาลซึ่งใช้ในการบำบัดรักษาเครื่องมือต่าง ๆ มีความหมายดังนี้

1. ความรัก (Love) คือ การแสดงความรักเอาใจใส่ดูแล และความเอื้ออาทรผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ถ้าปราศจากความรักสัมพันธภาพจะไม่เกิดขึ้น

การห่วงใย (Care) คือ การที่บุคคลมุ่งมั่นที่จะใช้เวลา ใช้ความรู้ ใช้ทักษะเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นแก้ปัญหาหรือมีส่วนร่วมในภาวะที่เขามีความเครียดและไม่สบาย

ความเอื้ออาทร/ เอาใจใส่ (Concern) คือ การแสดงความนับถือในความเป็นบุคคล แสดงให้เขาเห็นคุณค่าในตนเอง โดยแสดงความสนใจ เมตตา สงสาร ให้ความอบอุ่น และความสบายแก่ผู้ป่วยเมื่อพยาบาลแสดงความรักเอาใจใส่และเอื้ออาทร ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาเองมีค่า มีความเป็นเจ้าของมีความมั่นคงและมีความหวังการกระทำซึ่งแสดงออกถึงความรักระดับง่าย ๆ คือ ยิ้ม ผงกศีรษะ เรียกชื่อ ขอโทษ ตอบคำถาม เป็นต้น

2. ความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ซึ่งทำให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย แยกแยะความรู้สึกของผู้ป่วยได้โดยที่พยาบาลไม่จำเป็นต้องมีปัญหา เช่น ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความตระหนักในตนเองเป็นอย่างดี และต้องไม่นำความรู้สึกนี้เข้ามาปะปนกับความรู้สึกของพยาบาลเอง

3. ความเห็นใจ (Sympathy) คือ การตระหนักในความไม่สบาย ความเจ็บปวด ภาวะเครียดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลหาทางช่วยเหลือ แต่ต้องระวังอย่าให้กลายเป็นความสงสาร (Pity) เพราะพยาบาลจะทำให้ระดับความมีคุณค่าของผู้ป่วยลดลง และจะช่วยผู้ป่วยได้น้อย

4. ความเข้าใจ (Understanding) คือ การที่พยาบาลเข้าใจความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เปิดเผยและซ่อนเร้นของผู้ป่วย ความเข้าใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการให้ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นและความเห็นใจ กระทำได้โดยเรียนรู้ความเป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วย วัฒนธรรม ศาสนาสังคมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย คงไว้ซึ่งการไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ความอบอุ่น ความเมตตา แสวงหาข้อมูลข่าวสารที่กระจางและตรวจสอบ แปลข้อมูลข่าวสารให้ถูกต้อง

5. การยอมรับ (Acceptance) คือ การที่พยาบาลมีทัศนคติในทางบวก ตระหนักและนับถือในความเป็นบุคคล การยอมรับแสดงได้ทั้งการพูดและกิริยาท่าทาง การยอมรับของพยาบาล คือ การประคับประคองสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานจากระดับต่ำจนถึงระดับสูง

การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่โลกความเป็นจริง ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้จักตนเองเป็นอย่างดี เพื่อจะได้ทำความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ตรงตามความเป็นจริง

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์นี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1984) มาบูรณาการร่วมกับการบำบัดซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีขอบเขตและสมรรถนะรายละเอียด ดังนี้

ขอบเขต และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต (กรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2549)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำการพยาบาล โดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่น ๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎี การพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพ และจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประจักษ์ผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อวางแผนการพัฒนาระบบการดูแล

2. สร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชเฉพาะโรคที่รับผิดชอบ ครอบคลุมการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

5. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพ และสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ
สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความหมาย และตีความการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทุกมิติ โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย อาการ และอาการแสดง การตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การตรวจสภาพจิต แปลผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ การคัดกรอง

2. วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และแม่นยำ โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ประสาทชีววิทยา ทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

3. ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตามรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด และตรงกับความเชี่ยวชาญ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

4. ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพ จากการได้รับยารักษาทางจิตเวชระยะยาว และ/หรือภาวะแทรกซ้อนของการรักษา โดยใช้ความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยา และอื่น ๆ ตามสภาพของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

5. ฝึกทักษะ และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการสอนครอบครัว

ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบที่มาจากการดูแลผู้ป่วย

6. การคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้อง และทันเหตุการณ์

7. ตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ ในแต่ละกลุ่มปัญหาได้อย่างถูกต้อง รู้ข้อจำกัดของตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย แต่ละกลุ่ม และประสานงานกับแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างทันที่

8. ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผน และให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. สอน/ฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช (เช่น เด็กวัยรุ่น สตรีที่ถูกทำร้าย ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางกาย หรือโรคจิตเวชเรื้อรัง) ให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิต เผชิญความเครียด และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยใช้ผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์

2. สอนและฝึกอบรมความรู้ให้กับบุคลากรสุขภาพในสถานบริการ และในชุมชน ให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองโรคทางจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการส่งต่อได้

3. ให้ความรู้/ฝึกทักษะแก่ประชาชน องค์กรและภาคีกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนในการจัดการกับความเครียด การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

4. เป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาพยาบาล ทีมพยาบาลและทีมงานในลักษณะอื่น ๆ

โดยวิเคราะห์ทักษะประสบการณ์ ความรู้และความต้องการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและความก้าวหน้าของบุคคลและองค์กร

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อนโดยประมวลจากข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณี

2. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการสร้างทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อน โดยประมวลจากสถานการณ์ในหน่วยงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์

3. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และการบำบัดทางจิต

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง

2. นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญให้มีคุณภาพและคุ้มค่า

3. พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ

4. สร้างแผนงาน หรือ โครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Reasoning and Ethical Decision Making)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

2. บริหารจัดการด้านการปฏิบัติโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านกฎหมาย และจริยธรรม

3. พัททกษัตริย์ผู้ป่วย (Advocate) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

4. ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน/ ระดับองค์กร

5. มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ติดตาม และรวบรวมผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน

3. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน

4. นำการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ

5. วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. กำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย

2. พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน

ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล

4. นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

5. จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตาม และเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมิณผล

ในบทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตามรูปแบบที่เหมาะสม และตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิก และจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม การบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลร่วมกับการบำบัดทางจิต สามารถส่งเสริมให้บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชัดเจนตามสมรรถนะหลัก ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทฤษฎีการพยาบาลตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) เนื่องจากมีแนวคิดสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมของ Beck (1976) มาผสมผสานในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีรายละเอียดของทฤษฎี ดังนี้

การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

ทฤษฎีของ Roy เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จันทิมา ขนบดี, ศิริวรรณ มั่นสุข, มาลี เลิศมาลีวงศ์ 2540; ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2541; Roy, 1984) โดยมีรายละเอียดของข้อดกลง ดังนี้

Basic Assumption of the Roy Adaptation Model

Roy (1984) ได้กำหนดข้อดกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ The Roy Adaptation Model ไว้ดังนี้

1. บุคคลประกอบด้วยกาย จิต สังคม (The Person is a Bio-psycho-social Being)
2. บุคคลมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง (The Person is in

Constant Interaction with a Changing Environment)

3. การเผชิญปัญหา กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะใช้กลไกการปรับตัวที่มีมาแต่กำเนิด และกลไกที่เกิดจากการเรียนรู้ ได้แก่ ทางด้านกาย จิต สังคม (To Cope with a Changing World, the Person Uses Both Innate and Acquired Mechanisms Which a Biologic, Psychologic, and Social in Origin)

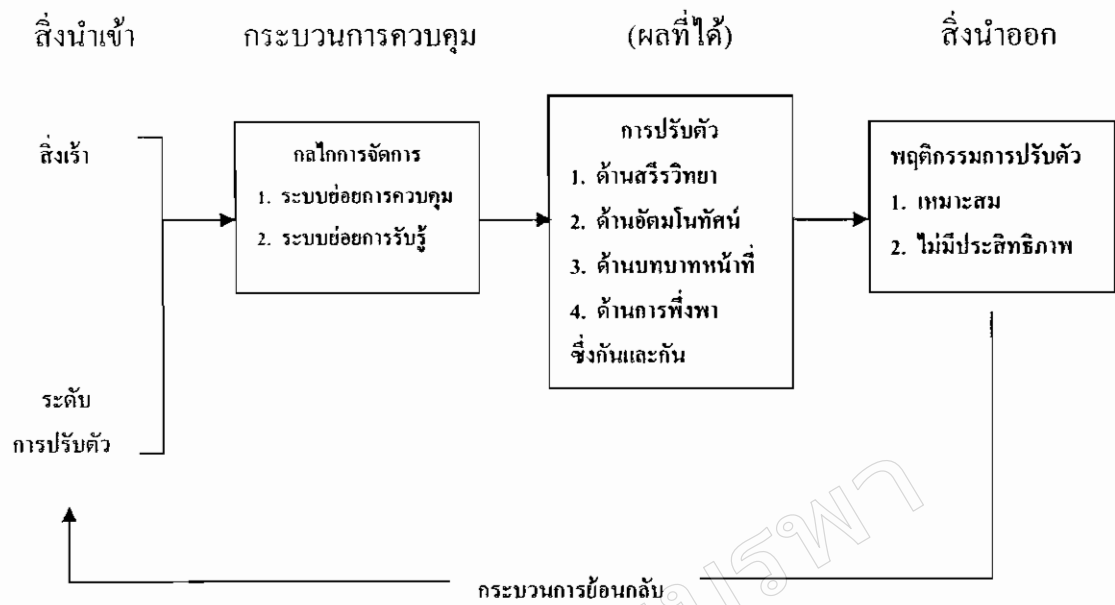
4. สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นมิติหนึ่งของชีวิตที่บุคคลทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
(Health and Illness are one Inevitable Dimension of the Person's Life)
5. บุคคลต้องปรับตัวเพื่อเป็นการตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (To Respond Positively to Environmental Changes, the Person Must Adapt)
6. การปรับตัวของบุคคลเป็นการทำหน้าที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญ และเกี่ยวข้องกับระดับการปรับตัวของบุคคลนั้น (The Person's Adaptation is a Function of the Stimulus He is Exposed to and His Adaptation Level)
7. ระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่จะก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวกได้ต้องมีขอบเขตจำกัด (The Person's Adaptation Level is Such that it Comprises a Zone Indicating the Range of Stimulation that will Lead to a Positive Response)
8. แบบของการปรับตัวของบุคคลมี 4 แบบ คือ การปรับตัวตามความต้องการของร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพา
(The Person is Conceptualized as Having Four Modes of Adaptation: Physiologic Need, Self-concept, Role Function, Interdependence Relations.)

The Roy Adaptation Model

ทฤษฎี และมโนทัศน์ต่าง ๆ ภายใต้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ดังนี้

1. ทฤษฎีระบบการปรับตัวของบุคคล (Theory of Humans as Adaptive Systems)
2. ทฤษฎีรูปแบบการปรับตัวของบุคคล (Theory of the Adaptive Modes)
3. ทฤษฎีปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Theory)
4. ทฤษฎีระบบการปรับตัวของบุคคล (Humans as Adaptive Systems)

ตามแนวคิดของ Roy: บุคคลเป็นระบบการปรับตัว (Adaptive System) บุคคลเป็นระบบของสิ่งมีชีวิต (Living System) และเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกบุคคลตลอดเวลา ดังนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Control Processes) สิ่งนำออก (Output) และปฏิกิริยาย้อนกลับ (Feedback)



ภาพที่ 4 ระบบการปรับตัวของบุคคล (Roy, 1984, p. 36)

สิ่งนำเข้าสู่ระบบบุคคล (Input) ซึ่งเป็นระบบเปิด อาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลก็ได้ สิ่งนำเข้านี้เปรียบเสมือนสิ่งเร้า (Stimuli) ที่กระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองโดยการปรับตัวโดยทั่วไปสิ่งแวดล้อมภายในหมายถึงระดับการปรับตัวของบุคคล (Adaptation Level)

สิ่งเร้า (Stimuli) ซึ่งประกอบด้วยสิ่งเร้าภายนอก (External Stimuli) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่ล้อมรอบบุคคลและสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่อยู่ภายในตัวบุคคลนั้น ๆ สิ่งเร้าที่ผ่านเข้าระบบจะทำให้มีกระบวนการ (Processes) คือ การเกิดกลไกการปรับตัวของระบบ (Coping Mechanisms)

กลไกการปรับตัวของบุคคล (Coping Mechanisms) ประกอบด้วย

1. กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยบุคคลไม่รู้สึกรู้สีก้าว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ
2. กลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) จะทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอก เช่นเดียวกับกลไกการควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม ส่วนน้อยเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย

โดยผลของการทำหน้าที่ของระบบกลไกการควบคุม และการรับรู้จะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านทัศนคติ

ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และออกมาเป็นผลลัพธ์ของระบบ (Output) เป็นการแปลพฤติกรรมที่แสดงออกโดยจะแสดงออกมาในรูปของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive Responses) และการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Responses) การปรับตัวที่ดีหรือไม่ก็ตามจะทำการป้อนกลับ (Feedback) สู่ระบบนำเข้าเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

ทฤษฎีรูปแบบการปรับตัวของบุคคล (Theory of the Adaptive Modes) บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อต้องการให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่ง Roy ได้แบ่งพื้นฐานการปรับตัวของบุคคลออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic-physical Mode)
2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept Mode)
3. การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role function Mode)
4. การปรับตัวตามการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Interdependence Mode)

การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic-physical Mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงด้านร่างกาย โดยครอบคลุมความต้องการพื้นฐาน 5 อย่าง (Five Needs Which Relative to Physiologic Integrity):

1. Oxygenation
2. อาหารและโภชนาการ (Nutrition)
3. การขับถ่าย (Elimination)
4. การออกกำลังกาย และการพักผ่อน (Activity and Rest)
5. ระบบการป้องกัน (Protection)

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept Mode)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับตนเอง ทั้งด้านรูปร่างหน้าตา ความสามารถ เจตคติ ความรู้สึกและภูมิหลังต่าง ๆ การรับรู้เกี่ยวกับคนนี้มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลโดยตรง

การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode)

การที่บุคคลต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น จึงขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีบทบาทหรือตำแหน่งอะไรในสังคม และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ดีมากน้อยเพียงไรเป็นที่ยอมรับของสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่

การปรับตัวตามการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Interdependence Mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม โดยธรรมชาติของการอยู่ร่วมกัน บุคคลจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องการผู้ที่รู้ใจหรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษ ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลนี้หมายถึงการให้ความรัก ความเคารพ การยกย่องและให้เกียรติซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในสังคมจะเป็นไปอย่างราบรื่น บุคคลใกล้ชิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. บุคคลสำคัญ (Significant Other)
2. ระบบเกื้อหนุน (Supporting System)

ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวด้านนี้ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ความวิตกกังวล (Separate Anxiety) พบบ่อยในเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องถูกแยกจากพ่อแม่ เด็กจะมีพฤติกรรมแสดงออกดังนี้ การประท้วง (Protest) ความท้อแท้ (Despair) และการปฏิเสธ (Denial) ความว้าเหว่ (Loneliness)

โดยทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1991, p. 67) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบของการปรับตัวซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม แต่ความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ต่างกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถประเมินปัญหาการปรับตัว หรือศักยภาพในการปรับตัวของบุคคล ให้ดียิ่งขึ้น หรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการปรับตัว ดังนั้น ภายใต้นิยามของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กระบวนการพยาบาลจึงประกอบด้วยขั้นตอน 6 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินพฤติกรรมปรับตัว (Assessment of Behavior)
2. การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of Stimuli)
3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
4. การวางแผนการพยาบาล (Goal Setting)
5. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)
6. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ในทุกขั้นตอนจะเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลร่วมกับพยาบาลในการสังเกตพฤติกรรม การปรับตัว สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีอิทธิพล และร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาในการปรับตัว แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พยาบาลจะต้องตระหนักถึงระดับความสำคัญ ในการมีส่วนร่วมของบุคคลตามพัฒนาการและวัย เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ภาวะที่ไม่รู้สติหรือสับสน ทำให้การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้น้อยลง หรือไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ ได้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมการปรับตัว (Assessment of Behavior)

การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีระ อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of Stimuli)

ในขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาการปรับตัวแต่ละด้านมาพิจารณา และประเมินว่าจะไรคือสาเหตุของพฤติกรรมการปรับตัวเช่นนั้น ซึ่งเป็นการค้นหาสิ่งเร้า (Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง โดยปกติ สิ่งเร้าตรงจะเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของปัญหา เพียงสาเหตุเดียว ส่วนสิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง มักมีหลายสาเหตุร่วมกันได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เมื่อทำการประเมินพฤติกรรมการปรับตัว และประเมินสิ่งเร้าแล้ว พยาบาลจะนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อให้การวินิจฉัยการพยาบาล Roy อธิบายการวินิจฉัยการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหา และสาเหตุของการปรับตัวของบุคคลที่ได้มาจากการวิเคราะห์ และสรุปจากข้อมูลพฤติกรรมการปรับตัว และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า รูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 วิธี

1. วินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาการปรับตัวแต่ละด้าน เช่น ภาวะขาดน้ำ
2. วินิจฉัยการพยาบาลตามข้อ 1 และบ่งบอกถึงสาเหตุของปัญหา หรือระบุสิ่งเร้าด้วย เช่น ภาวะช็อก เนื่องจากสูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัด
3. วินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวมากกว่า 1 ด้าน และมีสาเหตุจากสิ่งเร้าเดียวกัน เช่น ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียทั้งสองข้าง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล (Goal Setting)

การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล คือ การเขียนข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยข้อความแสดงถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพของบุคคล การกำหนดเป้าหมายควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตามความสามารถ รับรู้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจเป็นระยะยาวหรือสั้นก็ได้ แต่ต้องอยู่บนหลักการและเหตุผลที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)

ตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy กิจกรรมการพยาบาลที่จะใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวมักจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการจัด ลด หรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้า

ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ หรือเพิ่มสิ่งเร้าที่ส่งเสริมการปรับตัว เพื่อช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวที่ดีต่อไป โดยทั่วไปสิ่งเร้าตรงจะนำมาพิจารณาเพื่อปรับเปลี่ยนก่อน เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาต่อไป จึงเป็นสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง พยาบาลจะปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแผนตามลำดับ โดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิ และความเป็นบุคคลของผู้ป่วยตลอดเวลา และจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลไว้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปประเมินผลการพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาล เป็นผลสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยในแต่ละด้านที่มีปัญหา การพยาบาลที่มีคุณภาพจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับพฤติกรรมการปรับตัวที่คาดหวัง และได้ถูกกำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลนั่นเอง หากพฤติกรรมการปรับตัวไม่เป็นไปตามเป้าหมายการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องกลับมาวิเคราะห์ดูว่า ความบกพร่องเกิดจากเหตุใด ซึ่งอาจเกิดจากการตั้งเป้าหมายการพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง หรือกิจกรรมการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาผู้ป่วย หลังจากปรับเปลี่ยนข้อบกพร่องทั้งหมดแล้ว จึงนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลใหม่

การทำจิตบำบัดในบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชได้บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลการปรับตัวของ Roy เข้ากับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่ม เพื่อใช้ในการบำบัดลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

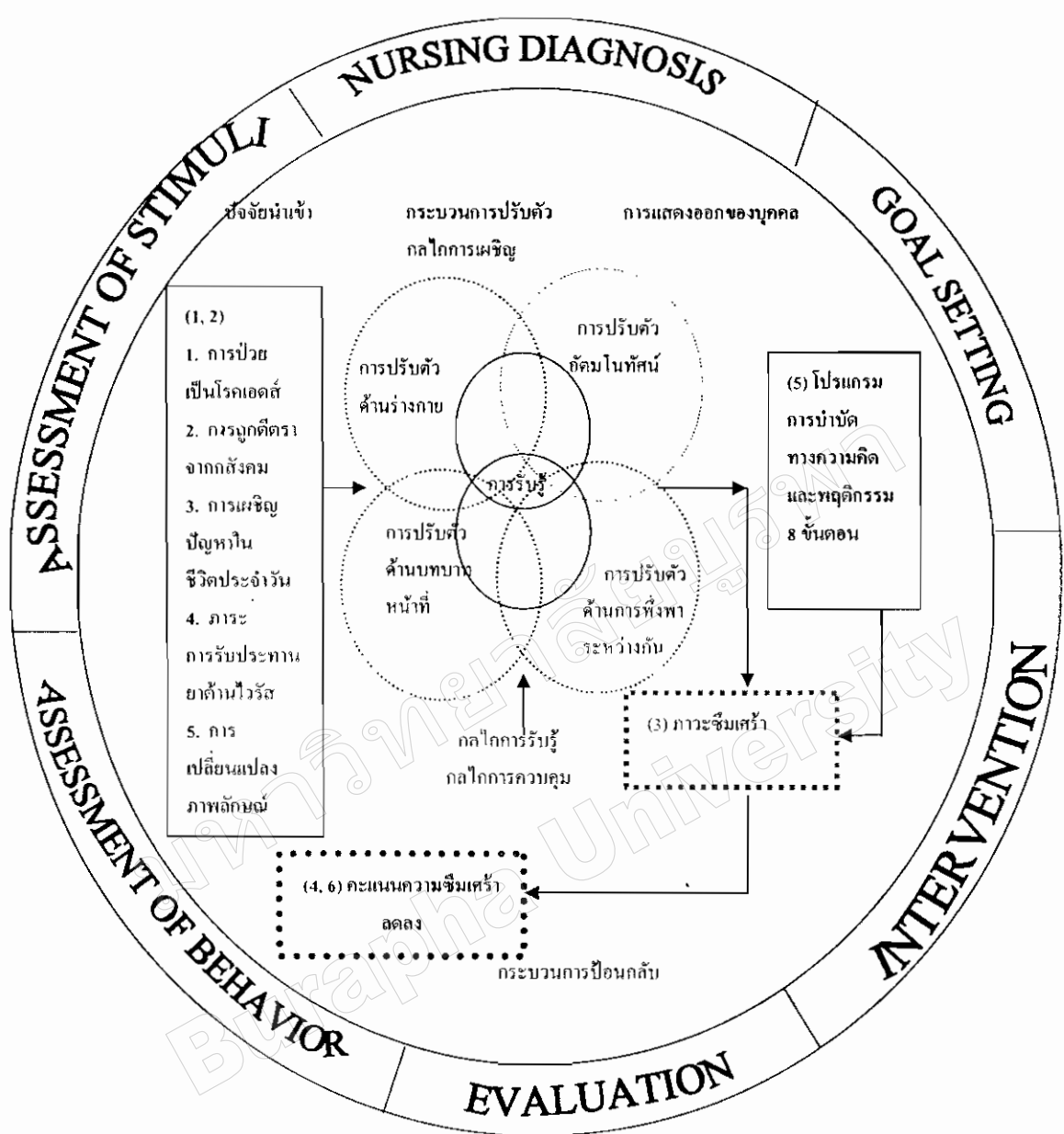
การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้เป็นความคิด และพฤติกรรมที่มีความสมเหตุสมผลและมีความยืดหยุ่น โดยเมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ก็จะส่งผลให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีอารมณ์เศร้าลดลงตามลำดับ แนวคิดหลักของการบำบัดนี้มี 3 ประการ คือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถติดตามตรวจสอบ ควบคุมและปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางการคิดได้ 3) เมื่อความคิดเปลี่ยนก็ส่งผลให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลการปรับตัวของ Roy ที่เน้นส่งเสริมการปรับตัว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ผ่านกระบวนการบำบัด

ทางความคิด และพฤติกรรม Beck (1967); Roy (1984) มีความคล้ายคลึงกันด้านแนวคิดที่มองบุคคลเป็นองค์รวมมุ่งเน้นด้านการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการปรับเปลี่ยนตัวเองให้ระบบบุคคลมีความสมดุล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จันทิมา ขนบดี, ศิริวรรณ มั่นสุข, มาลี เลิศมาลีวงศ์, 2540; Freeman & Freeman, 2005) โดย Roy มองว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัวที่เกิดจากการทำหน้าที่ร่วมกันของระบบกาย จิต สังคม ทั้ง 3 ส่วนนี้จะทำงานประสานกันและดำเนินไปอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งธรรมชาติบุคคลจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคลตลอดเวลา ดังนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ระบบการปรับตัวจะประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) สิ่งนำออก (Output) กระบวนการควบคุม (Control Process) การปรับตัวและกลไกการย้อนกลับ (Feed Back Mechanism) กลไกที่บุคคลใช้ในการปรับตัวซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กลไกการควบคุม (Regular Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ กลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) เป็นการทำงานในส่วนที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคล สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านกระบวนการเรียนรู้ และตอบสนองทางอารมณ์

สิ่งเร้าเมื่อเข้าสู่บุคคลจะก่อให้เกิดกระบวนการ 4 อย่างในบุคคล คือ การเรียนรู้ การรับรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ และมีการตัดสินใจที่จะเผชิญหรือแก้ไขปัญหาทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่ว่าการปรับตัวในเรื่องนั้นจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยมีการปรับตัว ด้านสรีระ อัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกันและผลลัพธ์ของระบบ (Output) เป็นการแปลพฤติกรรมที่แสดงออกโดยจะแสดงออกมาในรูปของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive Responses) และการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Responses) การปรับตัวที่ดีหรือไม่ก็ตามจะทำการย้อนกลับ (Feedback) ผู้ระบบนำเข้าเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป การปรับตัวที่ดีทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอดและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต แต่ความเป็นปัจเจกบุคคลทำให้บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ต่างกัน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจึงมีบทบาทอิสระที่สำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ซึ่งต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินปัญหาการปรับตัว หรือศักยภาพในการปรับตัวของบุคคลให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการปรับตัว โดยอาศัยกรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการปรับตัวของ Roy ปฏิบัติตามกระบวนการ 6 ขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลของ Roy มาผสมผสานในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย

1. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัว (Assessment of Behavior) ทั้ง 4 ด้าน
2. การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of Stimuli) สิ่งเร้าใดที่ทำให้เกิดพฤติกรรม
การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับ
ปัญหา และสาเหตุของการปรับตัวของบุคคลที่ได้มาจากการวิเคราะห์และสรุปจากข้อมูลพฤติกรรม
การปรับตัว และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า โดยมีการร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด
เพื่อค้นหาข้อมูลเหตุการณ์หรือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
4. การวางแผนการพยาบาล (Goal Setting) ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมตามความสามารถ
ในการกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมาย
ตามความคาดหวัง โดยผู้บำบัดเป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือ
5. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) กิจกรรมการพยาบาลที่จะใช้ในการส่งเสริม
พฤติกรรมการปรับตัว โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้
ในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อช่วยให้บุคคล
มีความสามารถในการเผชิญสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อนำไปสู่การปรับตัวที่ดีต่อไป
และสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ในอนาคต ผู้บำบัดต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลไว้
อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปประเมินผลการพยาบาลต่อไป
6. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นผลสรุปเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน
ควมเมถิด และพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดโดยการวัดระดับความซึมเศร้า

การพยาบาลที่มีคุณภาพจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมการปรับตัว
ในทิศทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับพฤติกรรมการปรับตัวตามที่คาดหวัง โดยทุกขั้นตอน
ของการบำบัด ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้รับการบำบัดต้อง
มีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูล วิเคราะห์และสรุปข้อมูล รวมทั้งการตั้งเป้าหมายของตนเอง
และตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาในการปรับตัว แก่ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลสามารถตัดสินใจ
ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ปัญหาต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล
สับสน ฯลฯ เกิดจากกระบวนการคิดและความเชื่อ ซึ่งถ้าได้รับการแก้ไขปรับเปลี่ยนอย่างถูกต้อง
ก็จะทำให้ปัญหานั้นคลี่คลายลงหรือหมดไป โดยการส่งเสริมการปรับตัวและการบำบัดทางความคิด
และพฤติกรรม ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังภาพที่ 5 ดังนี้



ภาพที่ 5 การบูรณาการกระบวนการปรับตัวของรอยและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Roy,1984, p. 36; Freeman & Freeman, 2005, pp. 1-11)