



# รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิด  
และพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ  
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

วัชณี            ทัดกพนม  
ไพรวลัย        ร่มช้าย  
มัลลิตา        พูนสวัสดิ์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปี 2554

WM  
5.5.C6  
7ป  
54 ฉ.6



## รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม  
ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

**Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group  
to Reduce Negative Automatic Thought and Depressive Symptoms  
with Psychiatric Patients**

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปี 2554



รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิด  
อัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (Effectiveness of  
Cognitive Behavioral Therapy Group to Reduce Negative Automatic Thought  
and Depressive Symptoms with Psychiatric Patients)

คณะผู้วิจัย      นางวชิณี                      หัตถพนม  
                                 นาย ไพรวลัย                ร่มชัย  
                                 นาง มัลลิกา                พูนสวัสดิ์

เจ้าของ              กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
                                 สววนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1      มิถุนายน 2554

จำนวน              150 เล่ม

พิมพ์ที่              หจก.ขอนแก่นการพิมพ์

64-66 ถนนรื่นรมย์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร. 043-221938

## ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิด อัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

นางวัชนี	หัตถพนม, พย.ม.
นายไพรวลัย	ร่วมชัย, พย.ม.
นางมัลลิกา	พูนสวัสดิ์, พย.ม.

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้า และมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป อายุระหว่าง 20-60 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเพื่อเข้ารับการบำบัดแต่ละกลุ่มสลับเดือนกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนขนาดตัวอย่างที่มีน้อย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที (ผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT) และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดของโรงพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยตามปกติ ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1, 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552-กันยายน 2554

ผล กลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

สรุป การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลดีอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งโรงพยาบาลพัฒนาบริการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้กับตนเองได้ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลในระยะยาวเกี่ยวกับความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : การปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด, ความคิดอัตโนมัติทางลบ, จิตบำบัดระดับประคอง, ภาวะซึมเศร้า

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น



## Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group to Reduce Negative Automatic Thought and Depressive Symptoms with Psychiatric Patients

---

Watchanee	Huttapanom, M.Ns.
Praiwan	Romsai, M.Ns.
Mullita	Poonsawad, M.Ns.

### Abstract

**Objective** To evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) group for reducing negative automatic thought and depressive symptoms in psychiatric patients during October 2009-September 2011.

**Materials and methods:** This randomized control-group pretest and posttest design. The subjects were psychiatric patients (psychoses, major affective disorder, problem of drug and alcohol use) who were admitted in a psychiatric hospital and had a score on The Thai Depression Inventory more than 21. Their age ranged from 20 to 60 years. The experiment group was assigned to the cognitive behavioral therapy group 5 times per week. Each session ranged from 60 to 90 minutes (the therapists were experienced psychiatric nurse for CBT group). The control group was assigned to the supportive psychotherapy (SP) group. The SP group underwent a usual therapy 3 times per week. Each session lasted 60 minutes. Subjects were assessed at pretreatment, posttreatment, one month and three months after treatment. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

**Results:** Subjects in the CBT group had a significantly greater decreasing score in negative automatic thought and depressive symptoms than those in the control group. Decreasing rate of depression of the experiment group was more than that of the control group. The ratio of readmission rate between the CBT and SP groups at 6 month after discharge from the hospital was 1 : 2.

**Conclusion:** CBT group is an effectiveness therapy for treating depressive symptoms in psychiatric patients. The patients can manage their depressive symptoms by themselves. However, long term monitoring for the effectiveness stability should be done in the future.

**Key Word:** cognitive behavioral therapy, depressive symptoms, negative automatic thought, supportive psychotherapy

---

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ผศ. พงษ์เดช สารการ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ทำให้ผู้วิจัยดำเนินงานจนสำเร็จด้วยดี อาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ อาจารย์ อิงคณา โคตนารา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านสถิติการวิจัย

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย น.พ. ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ น.พ. ศักรินทร์ แก้วเห่า ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ายิ่ง ในด้านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยได้รับความอนุเคราะห์จาก น.พ. ศักรินทร์ แก้วเห่า น.ส. อัจฉรา มุ่งพานิช นักจิตวิทยาชำนาญการ และ นาง สุวดี ศรีวิเศษ น.ส. จิตรัตน์ พิมพ์ดีต นางปรารถนา คำมีสีนนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และ รศ. ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผศ.ดร. ลัดดา แสนสีทา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ขอขอบพระคุณบุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาให้การสนับสนุน ในการเก็บข้อมูลวิจัย และเป็นกำลังใจในการดำเนินงานด้วยดีตลอดมา ได้แก่

นาง สุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาง จุรีพร	คำสอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาย กิรติ	สุวรรณศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาง มณีรัตน์	คงแสนคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาง ประภาสิน	มงคลศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

วัชนี หัตถพนม และคณะ

มิถุนายน 2555



# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
<b>บทที่ 1</b>	
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
<b>บทที่ 2</b>	
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความหมายของภาวะซึมเศร้า	6
ระดับของภาวะซึมเศร้า	7
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า	10
การประเมินภาวะซึมเศร้า	11
การบำบัดรักษา	15
กลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม	18
กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	33
การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
สรุปการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b>	
วิธีดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการทดลอง	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	52
โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
ระยะเวลาในการศึกษา	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
<b>บทที่ 4</b>	
ผลการศึกษา	60
<b>บทที่ 5</b>	
สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการศึกษา	82
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะ	92
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	94
<b>ภาคผนวก</b>	101
ก. โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกลุ่ม CBT	102
ข. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ	118
ค. ประวัติผู้วิจัย	128

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เลขที่..... 004122
วันที่.....
ชื่อ..... ก. พ. พ. 2555. 5. 26
เลขที่..... 03771 2554 ก. 6

'JVKK Library



\*004122\*



## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought)	30
ตารางที่ 2	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)	61
ตารางที่ 3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 27 คน)	65
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 27 คน)	66
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน	67
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA Within-Subjects Main Effect)	67
ตารางที่ 7	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง	68
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA Within-Subjects Main Effect)	71
ตารางที่ 9	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มควบคุม	72
ตารางที่ 10	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	75

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า	
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
ตารางที่ 12	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77
ตารางที่ 13	การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน	80
ตารางที่ 14	จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	81



## สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 1	ความต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้า (A continuum of depression)	7
ภาพที่ 2	ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อสถานการณ์และนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และ สรีรวิทยา	26
ภาพที่ 3	ABC Model	28
ภาพที่ 4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	50
ภาพที่ 5	รูปแบบการทดลอง	51
ภาพที่ 6	การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม CBT (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (กลุ่มควบคุม)	53
ภาพที่ 7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน	70
ภาพที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน	70
ภาพที่ 9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน	73
ภาพที่ 10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน	74
ภาพที่ 11	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78
ภาพที่ 12	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) และจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบร้อยละ 21 ของประชากรโลก และเมื่อพิจารณาเฉพาะความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้ใหญ่ของประเทศไทย พบว่า มีความชุกประมาณร้อยละ 20-40 (สรยุทธ วาลิกนันนท์, 2547; Udomrat, 2004) ซึ่งภาวะซึมเศร้าดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วชัดเจน และต่อเนื่อง (World Health Organization: WHO, 2008) ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและคุณภาพชีวิต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต (Jylha & Isometsa, 2009)

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับทุกคน ทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และในผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น schizophrenia, alcoholic psychosis, drug abuse (Lepine, 1997; Stahl, 2006) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ Arsenault - Lapierre et al. (2004) ได้ศึกษางานวิจัยในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 27 รายงาน จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด 3,275 คน พบว่าร้อยละ 87.3 ของผู้เสียชีวิตมีโรคทางจิตเวชในช่วงฆ่าตัวตาย โดยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์) ร้อยละ 43.2 ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ร้อยละ 25.7 บุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 16.2 และโรคจิตร้อยละ 9.2 และจากการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม 14 รายงาน พบว่ามีการฆ่าตัวตายสูงสุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางจิตเวช มีความสัมพันธ์สูงกับการฆ่าตัวตาย ทั้งในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และในผู้ป่วยทางจิตเวชนั้น นอกเหนือจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นหลักแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยมักมีภาวะโรคร่วม (co-morbid disorders) ทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วยเสมอ และทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นไปอีก (Tanney, 2000) โดยมีรายงานการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยสาเหตุต่าง ๆ สูงกว่าประชากรทั่วไป (Brown et al., 2000; Heila, 2005) สาเหตุสำคัญลำดับต้น ๆ ได้แก่ การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และพบว่าโรคจิตเภทมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าในประชากรทั่วไปประมาณ 8 เท่า (Harris et al., 1997) เมื่อพิจารณาถึงอาการหรือภาวะโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการหรือโรคที่พบได้บ่อย ทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และระยะอาการโรคจิตทุเลาลง (post psychotic depression) โดยรวมพบได้ประมาณ 1 ใน

4 ของผู้ป่วยโรคนี้ Heila et al. (1997) ได้ศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป โดยวิธี psychological autopsy พบว่าประชากรที่ฆ่าตัวตายในการศึกษานี้จำนวน 92 คนป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในระยะก่อนหน้าจะฆ่าตัวตาย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย พบสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ การมีภาวะซึมเศร้า (Harkavy – Friedman et al., 1999)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะความคิดที่พบได้บ่อยคือ คิดแบบ Cognitive triad เช่น การมองตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระแก่ผู้อื่น การมองอนาคตในแง่ลบ รู้สึกท้อแท้ ลึ้นหวัง และการมองโลกในแง่ลบ รู้สึกหดหู่ หมุดกำลังใจ ซึ่งลักษณะความคิดแบบนี้สามารถพบได้เช่นกันในผู้ป่วยจิตเภทและผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Barton and Morley, 1999)

ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรักษาด้วยยา (Biological treatment) และการรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatments) การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม ช่วยให้ภาวะซึมเศวาระยะเฉียบพลันของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการกำเริบซ้ำน้อยลง การบำบัดทางจิตสังคมพบว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการรักษาภาวะซึมเศร้า (Fava et al, 1998; Ward et al., 2000; March et al., 2004; Butler et al, 2006)

เมื่อพิจารณางานวิจัยที่ใช้ CBT ในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการบำบัดด้วย CBT เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพผล ดังเช่นการศึกษาของ Seok- Man et al. (2003) ได้ศึกษาการบำบัดแบบกลุ่มด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มด้วย CBT ใช้เวลาบำบัด 12 สัปดาห์ ขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย การหาความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติทัศนคติที่ผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม CBT มีรูปแบบความคิดด้านลบลดลง มีการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติเป็นด้านบวกเพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผิดปกติซึ่งเป็นตัวนำของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า ทำให้มีภาวะซึมเศวาลดลง นอกจากนี้ Himelhoch et al. (2007) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดในการลดอาการซึมเศวราในผู้ติดเชื้อ HIV เป็นการศึกษาแบบ meta analysis ผลการศึกษาพบว่า วิจัย 3 ใน 8 เรื่อง มีผลลัพธ์ในการลดอาการซึมเศวราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่กลุ่ม CBT กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีหน้าที่หลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้าโครงการเฝ้าระวังในปี 2549 ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 203 คน จำแนกเป็นเป็นผู้ป่วยชาย 149 คน (ร้อยละ 73.4) ผู้ป่วยหญิง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 26.6) มีอาการทางจิต จำนวน 31 คน มี



อาการซึมเศร้า จำนวน 76 คน (ร้อยละ 37.4) และมีอาการทางจิตร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 96 คน (ร้อยละ 47.29) พบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 คน พยายามฆ่าตัวตายขณะอยู่รักษา จำนวน 6 คน (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2549) จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นโรงพยาบาลได้จัดบริการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นมา โดยการทำกลุ่มบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นบริการตามปกติที่ให้แก่ผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดแบบ cognitive triad การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบของผู้ป่วยโดยตรง ให้มีความคิดที่เหมาะสม ช่วยลดอารมณ์ ความรู้สึกในแง่ลบลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้ตามปกติ ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนากลุ่ม CBT เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ครั้ง โดยปรับการบำบัดให้เข้ากับบริบท (context) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดมาใช้ ทำการบำบัด 8 - 12 ครั้ง (Sharon & Arthur, 2005; Rossello et al, 2008; Wong, 2008) การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลกลุ่มบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 ครั้งที่พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวขึ้นมาว่าจะมีผลลัพธ์ต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าอย่างไร และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงเป็นอย่างไร เพื่อพัฒนาโปรแกรมเป็นรูปแบบการบำบัดเฉพาะทางในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช

2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (intention to treat) ในผู้ป่วยจิตเวช และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

## 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรม มีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

3.3 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3.4 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### 4. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความซึมเศร้าตั้งแต่ระดับอ่อน-ปานกลาง โดยประเมินด้วย Thai Depression Inventory (TDI) ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้ป่วยได้รับการสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มบำบัด CBT (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (กลุ่มควบคุม) ตามเดือนที่สุ่มการบำบัดได้ ประเมินประสิทธิผลการบำบัด โดยการประเมินก่อนการบำบัด หลังการบำบัดสิ้นสุดทันที ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนหลังการบำบัด และติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552 – กันยายน 2554

#### 5. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างสลับเดือนในการเข้ารับการบำบัด เพื่อป้องกันการพบปะพูดคุยกันของผู้ป่วยที่อยู่ติดกัน อาจมีผลแทรกซ้อน (Confounding variable) ต่อผลลัพธ์การบำบัดได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ไม่ได้ควบคุมถึงการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มทำอาหาร สันทนาการ การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับเช่นเดียวกัน

#### 6. คำจำกัดความ

6.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนหรือเล็กน้อยจนถึงปานกลาง จากการประเมินระดับความซึมเศร้าด้วย Thai Depression Inventory (TDI) ซึ่งพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษย์ (2542)

6.2 กลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การให้การบำบัดรายกลุ่ม ซึ่งเป็นการทดลองในการศึกษานี้ โดยมีจุดมุ่งหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคำคิดอัตโนมัติทางลบหรือข้อสรุปที่บิดเบือนไม่ถูกต้องตามความจริง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองปัญหา หรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ไปในรูปแบบอื่นที่สร้างสรรค์

ขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด (ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต) อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

6.3 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy: SP) หมายถึง การบำบัดรายกลุ่มซึ่งเป็นการสัมพันธ์เชิงบำบัด (therapeutic alliance) ที่ให้ความสำคัญกับชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยแยกแยะความจริง (ออกจากอาการทางจิต) ทำให้เรื่องราวมีความชัดเจนขึ้น และสามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน ลดผลกระทบจากการป่วย และสามารถปรับตัวได้ บทบาทของผู้บำบัดคือ ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นการให้ความมั่นใจ ให้คำอธิบาย ให้คำแนะนำและชี้แนะ ลดความคาดหวังของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการประสานงานกับคนในครอบครัวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Dickerson et al., 2005 ; Bloch, 2006) การบำบัดนี้เป็นบริการของโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้การบำบัดตามปกติ (treatment as usual) โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาซับซ้อน

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ได้โปรแกรมกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
- 7.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดทางจิต หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่กลับมารักษาซ้ำ
- 7.3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า และขยายผลการบำบัดโดยจัดเป็นบริการประจำของโรงพยาบาล
- 7.4 เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคทางจิตประเภทอื่น ๆ
- 7.5 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ ดังนี้

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า
2. ระดับของภาวะซึมเศร้า
3. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
4. การประเมินภาวะซึมเศร้า
5. การบำบัดรักษา
6. กลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม
7. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
8. การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. สรุปการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT
10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยชอบ เคยทำ ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคมหรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิมอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2548; Beck, 1976; Online Psychological Service, 2006; WHO, 2008)

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึงกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องจึงต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

## 2. ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้ในคนทั่วไป หากพบกับสถานการณ์ที่ทำให้จิตใจหม่นหมอง และมีสภาวะซึมเศร้าเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ อาจพัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ ในที่นี้ใคร่กล่าวถึงระดับของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แบ่งตามแนวคิดทางการพยาบาล (Townsend, 2003) มองถึงภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมในแต่ละระยะ ได้แก่

2.1.1 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นชั่วคราว (transient depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเมื่อพบกับความผิดหวังในชีวิต เช่น การสอบตก ออกหักจากคนรัก เป็นต้น

2.1.2 ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (mild depression) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการกระตุ้นจากกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งเป็นการตอบสนองจากภาวะสูญเสียที่กระทบต่อคุณค่าของชีวิต การสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของรัก เพื่อน บ้านที่อยู่อาศัย หรือ บุคคลที่มีความสำคัญอื่น ๆ ถ้าบุคคลสามารถผ่านระยะต่างๆ ของการเศร้าโศก (stage of grief) ไปได้ ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น อาการต่างๆ จะดีขึ้น การดำรงชีวิตประจำวันจะกลับมาเป็นเช่นเดิมภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ แต่ถ้ากระบวนการเศร้าโศกเกิดขึ้นใช้เวลานาน หรือ มีความรุนแรงมากขึ้น อาการต่างๆ ยิ่งรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

2.1.3 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) เกิดขึ้นเมื่อความเศร้าโศกมีระยะเวลาเวลานานหรือทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น บุคคลจะเกิดยึดติดในระยะของความโกรธ (anger stage) ในการตอบสนองความเศร้าโศก และความรู้สึกโกรธนี้จะย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง ทำให้ความรู้สึกเศร้าโศกที่เป็นปกติกลายเป็นความรุนแรงมากขึ้น และบุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้โดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้าปานกลางเช่น Dysthymic disorders

2.1.4 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าระดับปานกลาง บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจแสดงให้เห็นการสูญเสียการติดต่อกับโลกตามความเป็นจริง การขาดความยินดีกับกิจกรรมทั้งหมด และมีความคิดฆ่าตัวตาย ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้ารุนแรง เช่น Major depressive disorders ดังภาพที่ 1

Transient	Mild	Moderate	Severe
Depression	Depression	Depression	Depression
↓	↓	↓	↓
Life's	Normal	Dysthymic	Major
Everyday	Grief	Disorder	Depressive
Disappointments	Response		Disorder

ภาพที่ 1 ความต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้า (A continuum of depression) (Townsend, 2003)



สำหรับอาการของภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านความคิด 3) ด้านแรงจูงใจ 4) ด้านร่างกายและการทำกิจกรรม อาการทั้ง 4 ด้านมีระดับความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกันไปตามระดับของภาวะซึมเศร้าดังภาพที่ 2

## 2.2 แบ่งตามแนวคิดจิตเวชศาสตร์

ในการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าในทางจิตเวชศาสตร์ แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับเช่นกัน โดยอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า (depressive episode) ซึ่งปกติอาการที่เป็นแบบฉบับของโรคซึมเศร้า คือ อารมณ์ซึมเศร้า ไม่สนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนานและพลังงานลดลง อันนำไปสู่อารมณ์อ่อนเพลียอย่างมากและกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การทำงานเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดความอ่อนเพลียอย่างมาก สำหรับอาการอื่น ๆ ที่พบบ่อยมีการแบ่งตามระดับความรุนแรงดังนี้ (ทวี ตั้งเสรี, 2541; WHO, 1992; American Psychiatric Association, 2000; Kaplan & Sadock, 2003)

2.2.1 Mild depressive episode เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 โดยแบ่งออกเป็นหมวด A, B, C ดังนี้

- A) มีเกณฑ์ทั่วไปของ depressive episode คือ
- (1) มีระยะเวลาที่เป็นอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์
  - (2) จะต้องไม่เคยมีประวัติป่วยเป็น hypomania หรือ mania มาก่อน
  - (3) อารมณ์เศร้าในครั้งนี้จะต้องไม่เกิดจากสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท หรือโรคทางกาย
- B) จะต้อง มี 2 ใน 3 ของอาการดังต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
- (1) มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ เป็นอยู่ทั้งวันและเกือบทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
  - (2) ขาดความสนใจ หรือความสนุกสนานเกี่ยวกับกิจกรรมที่เคยเป็น
  - (3) รู้สึกขาดพลังหรืออ่อนล้า
- C) จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้เพิ่มเติม และเมื่อรวมอาการจากข้อ B แล้วจะต้องมี 4 อาการเป็นอย่างน้อย
- (1) ขาดความมั่นใจหรือความภาคภูมิใจในตนเอง
  - (2) ต่ำหนีดตนเองโดยไม่มีเหตุผลอันควร หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนควรและไม่เหมาะสม
  - (3) มีความคิดเกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - (4) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น ไม่กล้าตัดสินใจ

(5) มีการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมไปในทางเชื่องช้า หรือ  
กระวนกระวาย (psychomotor retardation หรือ agitation)

(6) มีความผิดปกติของการนอนได้ทุกรูปแบบ

(7) มีความเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและน้ำหนัก

2.2.2 Moderate depressive episode เกณฑ์การวินิจฉัยเหมือนกับ Mild depressive episode แต่เมื่อรวมกับอาการในข้อ C แล้วจะต้องมี 6 อาการเป็นอย่างน้อย

2.2.3 Severe depressive episode without psychotic symptoms เกณฑ์การวินิจฉัย คือจะต้องมีทั้ง 3 อาการใน criteria ข้อ B และเมื่อรวมกับอาการ criteria ข้อ C แล้วจะต้องมี 8 อาการเป็นอย่างน้อย ต้องไม่มี delusion, hallucination หรือ depressive stupor

กล่าวโดยสรุป โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate - Severe Depression) โดยทั่วไปนั้นผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าร่วมกับมีความสนใจ หรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ ลดลง รู้สึกหมดเรี่ยวแรงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมากพบว่ามีอาการวิตกกังวล และอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางฝ่ายกายทั่วไป (ณัฐกร จำปาทอง, 2554)

ภาวะซึมเศร้าที่มีอาการคงอยู่นาน และอาการขึ้น ๆ ลง ๆ โดยความรุนแรงของโรคไม่ถึงขั้นเป็น Mild depressive episode มีอาการของโรคอยู่นานเป็นปี และบางครั้งอาจเป็นนานเกือบตลอดชีวิตด้วยผู้ใหญ่ ทำให้บุคคลรู้สึกทุกข์ทรมานและไร้ความสามารถ เรียกภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในกลุ่มนี้ว่า Dysthymia อาการสำคัญคืออารมณ์เศร้าอย่างยาวนาน ซึ่งไม่เคยรุนแรงพอที่จะวินิจฉัยเป็น recurrent depressive disorder ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง โรคนี้มักมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รัก หรือความเครียดอื่น ๆ ที่ชัดเจน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ตามแนวคิดทางการพยาบาลว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิต และเป็นความต่อเนื่องของการเกิดภาวะซึมเศร้า หากบุคคลไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมอาจเกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าที่เกิดชั่วคราวเมื่อเกิดความผิดหวังในชีวิต ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยที่เกิดจากภาวะสูญเสีย และเมื่อมีอาการภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและคงอยู่เป็นเวลานานเรียกว่า Dysthymic disorder ถ้าภาวะซึมเศรารุนแรงมากเรียกว่า Major depressive disorder เมื่อพิจารณาการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดจิตเวชศาสตร์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ และทั้ง 3 ระดับอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า คือ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยต้องมีระยะอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ที่มีการซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มอาการนานเป็นปี และบางครั้งนานเกือบตลอดชีวิต เรียกว่ามีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง เรียกว่า Dysthymia

### 3. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า หากพิจารณาตามแนวความคิดของ Beck ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติใน 4 ด้านดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอี่ยมเดือน เนตรเชม, 2541)

#### 3.1 ด้านอารมณ์

3.1.1 มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส

3.1.2 มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิดบาปไร้ค่า

3.1.3 ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

3.1.4 ความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง

3.1.5 ไม่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง

3.1.6 อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

#### 3.2 ด้านความคิด

3.2.1 มีการประเมินตนเองต่ำ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ

3.2.2 มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง

3.2.3 ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ

3.2.4 มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ

3.2.5 มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป

#### 3.3 ด้านแรงจูงใจ

3.3.1 ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ ล้มหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน

3.3.2 รู้สึกเหนื่อยง่าย

3.3.3 มีความต้องการที่จะหลบ เลี่ยง หนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

#### 3.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.4.1 มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรก ๆ ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

3.4.2 มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก ตื่น

เข้าผิดปกติ

3.4.3 ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย

3.4.4 รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

3.4.5 น้ำหนักลด

3.4.6 มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย

ของตน

อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดความสนใจ รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า 2) ด้านความคิด ได้แก่ สมาธิเสีย คิดอยากตาย การคิดการตัดสินใจแย่ง คัดลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต 3) ด้านพฤติกรรม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่ง เข้าร่วมสังคมลดลง ไม่ตื่นตัวในการทำกิจกรรม ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย 4) ด้านร่างกาย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งก็คล้ายคลึงกับของ Beck (Chatav & Whisman, 2009; Leventhal et al, 2009)

#### 4. การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินด้วยวิธีการ ดังนี้

4.1 การตรวจสภาพจิต (mental status examination) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการตรวจสภาพจิตทำได้โดยการสังเกต ร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง การตรวจสภาพจิตในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะพบลักษณะผิดปกติ ดังนี้ (พูนศรี รังษิณี, 2546; ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546; สรยุทธ วาลิกานานนท์, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

4.1.1 ลักษณะทั่วไป (general appearance) มักพบมีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า นั่งไหล่ท้อ ดูอ่อนเพลีย ไม่ค่อยสบสายตากับคู่สนทนา คิดซ้ำ สีหน้าเศร้า คอดก มองต่ำ ไม่สนใจใยดีกับสิ่งต่างๆ รอบตัว ขาดความพิถีพิถันในการดูแลอนามัยส่วนบุคคลแต่ดูแลสุขอนามัยได้เรียบร้อยเหมาะสมกับกาลเทศะ

4.1.2 อารมณ์ที่แสดงออก (affect) การแสดงออกของอารมณ์เศร้า ได้แก่ มีหางคิ้ว ทางตา มุมปากตก ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจไม่แสดงออกทางสีหน้า ต้องประเมินภาวะซึมเศร้าจากความคิดและพฤติกรรม การทำหน้าที่ทางการงานและสังคมแทน บางรายอาจมีลักษณะวิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง ไม่มีความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ อาจแยกตัวเองออกจากสังคม กิจกรรมต่างๆ ลดลง

4.1.3 การพูด (speech) มักพูดเบา ตอบน้อย ตอบสั้นๆ น้ำเสียงราบเรียบ (monotonous voice) คิดนานก่อนตอบ อาจถอนหายใจร่วมด้วย แต่เนื้อหาอยู่ในความเป็นจริง

4.1.4 เนื้อหาความคิด (content of thought) คิดว่าตนเองผิดหรือบาป เช่น คิดว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ตนเองไม่ดีพอ ทำผิดจนคนอื่นไม่ให้อภัย มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น เป็นการประเมินตนเอง และสิ่งต่างๆ รอบตัวในทางที่เลวร้ายกว่าความเป็นจริงอยู่เสมอ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเองลดลง (low self esteem) หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องการสูญเสียหรือความตาย รู้สึกท้อแท้ลึนหวัง รู้สึกเหมือนไม่มีทางออกใดสำหรับปัญหาของตน (helplessness)

4.1.5 ความผิดปกติทางการรับรู้ (perception) ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติในเรื่องนี้ แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นเสียงหูแว่วเสียงคนมาด่าว่า มาตำหนิผู้ป่วยได้

4.1.6 ระดับความรู้สึกตัว (sensorium) ผู้ป่วยจะสูญเสียสมาธิ (concentrate) มีความยากลำบากในการตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จทำกิจกรรมใด ๆ ได้ไม่นาน (distractibility) รู้สึกหลงลืม ความจำไม่ดีแต่ยังรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง

4.1.7 การรู้ตนเองและการตัดสินใจ (insight and judgment) ขาดความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองและครอบครัวได้ (indecisiveness)

4.1.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมิน

#### 4.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ได้มีนักวิชาการหลายท่านพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อให้คนทั่วไป หรือผู้ที่ไม่แน่ใจว่าตนเองป่วย หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ใช้ประเมินตนเองก่อนพบแพทย์ และหากพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ก็จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น หรือเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ แบบวัดที่มีชื่อเสียงมาก มีดังนี้

4.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Aaron T Beck เมื่อปี 1976 เป็นแบบประเมินให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง โดยแบบประเมินมีความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความเที่ยงตรงภายใน โดยใช้ split-half reliability เท่ากับ .93 วิธี test-retest เท่ากับ .74 และมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .91 (Beck, 1987)

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ และเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้ จึงมีผู้นิยมใช้ BDI ในการพัฒนา งานบริการและงานวิจัยค่อนข้างมาก แต่มีข้อจำกัด คือ คำถามอาจเข้าใจยาก ถ้าใช้กับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามได้

สำหรับการให้คะแนนในแต่ละข้อนั้น ถ้าตอบว่าไม่เคยให้ 0 คะแนน ตอบว่า บางครั้งให้ 1 คะแนน ตอบว่า บ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน และถ้าตอบว่า เป็นประจำให้ 3 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด Beck จะแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้



คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
0-10	อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)
11-16	อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (Mild mood disturbance)
17-20	เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline clinical depression)
21-30	มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate depression)
31-40	มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression)
40 คะแนนขึ้นไป	มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (Extreme depression)

ถ้าหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าบุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.2.2 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ, 2533) สร้างโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1950 ต่อมา มีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1967 และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยไทยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depression disorder จำนวน 50 คน ทดสอบความแม่นยำตรง โดยเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อดูความแม่นยำตรง และความสอดคล้องภายใน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยแบ่งกลุ่มโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินในด้านอารมณ์ของภาวะซึมเศร้า อาการทางร่างกาย ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15-30 นาที โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้อย่างเหมาะสม ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบประเมิน HRS-D มีความเชื่อมั่น ด้วยวิธี intra class correlation coefficient เท่ากับ 0.86

4.2.3 Zung Depression Inventory พัฒนาโดย Zung (2006) มีคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ผู้ป่วยต้องตอบคำถามเหล่านี้ด้วยตนเอง โดยคำตอบของแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน สำหรับการแปลความหมาย มีดังนี้

คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
ต่ำกว่า 50 คะแนน	เท่ากับปกติไม่มีโรค
50-59 คะแนน	ซึมเศร้าเล็กน้อย
60-69 คะแนน	ซึมเศร้าปานกลาง ถึง marked depression
70 คะแนนหรือมากกว่า	ซึมเศร้ารุนแรง ถึงซึมเศร้าสุดขีด (Severe to most extreme depression)

สำหรับแบบประเมินของ Zung เป็นการประเมินตนเอง ข้อดี คือ มีคำถามน้อย เพียง 20 ข้อ คำถามอ่านง่าย และสะดวกในการตอบคำถาม แต่มีข้อจำกัดในการแปลผล คือต้องนำคะแนนที่ได้มาคำนวณก่อนจึงเปรียบเทียบเกณฑ์ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจเพียงพอในเรื่องนี้ อาจมีผลต่อการแปลความหมายของระดับอาการผิดพลาดได้ จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มีการศึกษา แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี test-retest และ split – half reliability เท่ากับ 0.73

4.2.4 Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES -D) พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) เป็นแบบคัดกรองอาการซึมเศร้าประเภท self – report มีค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองเท่ากับ 0.86 มีความตรงในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จุดตัดที่ 22 คะแนน เป็นจุดที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยให้ค่าความไว ร้อยละ 72 ความจำเพาะ ร้อยละ 85 และความแม่นยำ ร้อยละ 82

ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 15-18 ปี มีคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อย ๆ (2 คะแนน) ตลอดเวลา (3 คะแนน)

4.2.5 มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย หรือเรียกว่า Thai Depression Inventory (TDI) มีความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.7189 ( $P < 0.001$ ) โดยข้อคำถามเรื่อง psychomotor retardation และ loss of libido มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำ จากการทดสอบ construct validity โดยใช้วิธีการทางสถิติ principal component analysis with varimax rotation พบว่า มี 5 ปัจจัยที่สำคัญและ ปัจจัยที่เด่น คือ Anxiety – Insomnia factor ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป มีจำนวนข้อ 20 ข้อ แต่อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่มีการศึกษต่ำ อาจต้องใช้เวลาในการอ่านทำความเข้าใจ เพื่อตอบคำถามและใช้เวลานาน

4.2.6 ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Depression and suicide screening test) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งเป็น 1-6 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (depression) มี 2 องค์ประกอบ คือ 1) Mood and cognitive behavior component มีคำถาม 4 ข้อ 2) Somatic component มีคำถาม 2 ข้อ จุดตัดที่เหมาะสม (cut of point) ที่ 3 คะแนน โดยมีค่าความไว ร้อยละ 87.0 ความจำเพาะ 79.0 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 40.2 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 97.4 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 80.1 ความซุกของภาวะซึมเศร้าที่ตีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ร้อยละ 14.0 สำหรับคำถามเกี่ยวกับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 2 คำถาม อยู่ในข้อ 7-8 ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ คือ Suicidal intention component จุดตัดที่เหมาะสม (cut of point) ที่ 1 คะแนน โดยมีค่าความไว ร้อยละ 83.0 ความจำเพาะ 93.2 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 62.9 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 97.5 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 92.0 ความซุกของภาวะซึมเศร้าที่ตีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ร้อยละ 12.1 เครื่องมือฉบับนี้ใช้คัดกรองประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

สำหรับการศึกษานี้ เลือกใช้แบบประเมิน TDI เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยที่อาจมีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย เนื่องจากแบบประเมินนี้พัฒนามาจากบริบทของคนไทย โดยทำการศึกษาในประเทศไทยและใช้ลักษณะอาการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและเลือกใช้ตรงกับระดับอาการของตนเองได้ ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าได้ดี ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการอ่าน ผู้ศึกษาก็สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อตอบคำถามได้ มีจำนวนข้อไม่มาก เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างสูง

## 5. การบำบัดรักษา

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน การบำบัด รักษาจึงมีจุดเน้นที่แตกต่างกันด้วย จึงจำแนกการบำบัด รักษา ดังนี้ (พูนศรี รังษิณี, 2546; สุรพล วีระศิริ, 2547; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; สายฝน เอกวางกูร; 2553)

### 5.1 ภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อน บำบัด รักษาโดย

5.1.1 การให้การปรึกษารายบุคคล (Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น เข้าใจปัญหา สามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะจะสามารถแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

5.1.2 การทำจิตบำบัด ซึ่งอาจจำแนกได้หลายประเภท ได้แก่ จิตบำบัดแบบ  
 ระดับประคอง (Supportive psychotherapy) หรือการทำจิตบำบัดแบบการปรับแนวคิดและ  
 พฤติกรรม หรือ CBT ก็เป็นการบำบัดทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับแนวคิดทางลบให้เป็น  
 แนวคิดทางบวก และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต

5.1.3 การรักษาค่ายยา ในกลุ่มนี้เน้นการรักษาด้วยยาตามอาการที่เกิด เช่น  
 นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ  
 ในช่วงของการปรับตัวจากการสูญเสีย หรือ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต ไม่ได้เน้นการรักษา  
 ด้วยยาด้านเศร้า

5.1.4 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนทั่วไป เช่นการพูดคุยปรึกษาปัญหากับคน  
 ใกล้ชิด การออกกำลังกาย การมีงานอดิเรกทำ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างมากคิดวนเวียนแต่เรื่อง  
 ทุกข์ใจของตนเอง แต่เป็นการเบี่ยงเบนความคิด ความสนใจไปสู่สิ่งอื่น

## 5.2 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง บำบัด รักษาโดย

5.2.1 CBT เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง มีมุมมองว่าคนเราจะตอบสนองทั้งทางด้าน  
 อารมณ์ และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้ และ  
 ตีความสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเขาอย่างไร กระบวนการคิด (cognitive process) และการตีความเป็นสิ่งที่  
 เกิดขึ้นในจิตสำนึก บุคคลสามารถรับรู้ สังเกตความคิดของตนเอง และพิจารณาไตร่ตรองได้  
 แนวคิดนี้มองว่า กระบวนการรู้คิดและเนื้อหาของความคิดคนเราสามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งนำมาสู่  
 การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา (Beck, 1976)

5.2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เชื่อว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการ  
 สูญเสียแรงเสริมในทางบวก (positive reinforcement) พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้  
 ทำกิจกรรม มีความรื่นรมย์ รู้จักผ่อนคลายมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยแก้ไขความรู้สึกสิ้นหนทาง  
 ที่เคยประสบมาก่อน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ไปในทำนองเดียวกันกับเหตุการณ์ในอดีตที่  
 ทำให้เกิดความสิ้นหวังไปเสียทั้งหมด

5.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีประโยชน์เนื่องจากคู่สมรส หรือ  
 สมาชิกในครอบครัวอาจเป็นทั้งส่วนที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และได้รับผลกระทบจากการป่วยของ  
 ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจะช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องเหล่านี้

5.2.4 การรักษาด้วยยาด้านเศร้าวร่วมกับการทำจิตบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการ  
 ดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

5.2.5 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่อง  
 ทางสังคมอย่างมาก สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่

## 5.3 ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง บำบัด รักษาโดย

5.3.1 การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการให้การปรึกษา เพราะผู้ป่วย  
 กลุ่มนี้มักมีแนวคิดในแง่ลบ หรือพบญาติเพื่อประเมินอาการ และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจง  
 แก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล

5.3.2 การรักษาด้วยยา โดยให้ยาต้านเศร้าโดยปกติจะเห็นผลภายหลังให้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์

5.3.3 การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ CBT, interpersonal therapy, psychodynamic psychotherapy แต่ที่ได้รับความนิยมค่อนข้างมากในปัจจุบัน คือ การทำจิตบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรนำมาใช้ภายหลังจากให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ความรู้สึกที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงลดลงจากเดิมเสียก่อน หรืออาจใช้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มเชื่อมโยงเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึกได้จึงเริ่มบำบัดด้วย CBT เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบ (ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองต่ำ มองโลก สิ่งแวดล้อม และคนรอบข้างในแง่ร้าย มองอนาคตอย่างมืดมน) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การบำบัดด้วย CBT ช่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและพฤติกรรมจากเชิงลบ ให้เป็นเชิงบวก ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ยอมรับ การเจ็บป่วย ยอมรับการรักษา ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต ลด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาร่วมกันระหว่างการทำจิตบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ให้ผลในการรักษาดีกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

5.3.4 หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำเป็นต้องพบกับผู้ป่วยบ่อย ๆ โดยพิจารณาความเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง โดยเฉพาะญาติจะช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เจ้าหน้าที่ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแจ้งให้ญาติทราบทั้งความเสี่ยงและการป้องกัน

5.3.5 ในบางรายที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรงมาก จำเป็นต้องอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะปลอดภัยกว่า เพราะกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังใช้การรักษาด้วย ECT ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือไม่สามารถทนต่อยาต้านเศร้าได้

5.3.6 ครอบครัวบำบัด และกลุ่มบำบัด เพื่อทำหน้าที่ประคับประคองให้กำลังใจ ให้ความรู้ หรือทำหน้าที่รักษาภาวะสมดุลในครอบครัว ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับมาทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนเดิม



## 6. กลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Group Cognitive Behavior Therapy: GCBT)

### 6.1 ความหมายของ CBT

CBT เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548)

การบำบัดทางความคิด คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (ตัวอย่างเช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎีโดยใช้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหาหรือปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนๆ นั้น (Beck, 1976)

CBT มีจุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน 1) จำแนกตรวจสอบการมองในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต 2) พัฒนารูปแบบแนวความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่น หรือ แบบแผนความคิดที่มีทางเลือกใหม่ในมุมมองตามประสบการณ์ในชีวิต 3) ชักชวนความคิดใหม่และการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น (National Institute on Drug Abuse: NIDA, 2006)

CBT เป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยการตรวจสอบความคิด ทศนคติความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และจะปรับเปลี่ยนความคิดอย่างไร เพื่อให้เกิดผลดีต่อการกระทำของบุคคล (Joseph, 2010)

สรุปการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต ปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

### 6.2 กลุ่มบำบัดทางความคิด (Group Cognitive Therapy)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า Sharon & Arthur (2005) ได้กล่าวถึงกลุ่มบำบัดทางความคิดว่าเป็นกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) ชนิดหนึ่ง สำหรับประวัติศาสตร์ความเป็นมาของกลุ่มจิตบำบัดเริ่มดำเนินการครั้งแรกโดย Fried ในช่วงศตวรรษที่ 20 ซึ่งในอดีตแนวทางการปฏิบัติโดยทั่วไปของรูปแบบการทำกลุ่ม

ประกอบด้วย 3 ประการ คือ 1) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลภายในบริบทของกลุ่ม 2) พลวัตของกลุ่มจะให้ความสนใจปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 3) เป้าหมายของการทำกลุ่มในภาพรวมสนใจปัญหาด้านอาการของสมาชิกกลุ่ม รูปแบบการบำบัดในอดีตมีความคล้ายคลึงกับปัจจุบัน คือ การบำบัดกลไกทางจิตแบบรายบุคคลภายใต้บริบทของกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกในการเข้ากลุ่ม จะต้องเป็นผู้รับบริการที่มีการรับรู้ดี และมีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น มีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรควิตกกังวล เนื้อหาในการดำเนินกลุ่มก็จะเน้นเพื่อให้สมาชิกลดภาวะซึมเศร้า หรือลดความวิตกกังวล ปัจจุบันการบำบัดทางความคิด มีการเรียกชื่อใหม่ให้สอดคล้องกับการบำบัดว่ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

6.2.1 ลักษณะการบำบัดแบบกลุ่ม (Therapeutic Aspects of Group Therapy) พยาบาลที่ทำการบำบัดโดยเฉพาะในเด็กผู้ป่วยใน ยอมรับว่ากระบวนการกลุ่มมีประโยชน์และมีการพัฒนาทฤษฎีอย่างแพร่หลายเพื่อเป็นพลวัตของกลุ่ม (Group dynamics) กลุ่มบำบัดทางความคิด (Group Cognitive Therapy: GCT) เป็นการบำบัดที่ค้ำค่าและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย กลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Universality) การประคับประคองจิตใจ (Support) และการสะท้อนกลับระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้บำบัด (Feedback) ทั้งในด้านกระบวนการบำบัด ความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มต่อผู้บำบัด และต่อการบ้านที่มอบหมายให้สมาชิก อย่างไรก็ตามกลุ่ม GCT เป็นกลุ่มที่มีประโยชน์ในการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ การช่วยให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองคือหัวใจสำคัญในการบำบัด โดยเฉพาะการนำ การปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (CBT) มาใช้กับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1) การทำงานร่วมกันในการบำบัด (Therapeutic Engagement) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน นอกจากได้รับการวินิจฉัย และการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดด้วยวิธีอื่นเพื่อลดความทุกข์ใจอย่างท่วมท้น (overwhelmed) รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือตนเองได้ (helpless) หรือสิ้นหวัง (hopeless) การบำบัดด้วย GCT จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดความเชื่อใหม่ว่าตนเองสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้โดยวิธีการที่หลากหลาย การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้บำบัดเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการบำบัดด้วย CBT กลุ่ม GCT จึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดตนเอง โดยกระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันในหลายรูปแบบ เช่น การกำหนดระเบียบวาระ การแสดงบทบาทสมมติ และทำแบบฝึกหัดเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) การทำหน้าที่ในการวินิจฉัย (Diagnostic Functions) ตามปกติขั้นตอนในการวินิจฉัยจะเกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การบูรณาการประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มเข้าไปในการประเมินผลผู้ป่วย การสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกคนอื่น การสืบค้นปฏิสัมพันธ์ของคนอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อย จะมีปัญหาทางด้านอารมณ์เมื่อต้องประสบกับสิ่งกระตุ้นเร้าภายในกลุ่ม ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดมีความ

เข้มแข็งทางอารมณ์และจิตใจ และเข้าใจคนอื่น ๆ จะมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ซึ่งจะไม่พบปฏิกริยาเช่นนี้ในการบำบัดแบบรายบุคคล แต่พบได้ในกลุ่มบำบัดเท่านั้น สามารถสังเกตได้ทั้งในด้านการแต่งตัวของสมาชิก การแสดงออกภาษากาย ความประพฤติ และการสื่อสารที่ดี สิ่งเหล่านี้จะปรากฏได้ชัดเจนในการบำบัดครั้งที่ 3 เป็นต้นไป ทักษะทางสังคมแบบนี้ไม่พบในการบำบัดแบบรายบุคคล

3) ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Universality) การร่วมแสดงความคิดเห็นและการมีปฏิกริยาการตอบสนองภายในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดการรับรู้ว่าเขาไม่ได้มีความทุกข์ทรมานใจเพียงคนเดียว แต่ยังมีคนอื่นอีกมากมายที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับผู้ป่วย เทคนิคคล้ายกับ normalizing ของ CBT เป็นเทคนิคที่เป็นประโยชน์ในการทำกลุ่ม เพราะช่วยให้สมาชิกเข้าใจด้วยตนเองว่าทุกคนก็มีปัญหาทุกข์ใจเช่นกัน ไม่ได้มีแต่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว

4) สัมพันธภาพและการประคับประคองด้านจิตใจ (Relatedness and Support) กระบวนการกลุ่มช่วยให้สัมพันธภาพดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แยกตนเองแบบเรื้อรัง และช่วยประคับประคองจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก ได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยเหลือสนับสนุนการตัดสินใจบางอย่าง หรือช่วยเหลือบุคคลที่ต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตที่กดดันให้สามารถผ่านพ้นไปได้

5) รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation Format) รูปแบบการทำกลุ่มสามารถออกแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่พบในการเข้ากลุ่ม เช่น การรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด เนื้อหาการให้สุขภาพจิตศึกษาควรประกอบด้วยชีววิทยาของผู้ติดสารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย และ 12 ขั้นตอนในการเลิกสารเสพติด แนวคิดของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น สำหรับแนวคิดเบื้องต้นของการบำบัดด้วย CBT คือการให้ความสนใจที่ความคิด ฉะนั้นสุขภาพจิตศึกษาเน้นการสนับสนุนให้สมาชิกมีวิธีการคิดอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เน้นการฝึกปฏิบัติในกลุ่ม การมีอุปกรณ์ช่วยในการสอนจึงมีความจำเป็น นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมในการแสดงออกอย่างเหมาะสม และทักษะทางด้านพฤติกรรมอื่น ๆ สามารถนำมาเป็นเนื้อหาในการสอน ฝึกปฏิบัติ และมอบหมายการบ้านให้สมาชิกไปฝึกปฏิบัติได้

6) ห้องปฏิบัติการเพื่อสร้างประสบการณ์ (Laboratory for Experimentation) การดำเนินกลุ่มบำบัดเปรียบเสมือนห้องปฏิบัติการอย่างหนึ่ง ช่วยให้บุคคลได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของตนเอง ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ตามมา ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หรือควบคุมอำนาจ ภายใต้การบำบัดด้วยกลุ่ม GCT ซึ่งมีผู้นำกลุ่มที่มีประสบการณ์การบำบัดเป็นอย่างดี ช่วยแก้ปัญหาลำบากนี้ให้แก่สมาชิกกลุ่มได้



7) การเป็นแบบอย่างและการฝึกทักษะทางสังคม (Modeling and Social Skill Practice) สมาชิกกลุ่มบางคนอาจเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงออกทางพฤติกรรม และทักษะทางสังคมแก่สมาชิกคนอื่น ๆ กระบวนการกลุ่มสามารถให้บุคคลเรียนรู้การแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพ เช่น การแสดงออกอย่างเหมาะสม การเข้าใจผู้อื่น การกำหนดเป้าหมาย และการจัดการปัญหา นอกจากนี้การสอนทักษะทางสังคมเบื้องต้น การอภิปราย และการแสดงบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติทักษะเหล่านี้จำเป็นมากสำหรับสมาชิกกลุ่มทุกคน เป็นการเปิดโอกาสให้คนที่มีความบกพร่องทางทักษะสังคมได้ฝึกปฏิบัติ ช่วยให้มีความมั่นใจในทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น

8) แรงจูงใจสำหรับการบำบัดแบบรายบุคคล (Motivation for Individual Therapy) กลุ่มสามารถช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการบำบัดแบบรายบุคคล โดยการร้องขอของสมาชิกกลุ่มเองภายหลังการบำบัดแบบกลุ่ม และเห็นว่ากลุ่ม GCT มีประโยชน์ต่อตนเอง นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้การบำบัดแบบกลุ่มอาจพิจารณาตรวจสอบว่าสมาชิกกลุ่มคนใดบ้างที่สมควรบำบัดแบบรายบุคคล เช่น ผู้ป่วยที่แยกตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยปัญหาของตนเองสู่กลุ่ม เป็นต้น

9) การตระหนักรู้ (Awareness) การตระหนักรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างหนึ่งสำหรับกลุ่มบำบัดด้านความคิด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อมูลทั้งภายนอกและภายใน โดยจำแนกปัจจัยของการตระหนักรู้ออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

9.1) ปัจจัยด้านข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น เด็กที่ถูกเรียกว่าเป็น “คนโง่” เป็นผลทำให้เด็กคนนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการเรียนของตนเองได้ ซึ่งในกระบวนการกลุ่มถือว่าข้อมูลการตระหนักรู้ที่ไม่ถูกต้องสามารถค้นหา ตรวจสอบ และนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดเพื่อแก้ไขความคิดความเชื่อเดิมได้

9.2) ปัจจัยด้านข้อมูลที่ได้รับจากการสอนที่ผิดหรือไม่ถูกต้อง เป็นลักษณะของการเรียนรู้กฎเกณฑ์ต่างๆ ของสมาชิกที่เกิดจากการสั่งสอนในวัยเด็ก ซึ่งอาจเหมาะสมในสถานการณ์ในอดีต แต่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์ในปัจจุบัน และครอบครัวก็ไม่ได้แก้ไขความเข้าใจผิดนั้น ๆ

9.3) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความตระหนักมากเกินไป กับประสบการณ์ที่เจ็บปวดในอดีต การทำกลุ่มจะปลุกความคิดที่เกิดขึ้นในอดีตขึ้นมาอีกครั้งได้ กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้ค้นหาประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการทำกลุ่ม และช่วยบำบัดให้ผ่านพ้นไปได้

10) การฝึกซ้อมพฤติกรรมใหม่ (Rehearse New Behaviors) การแสดงบทบาทสมมติในขณะที่เข้าร่วมกลุ่มก่อนนำไปใช้ในชีวิตจริง กลุ่ม GCT จะช่วยตรวจสอบความเป็นจริงว่ามีความเหมาะสมหรือไม่หากต้องนำไปใช้ในชีวิตจริง

11) การบริหารทรัพยากร (Resource Management) การบำบัดแบบกลุ่มเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ใช้ระยะเวลาสั้น ประหยัดบุคลากร การเงิน และทรัพยากรอื่น ๆ โดยการบำบัดมุ่งเน้นเฉพาะปัญหาที่เป็นปัจจุบัน (here and now)

6.2.2 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม (Group Selection) โดยทั่วไปการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ประมาณ 6-10 คน ลักษณะข้อมูลทั่วไปในการเข้ากลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และปัญหาที่เข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีความรู้สึกไร้พลัง (lack of energy) และขาดความหวัง (lack of hopeful) นอกจากนี้อาจมีการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน เพื่อการเลียนแบบโครงสร้างทางสังคมตามความเป็นจริงมากที่สุด สมาชิกกลุ่มจะได้รับประโยชน์จากความเข้าใจที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ตามความเข้มแข็งทางประสบการณ์ของแต่ละคนที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่สงบ มีอาการทางสมอง บุคลิกภาพพ่วนวาย ควบคุมกลุ่มอย่างมาก ไม่ควรนำเข้ากลุ่ม

6.2.3 ระยะเวลาและความถี่ของการบำบัด (Length and Frequency of Sessions) ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มบำบัดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระยะเวลาที่ต้องอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยใน งบประมาณ ความสนใจของผู้บำบัด ตารางกิจกรรมของโรงพยาบาล ความจำกัดของสถานที่ โดยทั่วไปใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มประมาณ 1-1 ชั่วโมงครั้ง เวลาในการบำบัดประมาณ 10 ครั้ง หรือมากกว่า แต่ถ้าให้การบำบัด 2-5 ครั้งก็ถือว่าไม่ผิดปกติ

6.2.4 สถานที่และสิ่งแวดล้อมของกลุ่ม (Location and Setting) สถานที่และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มมีความสำคัญอย่างยิ่ง กลุ่ม GCT ต้องจัดภายในห้องที่เหมาะสม มีที่นั่งสบาย มีแสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทสะดวก ห้องสำหรับทำกลุ่มควรกว้างพอสำหรับสมาชิกกลุ่มได้ลุกเดินเพื่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มได้โดยรอบ ขณะที่มีการแสดงบทบาทสมมุติ นอกจากนี้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น กระดานดำ ขาดั่ง แผ่นรองกระดาษ ปากกา และเครื่องเขียน ควรอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้

6.2.5 คุณลักษณะของผู้บำบัด (Therapist Variables) ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่ม GCT ไม่ว่าจะเป็นนักจิตวิทยา จิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ก็ไม่ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดด้วยวิธีนี้ แต่ความสำคัญของผู้บำบัด คือ ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ และมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วย CBT เป็นอย่างดี สำหรับผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์เพียงพอ ควรทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในช่วงแรกก่อน (Yalom, 1995; Yalom, 2005)

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มบำบัด อย่างน้อยต้องเคยทำการบำบัดด้วย CBT หรือมีคุณสมบัติอย่างน้อย 1 อย่างหรือมากกว่า ดังนี้ 1) เคยให้การบำบัดแบบรายบุคคล 2) เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับ CBT 3) เคยได้รับการสอนหรืออบรมโดยผู้บำบัดด้วย CBT สำหรับจำนวนของผู้บำบัดในการบำบัดด้วย GCT ต้องมีอย่างน้อย 2 คน เหตุผลที่ต้องมี 2 คน คือ 1) เพื่อการทำงานที่เข้มแข็ง 2) เพื่อหลีกเลี่ยงการต่อต้านทางลบจากสมาชิกกลุ่ม 3) เพื่อการประจักษ์ปรักษาแนวคิดของสมาชิกให้มีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 4) ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มสามารถช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มให้บรรลุความสำเร็จในการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย



6.2.6 เน้นความสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน (Here and Now Focus) กลุ่ม GCT เป็นการบำบัดในระยะสั้น จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตของผู้รับบริการในวัยเด็กได้ เนื่องจากมีเวลาจำกัดจึงไม่สามารถให้สมาชิกทุกคนได้เปิดเผยรายละเอียดทั้งหมดของตนเอง ฉะนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงย้ำประสบการณ์ที่สำคัญที่เป็นเหตุการณ์ปัจจุบัน เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคิด ยกเว้นปัญหาความทุกข์ใจในปัจจุบันของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากประสบการณ์ในอดีต อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการปรับความคิด (reconstructive) ในอดีตของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.2.7 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม (Setting the Pace) ขั้นตอนแรกเป็นการเริ่มต้นการทำกลุ่ม GCT โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกและผู้บำบัดแนะนำตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบวาระ กฎกติกา ขั้นตอนพื้นฐาน ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกทุกคนเข้าใจ มีส่วนร่วมในการทำกลุ่ม และเกิดประโยชน์กับสมาชิกทุกคน

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย 1) การทบทวนหรือการนำเสนอหลักการเบื้องต้นของการบำบัดด้วย CBT 2) ทำความเข้าใจในการทำกิจกรรมในการบำบัด (เช่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติ หรือความคิดที่บิดเบือน ความคิดที่เป็นประโยชน์ หรือความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์) 3) การแลกเปลี่ยนความคิด เน้นถึงโครงสร้างทางความคิด การปรับความคิด และการนำวิธีการแก้ปัญหามาใช้ การมอบหมายงานให้สมาชิกกลุ่ม เพื่อนำมาใช้ช่วยเหลือให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับ CBT ช่วยให้เกิดผลการบำบัดประสบผลสำเร็จ

กระบวนการอื่น ๆ ที่นำมาช่วยในการบำบัดได้ คือ การหยุดความคิด เมื่อสมาชิกคิดวนเวียนแต่เรื่องที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ ข้อสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้บำบัดต้องไม่กำหนดขั้นตอนในการบำบัดมากเกินไป หรือดำเนินกลุ่มด้วยความรวดเร็วจนสมาชิกไม่เข้าใจ ทำให้สมาชิกรู้สึกสิ้นหวังกับปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดว่าไม่มีใครช่วยเหลือเขาได้เลย

6.2.8 การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) วัตถุประสงค์ที่สำคัญอันดับแรกของการบำบัด คือ การสอนให้บุคคลค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งปรากฏในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และรับรู้ผลกระทบความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา การบำบัดเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมาชิก ช่วยให้สมาชิกสามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดิม พยาบาลผู้บำบัดจะใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการค้นหาและแก้ไขความคิดอัตโนมัติ โดยการช่วยเหลือระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ซึ่งสมาชิกทุกคนจะได้รับประโยชน์จากกระบวนการนี้

6.2.9 การตีตราความคิดที่บิดเบือน (Labeling of Distortion) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ยอมรับว่าตนเองตีตรา หรือตอกย้ำในทางลบตลอดเวลา ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือน หรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง (เช่น ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนเองโดยไม่มีเหตุผล การคิดว่าตนสามารถรู้ว่ามีอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยปราศจาก

หลักฐานมายืนยัน การด่วนสรุปเร็วเกินไป เป็นต้น) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม เป็นตัวชี้นำของคำอธิบายความคิดนั้น ๆ และผลกระทบที่ตามมา

6.2.10 โปรแกรมกลุ่ม (Programmed Group) เป็นขั้นตอนการออกแบบการบำบัดที่สื่อถึงองค์ความรู้ของการปรับความคิด และพฤติกรรม เนื้อหาของโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ควรประกอบด้วยการทำความเข้าใจกันระหว่างสมาชิก การอธิบายให้สมาชิกกลุ่มฟังโดยย่อเกี่ยวกับหัวข้อการบำบัด เช่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติและการปรับความคิด การมอบหมายการบ้าน การกำหนดระเบียบวาระโดยกลุ่ม ระเบียบวาระที่กำหนดควรจำกัดมุมมองเล็ก ๆ ที่สามารถใช้เพื่อการช่วยเหลือให้สมาชิกค้นพบเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้

โปรแกรมกลุ่มบำบัดมีความเหมาะสมอย่างมากต่อหน่วยงานที่มีระยะวันนอนเป็นเวลานาน และประชากรมีความคล้ายคลึงกัน และสามารถคัดกรองผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงไม่ให้เข้าร่วมกลุ่ม หรือผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน ผู้ที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้หรือความจำ ภายใต้เงื่อนไขนี้พยาบาลผู้ให้การบำบัดจะมีความยากลำบากในการทำกลุ่มลดลง สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจ เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการทำกลุ่มบำบัดอย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในระยะเริ่มต้น ภารกิจแรกที่ต้องดำเนินการ คือ การถามชื่อของสมาชิกกลุ่ม และให้คำอธิบายสั้น ๆ ถึงสาเหตุที่ต้องเข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การประคับประคองจิตใจของสมาชิกกลุ่มช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวัง และขาดความภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ควรอธิบายเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม อธิบายโดยย่อเกี่ยวกับ CBT และการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับขั้นตอนในการบำบัด

ขั้นตอนที่สอง คือ การทำงานร่วมกันโดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติ การปรับความคิด การจัดการกับปัญหา โดยผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ในการเอื้ออำนวยให้เกิดประสบการณ์การบำบัดด้วย CBT ผู้นำกลุ่มอาจคัดเลือกเทคนิคที่อธิบายได้ง่าย อย่างไรก็ตามจุดสำคัญจะต้องเน้นที่การช่วยเหลือให้กลุ่มยอมรับความคิดที่บิดเบือน การเลือกตัดสินใจเพื่อ การฝึกปฏิบัติการปรับความคิดและพฤติกรรมในช่วงการบำบัด สิ่งที่ต้องตระหนักในบทบาทของพยาบาลผู้บำบัด คือ ความรู้สึกที่ว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (helplessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ของผู้ป่วยอาจรุนแรงขึ้นได้ หากผู้นำกลุ่มมีลักษณะเผด็จการหรือควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป ฉะนั้นกิจกรรมที่สำคัญในการทำกลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการอภิปราย แสดงความคิดเห็น และการส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นธรรมชาติของการบำบัดด้วย CBT

ขั้นตอนสุดท้าย คือ การทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดของสมาชิกกลุ่ม และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ และประสบการณ์ของเขาที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม การที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความรู้สึกลังเลใจ ตื่นเต้น และรู้สึกหวาดหวั่น ตลอดจนรู้สึกสูญเสียเพื่อนใหม่ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ความรู้สึกสนิทสนมกันแบบเพื่อนของสมาชิกกลุ่ม ถือได้ว่าเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งของการรักษาในโรงพยาบาล

เป้าหมายที่สำคัญของโปรแกรมการบำบัด คือ การนำประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลไปใช้ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### 6.2.11 ข้อแนะนำสำหรับการทำกลุ่มบำบัด CBT

- 1) ให้ความสำคัญกับการบำบัด โดยเน้นการสอนเทคนิค CBT แก่ผู้ป่วย เพื่อใช้ในการช่วยตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2) กำหนดระเบียบการที่มีความหมายในการทำกลุ่ม โดยใช้เวลา 5-15 นาที ในการทำกลุ่ม
- 3) เน้นการแก้ไขปัญหาที่ยุงยาก ซับซ้อน เพื่อการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับสมาชิกที่เข้ากลุ่มอย่างกว้างขวาง
- 4) ใช้การบ้านเพื่อเชื่อมโยงกับกลุ่ม CBT ตามสถานการณ์ที่เกิดเหตุการณ์
- 5) ทำงานกับการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

### 6.3 ความคิดรวบยอดทางด้านความคิด (Cognitive Conceptualization)

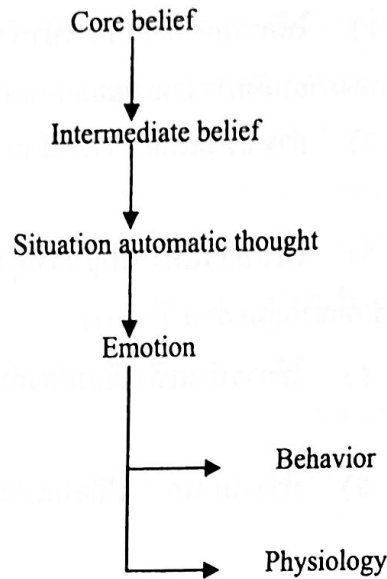
ความคิดรวบยอดทางด้านความคิด เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดในการเข้าใจแบบแผนการคิดของผู้ป่วย ได้แก่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995; Grant et al., 2004)

6.3.1 ความเชื่อที่เป็นแกนกลาง (Core Belief) เป็นความเชื่อที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่มีความสำคัญกับบุคคลในวัยนั้น และพัฒนามาจากการที่บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เล็กจนโต โดยส่วนใหญ่แล้วเราจะคงไว้ซึ่งความเชื่อที่เป็นแกนกลางเชิงบวก ความเชื่อที่เป็นลบอาจเกิดขึ้นได้เพียงผิวเผินเมื่อบุคคลประสบกับความเครียด แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อที่เป็นแกนกลาง 2 ประเภท คือ 1) คิดว่าตนเองไม่มีใครช่วยเหลือได้แล้ว (helplessness) และ 2) ไม่มีใครรักฉันเลย (unlovability) ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่ง หรืออาจมีความเชื่อรวมกันทั้ง 2 แบบก็ได้ ความเชื่อเหล่านี้สามารถพัฒนากลายเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยการมองทุกอย่างไปในแง่ร้ายหรือเชิงลบ

6.3.2 ความเชื่อที่อยู่ระหว่างกลาง (Intermediate Belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อที่เป็นแกนกลาง และความคิดอัตโนมัติ กลุ่มความเชื่อระหว่างกลางนี้ได้แก่ ทศนคติ กฎหรือ ความคาดหวังและการสันนิษฐานไปเอง (assumptions) กลุ่มนี้พัฒนาขึ้นมาจากความเชื่อที่เป็นแกนกลาง และมักจะไม่พูดออกมาเป็นคำพูดอย่างชัดเจน (unarticulated) ฉะนั้นแนวทางในการรักษาขั้นแรกจะต้องจัดการกับความคิดอัตโนมัติ

6.3.3 ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) เป็นความคิดอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นตามความจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (distorted thinking) ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยค้นหาหรือจับความคิดของตนเองได้ แล้วประเมินว่ามีผลเสียต่อตนเองอย่างไร แล้วจึงตัดแปลงความคิดนั้นเพื่อจะทำให้อารมณ์

พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติเช่นเดิม



ภาพที่ 2 ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อสถานการณ์และนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995)

จากภาพที่ 2 ผู้บำบัดต้องเข้าใจถึงจิตใจของผู้ป่วยในแง่ของความคิด ความเชื่อที่สัมพันธ์กับอารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกายที่เกิดขึ้น หรือเป็นการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) มองโลกแบบเดียวกับผู้ป่วยมอง คือเหมือนมองด้วยตาของผู้ป่วยเลยทีเดียว เนื่องจากผู้บำบัดต้องร่วมมือกับผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายในการรักษา และร่วมกันเดินทางไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

จากแนวคิดรูปแบบทางความคิด (Cognitive Model) ได้กล่าวถึงว่า คนเราจะมี ความเข้าใจเหตุการณ์หรือเข้าใจสถานการณ์เป็นอย่างไร ให้พิจารณาจากความคิดอัตโนมัติของ คน ๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่อถึงการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทาง สรีรวิทยา แม้ว่าบางเหตุการณ์ใครที่พบปะก็ยอมที่จะรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจหรือรู้สึกว่าถูกทำร้าย จิตใจ ถูกทอดทิ้งหรือรู้สึกล้มเหลวก็ตาม แต่คนที่มีความผิดปกติทางจิตก็มักจะเข้าใจเหตุการณ์ ในทางที่รุนแรงมากกว่าปกติ หรือบางคนอาจมองเหตุการณ์ในทางบวกเป็นเหตุการณ์ในทางลบ เพราะฉะนั้นความคิดอัตโนมัติของคนเหล่านี้จึงมีความลำเอียง ในการบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้ พิจารณาความคิดของตนเอง และแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป จากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ทั้งนี้ต้องค้นหามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งแบบ แผนความคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Grant et al., 2004; Wright, et al., 2009)

- 1) การคิดว่าตนสามารถรู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยปราศจากหลักฐานมายืนยัน (Mind-reading) ตัวอย่างเช่น “เขาคิดว่าฉันไม่มีความรู้อะไรเลยเกี่ยวกับเรื่องนี้”
- 2) การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยขาดหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune-telling)
- 3) ความเชื่อในผลลัพธ์บางสิ่งบางอย่าง หรือการมองเหตุการณ์การมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
- 4) การยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น ๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปว่านักเรียนเพื่อการสอนของตนทั้ง ๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มึท่าที่เบื่อหน่าย
- 5) การสรุปในทางลบโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Arbitrary inference)
- 6) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/ minimization)
- 7) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น ฉันประสบความสำเร็จล้มเหลวถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ
- 8) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of self worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”
- 9) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
- 10) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization)
- 11) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking)

สรุป Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (cognitive triad) ในที่นี้หมายถึง การมองตนเอง มองโลก มองอนาคตในทางลบ การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบนั่นเอง (negative thought) (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

#### 6.4 วิธีการบำบัดด้วย CBT

6.4.1 การประเมินความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Assessment) (Stuart, 1998; Stuart, 2005)

CBT ให้ความสำคัญกับการประเมินการกระทำของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึก ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การประเมินรวมถึง การรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาจากข้อมูลที่ได้ อธิบายถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ระบุถึงสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ๆ



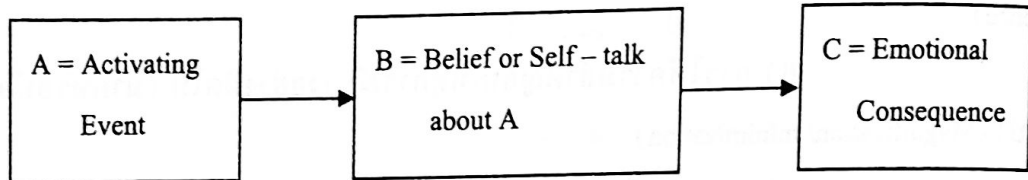
รวมถึงการทบทวนความเข้มแข็ง และจุดบกพร่อง ที่ผู้ป่วยใช้เป็นข้อสันนิษฐานโดยไม่มี การตรวจสอบหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเป็นข้อยืนยันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะได้มาซึ่งปัญหาที่ชัดเจน พยาบาลต้องใช้คำถามดังต่อไปนี้

อะไรคือปัญหา

ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร ใครหรืออะไรที่ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ อะไรที่เป็นผลตามมาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

ในการประเมินนี้ พยาบาลต้องประเมินความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลาของการเกิดปัญหาด้วย

ขั้นตอนต่อไปพยาบาลต้องค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ ABC Model ดังนี้ (ภาพที่ 3)



A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น

B คือ ความเชื่อ ความคิด หรือการบอกตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา

ภาพที่ 3 ABC Model (Lewinsohn et al., 1978; Beck, 1995; Wright & Beck, 1995)

## 6.5 ทักษะของผู้บำบัด

6.5.1 ทักษะในการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีทักษะสำคัญ ดังนี้ (Joyce, 1996; Sharon and Arthur, 2005; Stuart, 2005)

1) การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ประกอบไปด้วย กระบวนการต่าง ๆ ในการบำบัดแต่ละครั้งมีระเบียบวาระที่ชัดเจน ช่วยให้การใช้เวลาในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

2) การกำหนดเป้าหมายในการบำบัด (Set goal) เป็นการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์อย่างไรต่อผู้รับบริการ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งในการกำหนดเป้าหมายต้องดำเนินการร่วมกับผู้ป่วย

3) การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการบำบัด

4) การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จักการบำบัดในรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) และเตรียมการให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร

5) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

6) การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุป ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงของตนเองได้ชัดเจนขึ้น หรือคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติตนเอง

7) การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แฉ่ง โดย

A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)

B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief)

C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้อารมณ์แฉ่ง

8) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence หรือ evidence – counter evidence technique) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน เหตุผลมาสนับสนุนความคิด ความเชื่อทั้งในด้านบวกและด้านลบว่ามีความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา

9) การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่า ความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

10) การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัดและเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย

11) การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งในการพบกัน ผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

6.5.2 ทักษะในการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) (Joyce, 1996; Stuart, 2005) ประกอบด้วยทักษะย่อย 6 ประการ ดังนี้

1) การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring thought and feelings) ขั้นตอนแรกในการดำเนินการ คือ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบ

ความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกความคิดที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้เป็นการบันทึกเป็นประจำวัน ดังปรากฏในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought) (Stuart, 2005)

ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้น	อารมณ์ที่เกิดขึ้น	ความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล	อารมณ์ที่เกิดขึ้น ใหม่
		ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน

เมื่อผู้ป่วยบันทึกตามแบบฟอร์มนี้ ผู้ป่วยจะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้นว่าความคิด ความเชื่อของตนเองที่แสดงออกโดยความคิดอัตโนมัติจะเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด การปรับตัวที่ไม่ดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ความเชื่อคงอยู่ คำถามจะเกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของข้อมูลความคิดที่บิดเบือน การให้ผู้ป่วยหาหลักฐานอาจต้องให้ค้นหาจากเจ้าหน้าที่ครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยสู่ความคิด ความเชื่อที่เป็นจริง และมีการแปลความหมายอย่างเหมาะสม

3) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป (Examining alternatives) ผู้ป่วยจำนวนมากมองตนเองว่าเป็นผู้ที่สูญเสียหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ความคิดแบบนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ป่วยไปสู่การเผชิญปัญหาที่เข้มแข็ง

4) ความไม่ล้นเหลือ (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการช่วยผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าตนเองล้นเหลือ หรือโชคร้ายมากกว่าความเป็นจริง คำถามที่พยาบาลสามารถถาม ได้แก่ “สิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับคุณคืออะไร” “มันคงเป็นเรื่องร้ายแรงถ้าสิ่งนั้นเกิดจริง ๆ กับทุกคน” “คนอื่น ๆ เผชิญปัญหากับมันอย่างไร” เป้าหมายของการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นผลที่ตามมาของการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดได้ทั่วไป ไม่ใช่เกิดกับผู้ป่วยคนเดียวหรือไม่เคยเกิดกับใครเลย ดังนั้นจึงเป็นความล้นเหลือหรือโชคร้ายที่เกิดเพียงเล็กน้อย

5) การมองปัญหาในแง่ใหม่ (Reframing) เป็นกลวิธีในการเปลี่ยน การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรม เกี่ยวข้องกับการเน้นประเด็นปัญหาหรือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เช่น แนะนำลูกให้เข้าใจมารดา ที่ไปยุ่งเกี่ยวกับลูกมากเกินไป เป็นเพราะความรักลูกมาก มุมมองใหม่นี้ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น

กลวิธีดังกล่าวเมื่อความคิดเปลี่ยนไปจะช่วยให้ความรู้สึกและพฤติกรรม ของคนในครอบครัวดีขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองในแง่ใหม่ที่ เป็นเชิงบวก หรือการที่บุคคล ตกลงงานไม่มีงานทำก็จะเกิดความเครียด รู้สึกตัวเองแย่ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถมองในมุมมอง ใหม่ว่ามีโอกาสที่ดีได้ทำงานใหม่และมีเวลาพักผ่อนมากขึ้นในช่วงว่างงาน

6) วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) เน้นที่ แรงจูงใจของผู้ป่วยที่ยอมรับความคิดความเชื่อด้านลบ เมื่อพบว่ามีความคิดความเชื่อด้านลบ ไม่เกิดประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักว่าหากคิดในด้านลบแล้วมีแต่โทษต่อ ร่างกายจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่

#### 6.5.3 การปรับพฤติกรรม (Behavioral procedures)

การปรับพฤติกรรมปกติจะใช้ในการบำบัดแบบรายบุคคล แต่ก็สามารถ ใช้ในการบำบัดแบบกลุ่มได้เช่นกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดกิจกรรม การ มอบหมายงาน และองค์ประกอบของพฤติกรรม (Sharon & Arthur, 2005)

1) การกำหนดกิจกรรม (Activity scheduling) การกำหนด กิจกรรมตามโปรแกรมของ CBT มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1.1) กำหนดกิจกรรมของสมาชิกกลุ่มในแต่ละวัน
- 1.2) จัดระบบความคิดของผู้ป่วยตามความเป็นจริง
- 1.3) ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือแยกตนเอง

มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น

1.4) เป็นการกำหนดกิจกรรมให้สมาชิกมีความพึงพอใจ โดยการฝึกให้สมาชิกรู้ว่าตนเองเป็นผู้จัดการปัญหา และรู้สึกเพลิดเพลินในการเรียนรู้ (Mastery and pleasure)

- 1.5) สอนให้สมาชิกกลุ่มได้ตรวจสอบตนเอง
- 1.6) การกำหนดกิจกรรมเป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าใน

การบำบัด

สิ่งที่พบบ่อยในการกำหนดกิจกรรม คือ ช่วยให้ค้นพบเหตุการณ์หรือ พฤติกรรมที่จะมากระตุ้นความคิดอัตโนมัติ ความรู้ความเข้าใจที่ได้สามารถนำไปรวมอภิปรายใน กลุ่มเพื่อหาข้อสรุปในการยุติปัญหา

2) การมอบหมายงาน (Graded task assignments) การมอบหมาย งานช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองอย่างช้า ๆ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในที่สุด การมอบหมาย งานจะดำเนินการเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีปัญหาให้มีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

3) การชักซ้อมพฤติกรรมใหม่ (Behavioral component) กลุ่มบำบัดทางความคิดสามารถนำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติ เพื่อการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วย เช่น การฝึกสื่อสารกับคนอื่น ๆ ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ การฝึกปฏิบัติและการสะท้อนกลับภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังนำหลักของพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในกลุ่มอีกหลายรูปแบบ เช่น (Wright & Beck, 1995; Sharon & Arthur, 2005; Wright et al, 2009)

1) การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยลงมือกระทำเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิดความเชื่อนั้น ๆ

2) การชักซ้อมให้ผู้ป่วยพัฒนาความคิด (Cognitive rehearsal) เช่น  
2.1) จากการมองในแง่ไม่ดีเป็นการมองในแง่ดี และถูกต้องตามความเป็นจริง

2.2) การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) ใช้อย่างรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการ หรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้อย่างตืดจนรู้สึกเจ็บ เพื่อเตือนตนเองให้หยุดคิด

2.3) ฝึกให้คิดช้าลง (Thought delay) โดยคิดแยกแยะวิเคราะห์ตนเอง และมองความคิดอย่างช้า ๆ และคิดให้มีความสุข

6.5.4 การปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Interaction skills) ซึ่งเป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มช่วยให้กลุ่มเกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น เอื้ออาทร เช่น การดำเนินกลุ่ม (moderating) การแปลความหมาย (interpretation) การเชื่อมโยง (linking) การสกัดกั้น (blocking) การให้กำลังใจ การกำหนดขอบเขต (limiting) และการปกป้อง (protection) (Yalom, 1995)

## 6.6 บทบาทของพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT โดยพยาบาลมีการนำมาใช้โดย Mark (1975 cited in Stuart, 2005) เป็นจิตแพทย์และทำการวิจัยในลอนดอนจัดทำโปรแกรมโดยเตรียมพยาบาลให้มีความรู้ในการบำบัดด้วย CBT โปรแกรมนี้ยังคงนำมาใช้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันที่ สถาบันจิตเวช ณ Maudsley ในลอนดอน ผลลัพธ์ของการบำบัดโดยพยาบาลประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับการบำบัดโดยวิชาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีการคำนวณค่าใช้จ่าย พบว่า การบำบัดโดยพยาบาลประหยัดมากกว่าวิชาชีพอื่นเพราะใช้บุคลากรน้อยกว่า จากข้อค้นพบนี้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลในประเทศอังกฤษ และสกอตแลนด์ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา



Stuart (2005) ได้กล่าวถึงบทบาทขั้นพื้นฐาน (basic role) ของพยาบาลในการบำบัดด้วย CBT มี 3 ด้าน ในแต่ละด้านสามารถปฏิบัติโดยพยาบาลทั้งหมด แต่มีความแตกต่างกันไปตามระดับความเชี่ยวชาญของแต่ละคน จากพยาบาลที่เริ่มฝึกหัดจนถึงพยาบาลทั่วไป และพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้

6.6.1 การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Providing direct patient care) พยาบาลจิตเวชให้บริการผู้ป่วยโดยตรงทั้งในแผนกผู้ป่วยในและหน่วยที่ให้บริการในชุมชน คุณค่าของ CBT อยู่ที่การให้การบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรักษาส่วนใหญ่จึงดำเนินการได้อย่างเหมาะสมที่หน่วยงานบริการในชุมชน และสามารถให้การบำบัดเพื่อเกิดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่จากการส่งเสริมสุขภาพถึงการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมด้วย

6.6.2 การวางแผนโปรแกรมการรักษา (Planning treatment programs) พยาบาลทำหน้าที่ในการวางแผนและประสานงานโปรแกรมการรักษาที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก เพื่อขยายผลการบำบัดรักษาให้แก่พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

6.6.3 บทบาทของครูให้กับผู้อื่นในการใช้เทคนิค CBT (Teaching others the use of cognitive) บทบาทที่สำคัญนี้ตั้งแต่การเป็นที่ปรึกษาและครูของพยาบาลอื่น ๆ วิชาชีพอื่น ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสอนให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนผู้ป่วยให้สามารถบำบัดตนเองได้และเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ในที่สุด CBT จะมีการพัฒนาเจริญงอกงามในความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของพยาบาลจิตเวชทั้งหมดใน 10 ปีข้างหน้า

## 7. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

### 7.1 ความหมาย

จำลอง ดิษยวณิช (2534) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคอง คือการบรรเทาอาการของผู้ป่วยหรือการแก้ปัญหาเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อความเครียด และทำหน้าที่ในสังคมได้ จิตบำบัดชนิดนี้เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือความขัดแย้งในระดับจิตรู้สำนึก โดยพยายามประคองและเพิ่มพลังกลไกทางจิต เพื่อก่อให้เกิดภาวะสมดุลด้านจิตใจ โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพโดยตรง

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคองมีจุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงการรักษา (therapeutic relationship) ร่วมกับการชี้แนะอย่างอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็ว โดยไม่ต้องค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งดังเช่นในจิตบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ จิตบำบัดชนิดนี้ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นสาเหตุของโรคมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และปัญหาการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ริงลิมันต์ สุนทรไชยา (2553) ให้ความหมายของจิตบำบัดระดับประคองว่า มีรากฐานมาจากจิตบำบัดที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตของบุคคลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งใช้การสำรวจค้นหาข้อขัดแย้งของจิตใต้สำนึกด้วยการรับรู้ภายใน มีเป้าหมายในการปรับโครงสร้างของกลไกป้องกันทางจิต และเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพโดยผ่านการตีความหมายของความรู้สึก ความเพ้อฝันและความเชื่อ

Werman (1984) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง ที่ผู้รักษาช่วยชดเชยหน้าที่ทางจิตใจบางอย่างที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเองไม่ได้ หรือทำได้ดีไม่เพียงพอ

Tarachow (1998) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคองเป็นการทำจิตบำบัด ที่คำนึงถึงเหตุการณ์ปัจจุบัน (here and now) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง เป็นการประคองจิตใจผู้ป่วย

Winston et al. (2004) กล่าวว่าจิตบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาแบบสองทาง ซึ่งเน้นการปรับปรุงและฟื้นฟู หรือพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตัวเอง การทำหน้าที่ของจิตใจ และทักษะการปรับตัว วัตถุประสงค์ของการรักษาให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพ การรับรู้ความจริง รูปแบบการตอบสนองทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน

จิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy: SP) หมายถึง การบำบัด โดยให้ความสำคัญกับชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะความจริง (ออกจากอาการทางจิต) และจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน ผลกระทบจากการป่วยและการปรับตัว เป็นความสัมพันธ์เชิงบำบัด (therapeutic alliance) ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นการให้ความมั่นใจ ให้คำอธิบาย ทำให้เรื่องราวมีความชัดเจนขึ้น ให้คำแนะนำและชี้แนะ ลดความคาดหวังของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเอง รวมทั้งการประสานงานกับคนในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Dickerson et al, 2005 ; Bloch, 2006)

Junaid & Hegde (2007 อ้างใน ริงลิมันต์ สุนทรไชยา, 2553) ให้ความหมายว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมหรือจิตวิทยารูปแบบหนึ่ง ที่ถือเป็นพื้นฐานของของการบำบัดทางจิต เพื่อช่วยผู้ป่วยทำหน้าที่ตามปกติได้ดีขึ้นโดยการสนับสนุนช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเหตุการณ์ในชีวิตของตน ตามสภาพแวดล้อมที่ยอมรับได้ เพื่อช่วยลดอาการทางจิตหรือความตึงเครียด ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เสริมกลไกทางจิตของผู้ป่วยให้มั่นคงขึ้น ส่งเสริมวิธีการอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา ช่วยแก้ไขหรือลดปัจจัยภายนอกที่ก่อปัญหา

จากนักวิชาการหลายท่านข้างต้น ได้กล่าวถึงความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งเน้นแบบรายบุคคล สำหรับนักวิชาการที่กล่าวถึงจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีดังนี้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Group Supportive Psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเป็นสื่อ เน้นการประคับประคองสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจในการเข้าถึงปัญหาทางจิต วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการปัญหา โดยใช้กระบวนการและพลังความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และความร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้บำบัดได้รับการศึกษาและอบรมมาโดยเฉพาะ

Yalom (1995) กล่าวว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ที่ใช้กลไกของกลุ่มในการบำบัด โดยช่วยให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม ลักษณะของกลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยจำนวนหลาย ๆ คน สมาชิกประกอบด้วยผู้มีปัญหาตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป มาร่วมกันทำงานเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการ ซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล

สรุป กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง หมายถึง การรักษาทางจิตแบบกลุ่มสำหรับผู้มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่ค้ำเนื่องถึงเหตุการณ์ปัจจุบัน (here and now) โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาหรือความขัดแย้งในระดับจิตสำนึก เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเหตุการณ์ในชีวิตของตนเอง เพื่อเข้าใจถึงปัญหาของตนเอง วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเอง ค้นพบแนวทางการจัดการปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เกิดพลังความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และความร่วมมือ ช่วยลดอาการทางจิตหรือความตึงเครียด ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิต เกิดกำลังใจ ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

## 7.2 เป้าหมายของจิตบำบัดระดับประคอง

การบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคอง มีเป้าหมายโดยตรงต่อผู้ป่วย โดยอ้อมต่อผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัว เป้าหมายการทำจิตบำบัดระดับประคอง มีดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005)

7.2.1 ประคับประคอง ช่วยเหลือ สนับสนุน ปรับปรุงสภาวะจิตให้เข้มแข็ง รวมทั้งการปรับตัวในจิตใจและสภาพแวดล้อม

7.2.2 ลดอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล หวาดระแวง หรือช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นชั่วคราวในบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีทั่วไป

7.2.3 ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมและทางจิตวิทยาที่เป็นไปได้ของผู้ป่วย โดยฝึกทักษะทางสังคม ฟันฟู และให้แรงเสริมต่อความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่ผันแปรและความท้าทายของชีวิต

7.2.4 สนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความมีคุณค่าประโยชน์หรือแหล่งประโยชน์ของตนเองและการได้รับประโยชน์ที่มีอยู่แล้วนั้น

7.2.5 สร้างความตระหนักของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ชีวิต รู้จักข้อจำกัดของตน และข้อจำกัดของการรักษาของแต่ละบุคคล

7.2.6 ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการกำเริบ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

7.2.7 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือแบบวิชาชีพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิงแบบไม่มีที่สิ้นสุด

7.2.8 เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพ สู่สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน

โดยสรุป เป้าหมายหลักของจิตบำบัดระดับประคอง คือ ส่งเสริมความเข้มแข็งในการปรับตัวและปรับใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ลดอาการหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยให้มากที่สุด

### 7.3 วัตถุประสงค์ของจิตบำบัดกลุ่ม

7.3.1 สร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

7.3.2 ผ่อนคลายความเครียด อาการไม่สบายใจ ภาวะทุกข์ทรมาน กระวนกระวายใจ ความผิดปกติในด้านความรู้สึก พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม หรือความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา

7.3.3 แก้ไขความคับข้องใจและอุปสรรคในใจของผู้ป่วยในกลุ่ม ซึ่งจะมีส่วนในการร่วมความทุกข์ซึ่งกันและกัน

7.3.4 รู้จักใช้กลไกทางจิตที่ถูกต้องและเหมาะสม

7.3.5 รู้จักการควบคุมอารมณ์ การแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม

7.3.6 รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม

7.3.7 เพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนเอง

7.3.8 พัฒนาความเข้าใจตนเองให้ถูกต้อง

### 7.4 หลักการทำจิตบำบัดกลุ่ม

7.4.1 ผู้บำบัด 2 คน ได้แก่ ผู้บำบัด และผู้ช่วยผู้บำบัด

7.4.2 เวลาที่ใช้แต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง

7.4.3 จัดกลุ่มเป็นวงกลม ผู้บำบัดและผู้ช่วยผู้บำบัดนั่งทำมุม 90 – 180 องศา

ต่อกัน

7.4.4 เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง

7.4.5 เน้นให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างมีอิสระในขอบเขตของการยอมรับของสังคม

7.4.6 ต้องเตรียมผู้ป่วยใหม่ทุกคนก่อนนำมาเข้ากลุ่ม

7.4.7 ผู้บำบัดต้องพูดกับกลุ่ม หลีกเลี่ยงการพูดหรือตอบคำถามกับผู้หนึ่งผู้ใด

โดยเฉพาะ

## 7.5 การดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

7.5.1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพต่อกัน (the introductory or initiating phase) เป็นการอุ่นเครื่อง ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ทำความเข้าใจกับกลุ่มเรื่องวัตถุประสงค์ กฎเกณฑ์กติกา เป็นระยะที่สมาชิกตรวจสอบดูว่ากลุ่มเป็นสถานที่ที่ยอมรับเขาโดยไม่มีการตัดสินหรือไม่ เขาจะได้ประโยชน์อะไรจากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ จะเข้าใจช่วยเหลือเขาได้มากน้อยเพียงไร (ใช้เวลา 1/6 ของเวลาทั้งหมด)

7.5.2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา (the working phase) เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเริ่มพัฒนาความไว้วางใจในกลุ่ม มีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย เชื่อมั่นในกลุ่ม สมาชิกมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีการระบายความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมาให้ผู้อื่นรับรู้ กิจกรรมประกอบด้วยการนำปัญหาเข้าสู่ความสนใจของกลุ่ม ซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบันหรือเมื่อเร็วๆ นี้ ให้กลุ่มได้ถกหารายละเอียดของปัญหา กลุ่มวิจารณ์ให้ข้อเสนอแนะ นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มมาพิจารณาและแก้ไข (เวลาที่ใช้ 4/6 ของเวลาทั้งหมด)

7.5.3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (terminate phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในกลุ่ม รวมทั้งช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่องงาม และช่วยให้สมาชิกมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป กิจกรรมประกอบด้วยการสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะ สรุปการเรียนรู้กันในกลุ่ม และวางแผนสำหรับการทำกลุ่มในคราวต่อไป (ถ้ามี) (เวลาที่ใช้ 1/6 ของเวลาทั้งหมด)

## 7.6 กระบวนการบำบัด

7.6.1 ระยะการเริ่มต้น เป็นการประเมินและศึกษาผู้รับบริการรายกรณี เพื่อวินิจฉัยการเจ็บป่วยและอธิบายปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา ระบุเป้าหมายและผลลัพธ์ เป็นระยะ บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลงการบริการ อธิบายลักษณะของการบำบัด ระยะเวลา ข้อกำหนดพื้นฐานต่างๆ ระยะการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดอาจไม่ได้ทำเฉพาะครั้งแรกเท่านั้น แต่สามารถทำได้ในครั้งต่อมา

7.6.2 ระยะการทำงานร่วมกัน ผู้นำบำบัดตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ พร้อมดำเนินการในเชิงบวก เช่น การแสดงความใส่ใจ ทำความเข้าใจปัญหาหรือความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วย ประคับประคองอารมณ์ ความรู้สึกหรือวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม หรือการให้ความรู้ คำแนะนำตามความเหมาะสมของปัญหาของผู้รับบริการ ผู้นำบำบัดชี้ให้ผู้รับบริการเห็นปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับการทำงานของสภาพจิต กลไกการป้องกันตัว ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทักษะการปรับตัว รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับผู้รับบริการ

7.6.3 ระยะการสิ้นสุด การสิ้นสุดการบำบัดขึ้นอยู่กับการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือผู้รับบริการเลือกที่จะยุติการบำบัด หากผู้นำบำบัดเชื่อว่าการบำบัดทำให้เกิดอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น การทำงานของสภาวะจิตผิดปกติ เช่น หลงผิด หรือสิ้นหวัง หรือทักษะการปรับตัว



บกพร่อง ผู้นำบัดควรยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง อาจต้องการค้นหาปัญหาเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนรูปแบบการบำบัด ในระยะสิ้นสุดอย่างเป็นทางการผู้รับบริการควรสามารถสรุปผลประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัด และสามารถนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง

### 7.7 ทักษะการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะในการดำเนินกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทักษะที่จำเป็นได้แก่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552)

7.7.1 ทักษะการตอบสนอง (reaction skills) ประกอบด้วยทักษะการฟัง (listening) การทวนซ้ำ (restatement) การสะท้อนความรู้สึก (reflection) การทำให้กระจ่าง (clarification) และการสรุปความ (summarizing)

7.7.2 ทักษะการปฏิสัมพันธ์ (interaction skills) ประกอบด้วยทักษะดังต่อไปนี้

1) ทักษะการดำเนินกลุ่ม (moderating) เป็นทักษะการใช้คำพูด หรือท่าทีที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อการควบคุมปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม เพื่อเป็นการประกันว่าทุกคนจะได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตน เป็นประโยชน์แก่สมาชิกทั้งหมด ทำให้เกิดการเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มมากขึ้น

2) ทักษะการแปลความ (interpretation) หมายถึงการนำเอาสิ่งที่ผู้พูดมาแปลความใหม่ให้ลึกซึ้งมากกว่าที่เขาพูด ทักษะนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในระดับลึกซึ้งมาก เป็นการช่วยให้สมาชิกขยายความเข้าใจและมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เข้าใจตนเองและเปิดเผยตนเองมากขึ้น เป็นการอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมของสมาชิก

3) การเชื่อมโยง (linking) เป็นทักษะในการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ในการสื่อสารของสมาชิกในแต่ละคน เพื่อช่วยให้เขาใกล้ชิดกันมากขึ้น พัฒนาความสามัคคี

4) การสกัดกั้น (blocking) เป็นทักษะที่จะเข้าไปป้องกันการเกิดความไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยกลุ่มหรือสมาชิกบางคน ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะนี้ในการที่จะเอื้อให้กลุ่มดำเนินอยู่ในแนวทางที่จะเกิดความสำเร็จได้โดยสมาชิก ในการใช้ทักษะนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้ความรู้ของตนเองเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม และมีความไว (sensitive) ต่อกลุ่ม

5) การสนับสนุนและการประคองด้านจิตใจ (encouraging and supportive) เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มให้การเสริมแรงแก่สมาชิกที่พยายามเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงออกทั้งความคิดและความรู้สึก รวมทั้งสมาชิกได้ลดความวิตกกังวลลง

6) ทักษะการกำหนดขอบเขต (limiting) เป็นทักษะที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการกำหนดขอบเขตของโครงสร้างในกลุ่ม ป้องกันการเกินเลย ป้องกันพฤติกรรมอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้

7) ทักษะการปกป้อง (protection) เป็นทักษะใช้ในการป้องกันไม่ให้สมาชิกวิพากษ์วิจารณ์กันมากเกินไป เช่น โยนความผิดให้ผู้อื่น หรือพูดทำร้ายจิตใจกัน ทักษะนี้จะช่วยไม่ให้เกิดปัญหาในกรณีที่เกิดความกดดันในกลุ่ม และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้

7.7.3 ทักษะการแสดงออก (action skills) ประกอบด้วยทักษะการตั้งคำถาม (questioning) การเผชิญหน้า (confronting) เป็นทักษะที่จะทำให้สมาชิกบางคน ได้เผชิญหน้ากับปัญหาของตนเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะถูกนำมาใช้พูดกันในกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา การร่วมเปิดเผยตนเอง (personal sharing) เป็นทักษะที่ผู้นำจะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็น การดีในการที่จะแสดงตนว่ายอมรับกลุ่ม การเป็นแบบอย่าง (modeling) เป็นทักษะในการสาธิต ให้สมาชิกได้เห็นถึงพฤติกรรม บุคลิกภาพที่เหมาะสม ซึ่งอยากจะให้สมาชิกเรียนรู้

## 8. การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 การศึกษาอิสระที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ซึ่งเป็นการนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อพัฒนาบริการ หรืองานประจำให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่

วัลยา คันธมาพันธ์ (2550) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิด CBT สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม CBT ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 5 กันยายน - 1 ธันวาคม 2549 จำนวน 3 กลุ่ม (กลุ่มละ 5-7 คน) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 18 คน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมิน BDI ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ต่อเนื่องจนครบ 3 สัปดาห์ และติดตามผลการรักษา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการบำบัด ผู้ป่วยที่ร่วมโครงการมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงทุกคน ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการสอนถึงความสัมพันธ์ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และเกิดการเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก่อให้เกิดแรงจูงใจสำคัญในการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างสม่ำเสมอ และมีส่วนร่วมในการรักษา

ในปีต่อมา ยุวลี สหายแก่น (2551) ได้ทำการศึกษา เรื่อง กลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck ฉบับภาษาไทย ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับมีอาการทางคลินิก ถึงระดับปานกลาง (มีค่าคะแนน 17-30 คะแนน) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2550 จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน ติดตามผลอีก 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด คือ โปรแกรมกลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิด CBT 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด และ 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ประกอบด้วยกำบับัด 10 ครั้ง ๆ ละ 70-90 นาที แต่ครั้งห่างกัน 2 วัน ต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) ของ Beck ฉบับภาษาไทยและแบบบันทึกกลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังการกำบับัด และระยะติดตามลดลงอยู่ในระดับปกติ

ในปีเดียวกัน ธีรารัตน์ ห้วยทราย (2551) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิด CBT ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม CBT ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2551 กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนประเมินโดยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามภาษาอีสาน โดยมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน แต่ละกลุ่มได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิด CBT ตามแผนการกำบับัด 5 ครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย 1) เรียนรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเหตุผลการกำบับัดด้วย CBT 2) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการค้นหาความคิดด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือน 3) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 4) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และ 5) ประเมินผล ทบทวนความเข้าใจประเด็นปัญหาและการนำไปใช้ ดำเนินการกลุ่มในชุมชนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และนัดติดตามผลการกำบับัดอีก 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน และแบบประเมินความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหลังการกำบับัดลดลง และในระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าหลังการกำบับัด ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

ในปีต่อมา ชบาไพร คานทอง (2552) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่ม CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI ฉบับภาษาไทย) ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับมีอาการทางคลินิก ถึงระดับปานกลาง (มีค่าคะแนน 17-30 คะแนน) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 2 เมษายน ถึง 27 พฤษภาคม 2552 จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 และ 8 คน เครื่องมือที่ใช้กำบับัดเป็นโปรแกรมกลุ่ม CBT จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) การตรวจสอบความคิดที่บิดเบือน 3) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา 4) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อผลลัพธ์ของปัญหา 5) การหา

แนวทางการแก้ไขปัญหาและการเตรียมยุติการบำบัด 6) สรุปผลการบำบัดการนำ CBT ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน และยุติการบำบัด ประเมินผลจากการบันทึกกลุ่ม แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) ก่อน หลังการบำบัด และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผล การศึกษา พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัดด้วยกลุ่ม และระยะติดตามผล ลดลง ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเองผ่านกระบวนการกลุ่ม มีการ เปลี่ยนแปลงความคิดที่มีความยืดหยุ่น สมเหตุสมผล และยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

ในปีเดียวกัน ศุภารมย์ แดงเจริญ (2552) ได้ทำการศึกษา เรื่อง กลุ่มบำบัด ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัด CBT ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ศึกษาะหว่างวันที่ 24 พฤศจิกายน 2551- 29 มกราคม 2552 ใน ผู้ป่วยจำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที วัน เว้นวัน เครื่องมือที่ใช้ ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมการบำบัดด้วย CBT ประยุกต์จากแนวคิดของ Beck (1976) ประกอบด้วย 1) เรียนรู้ภาวะซึมเศร้าและเหตุผลของการบำบัด 2) ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 3) ตรวจสอบความคิด อัตโนมัติทางลบ 4) การปรับเปลี่ยนแนวคิด 5) สรุปบทวน ซึ่งมีทักษะคู่หูเป็นทักษะใหม่ที่ใช้ใน การบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ HoNOS , MMSE , และ BDI เครื่องมือ ประเมินผล ได้แก่ BDI ประเมินก่อนและหลังบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน ข้อมูลเชิง เนื้อหาได้จากการถอดเทป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าลดลง มีกระบวนการ คิดที่เป็นเหตุเป็นผล ยืดหยุ่น ยอมรับความเป็นจริงได้มากขึ้น และผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากปัจจัย บำบัดจากกลุ่ม ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเข้าใจยิ่งขึ้น

## 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ได้แก่

กาญจนา เหมะรัต และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัด ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และ เปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบำบัดที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2551 จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และโปรแกรม กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้ากลุ่มตามโปรแกรมผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติก่อนเข้ากลุ่มตามโปรแกรมเท่ากับ 88.5 (S.D. = 15.37) และหลังเข้ากลุ่มบำบัดตามโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 75.0 (S.D. = 17.77)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2552) ได้ศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชที่มีต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยการผสมผสานแนวความคิดการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาในหน่วยจิตเวช เริ่มจากระยะแรกรับที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องได้รับการบำบัดด้วยยา จนกระทั่งถึงระยะเตรียมตัวกลับบ้าน โดยพยาบาลใช้สัมพันธภาพบำบัดในระยะแรก สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจเป็นรายบุคคลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จากนั้นใช้รูปแบบการบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบกลุ่มที่เน้นการผสมผสานหลายขั้นตอน เพื่อการเสริมสร้างการปรับตัวที่ยั่งยืน เน้นการสร้างเสริมทักษะและความสามารถในการเผชิญปัญหา สร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ การปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ระยะแรกรับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ได้รับการบำบัดเร่งด่วนด้วยยาต้านเศร้าเพื่อระงับอาการในเบื้องต้น เฝาระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ของผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมในระยะนี้ควรเป็นการบำบัดรายบุคคลด้วยการใช้เทคนิคสัมพันธภาพในการบำบัด ในระยะที่อาการรุนแรงลดลงอาจใช้การบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลต่อ เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เทคนิคการผ่อนคลาย และความคิดด้านลบ เป็นต้น

2) ขั้นตอนการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม เป็นการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น สามารถควบคุมตนเองได้บ้าง เข้าร่วมกลุ่มได้ แต่ยังมีอาการที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อาจมีอาการรุนแรงเป็นบางครั้งเมื่อมีปัญหากระทบบ่อยๆ จัดกิจกรรมบำบัดเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) 2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) 3) การฝึกคลายเครียดด้วยตนเอง (Relaxation training) 4) การให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิตและการจัดการด้วยตนเอง (Supportive psycho-education) 5) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral restructuring) และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวน และสรุป



การประเมินผล ประเมินระดับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ นำมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test

ผลการทดลอง พบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคมหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในปีต่อมา สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2553) ทำการศึกษาเรื่องการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดก่อนและหลังการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง โดยศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม 2) การสำรวจและการค้นหาปัญหาโดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้การแก้ปัญหา 3) การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง 4) การเผชิญปัญหาและจัดการภาวะซึมเศร้า 5) การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน และ 6) กิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ pair t-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนบำบัด เท่ากับ 19.25 และหลังบำบัด เท่ากับ 11.30

### 8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ได้แก่

Himelhoch et al (2007) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห้เมตา (a systematic review and meta-analysis) ทำการศึกษาในการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่าง ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในประชาชนที่ติดเชื้อ HIV และมีอาการซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ใช้เครื่องมือ Hamilton Depression Inventory เครื่องมือ Center for Epidemiology Studies-Depression และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) ใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพการวิจัยการทดลองทางคลินิกของ Detsky และคณะ ซึ่งมีคำถาม 15 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพการวิจัยโดยเป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่าจากการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ RCT (Randomized Clinical Trials) 18 เรื่อง มีเพียง 8 เรื่อง ที่กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (inclusion criteria) และมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 665 คน และสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองควบคู่กันไป โดยกลุ่มทดลองมีทั้งกลุ่ม CBT กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กลุ่มการฝึกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Coping Effectiveness Training: CET) จำนวนครั้งในการทำกลุ่มบำบัด 7-15 ครั้ง มีระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง 90-150 นาที

ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาวิจัย 3 เรื่อง ใน 8 เรื่อง มีผลลัพธ์ในการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่กลุ่ม CBT กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มที่ใช้ CBT ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์ (combination of emotional expression and CBT therapy) แต่เมื่อพิจารณาค่า effect size ของกลุ่ม CBT ที่ค่าเท่ากับ 0.37 ผลการศึกษาที่ได้เสนอแนะว่าการทำกลุ่ม CBT ลดอาการซึมเศร้าในผู้ที่ติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดอื่น ๆ

ในปีต่อมา Rossello et al. (2008) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การบำบัดด้วย CBT และจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) แบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม สำหรับวัยรุ่นเปอร์ดริโกที่มีอาการซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีรูปแบบการบำบัดแบบ CBT รายบุคคล และรายกลุ่ม และ IPT รายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นชาวเปอร์ดริโก จำนวน 112 คน ทำการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินก่อน และหลังการบำบัดด้วย CDI (Children's Depression Inventory) ของ Kovacs (1983) และผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินด้วย Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC\_2.1) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วย DSM-III-R ว่าเป็นโรค Major depressive disorder สำหรับการบำบัดรายบุคคล และแบบกลุ่มของ CBT และ IPT ถ้าแบบรายบุคคลประกอบไปด้วย 12 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ถ้าแบบกลุ่มประกอบไปด้วย 12 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ เช่นกัน CBT มีเป้าหมายลดความรู้สึกซึมเศร้า ช่วยให้ช่วงเวลาการมีความรู้สึกซึมเศร้าสั้นลง ในขณะที่มีความรู้สึกซึมเศร้า สอนทางเลือกที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการควบคุมตนเองในการดำรงชีวิต CBT แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ ความคิดมีผลต่ออารมณ์อย่างไร (ครั้งที่ 1-4) กิจวัตรประจำวันมีผลต่ออารมณ์อย่างไร (ครั้งที่ 5-8) และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีอิทธิพลต่ออารมณ์อย่างไร (ครั้งที่ 9-12) สำหรับ IPT ช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยพัฒนาความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพ มุ่งเน้นในการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และแก้ไขปัญหาด้านสถานการณ์ เป็นจิตบำบัดแบบสั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์ โดยระยะเริ่มต้นคือ ครั้งที่ 1-4 เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายการบำบัดด้วย IPT การประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การระบุปัญหา

หลัก การอภิปรายถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด ในระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 มีจุดมุ่งหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยเลือกสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดปัญหา ระยะสุดท้าย ครั้งที่ 9-12 การอภิปรายถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพ การยอมรับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้บำบัด และทบทวนการบำบัดทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ Two-way ANOVA ในการประเมินกระบวนการ โดยสุ่มตัวอย่างก่อนการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม ในด้านข้อมูลทั่วไปที่มีผลกระทบต่อประเมินใช้สถิติเชิงบรรยาย และ 95% CI และ ANCOVAs (Analysis of covariance) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการบำบัด และหลังการบำบัดทั้ง 4 กลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) ได้ผลดีทั้งการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคล และพบว่าการบำบัดด้วย CBT สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้มากกว่าจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าภายหลังการบำบัดลดลง

ในปีเดียวกัน Wong (2008) ได้ทำการศึกษา เรื่อง กลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่ภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในฮ่องกง : การสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้รับการบำบัด (wait - list) การศึกษานี้เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของกลุ่ม CBT ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของประชาชนจีนในฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คนที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ถูกสุ่มให้เข้ากลุ่ม CBT และกลุ่มควบคุมซึ่งทำการบำบัดแบบปกติ ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งมีสมาชิกกลุ่ม 8-9 คน ต่อกลุ่ม ผู้สังเกตกลุ่ม 2 คน จะมีการทบทวนวิดีโอเทปในการบำบัดครั้งที่ 1, 4 และ 8 ในกลุ่มทดลอง การออกแบบเนื้อหาในกลุ่ม CBT มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และ dysfunctional rules และทักษะการเผชิญปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเผชิญปัญหาในทางบวก เนื้อหาในการทำกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนเกี่ยวข้องกับ 1) การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม และพยาธิสภาพร่างกาย 2) การบอกถึงแบบแผนของความคิดอัตโนมัติ และการพัฒนาการตอบสนองความคิด และพฤติกรรมในทางที่ดี และ 3) บอกถึงการปรับเปลี่ยน dysfunctional rules ในการดำเนินการครั้งนี้มีการจัดทำคู่มือในการบำบัด ซึ่งเป็นการง่ายในการที่ทีมผู้ร่วมวิจัยจะได้ทำการตรวจสอบการทำกลุ่มให้สมบูรณ์ทั้ง 3 ขั้นตอน

ภายหลังการบำบัดด้วย CBT 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่ม CBT มีอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย กฎเกณฑ์ที่ทำให้การทำหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิมและอารมณ์ด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนทักษะการปรับตัวเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สถิติ effect size แสดงให้เห็นว่าอาการซึมเศร้า ทักษะในการเผชิญปัญหา และ dysfunctional rules หรือความเชื่อที่อยู่ตรงกลาง (Intermediat belief) และอารมณ์ด้านลบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอาการ

ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ด้วย multiple regression analysis พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

ในปีต่อมา Wilkinson et al. (2009) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองศึกษาผลของกลุ่ม CBT ที่มีต่อการลดอัตราการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป และงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ณ Oxford และ Southampton ประเทศอังกฤษ ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรค major depression ตาม ICD - 10 และได้รับยาต้านเศร้าอย่างน้อย 2 เดือนในปีที่แล้ว และปัจจุบันยังคงรับประทานยา มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Montgomery Asberg Rating Scale for Depression : MADRS) น้อยกว่า 10 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีผลการวัดความพิการทางสมองน้อยกว่า 24 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Bipolar disorder และมีปัญหาอาการกำเริบจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่รุนแรง สุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม โดยไม่ทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่กลุ่มใด (assessor - blind) โดยทั้งสองกลุ่มจะมีการสุ่มตัวอย่างที่สมดุลกันในด้านข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับของการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคน และสุ่มตัวอย่างมาจาก Oxford หรือ Southampton ในที่นี้กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับยาต้านเศราร่วมกับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT (Cognitive Behavior Therapy Group: CBT-G) และกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร่าอย่างเดียว กลุ่ม CBT มีคู่มือ (CBT-G) ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อการศึกษา การบำบัดมีทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า อัตราอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม CBT คิดเป็นร้อยละ 27.8 (5 คนใน 18 คน) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีอัตรากำเริบซ้ำ ร้อยละ 44.4 (8 คนใน 18 คน)

ในปีต่อมา Matsunaga et al (2010) ได้ทำการศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า (Treatment Resistant Depression: TRD) ภายหลังจากบำบัดด้วยกลุ่ม CBT การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อยาไม่ดี โดยบำบัดรักษาด้วยยาตามปกติ กับกลุ่มที่ได้ยารักษา ร่วมกับการเข้ากลุ่ม CBT กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วย TRD จำนวน 43 คน ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการมีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) เป็นผู้ป่วยนอก และสามารถเข้าร่วมกลุ่ม CBT 12 สัปดาห์ได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 3) มีคะแนนซึมเศร้าเมื่อประเมินด้วย Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) มีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป 4) เป็นผู้ป่วย TRD ในระดับ 2 หรือมากกว่า คุณสมบัติที่คัดออกจากโครงการ คือ 1) มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิต หรือมีความผิดปกติของสมอง ปัญญาอ่อน บุคลิกภาพผิดปกติ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ติดสารเสพติด หรือมีโรคทางกายที่รุนแรง ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจประเมินด้วยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา โดยใช้ Structured Clinical Interview for Axis I (SCID - I) และ Structured Clinical Interview for Axis II (SCID - II) การประเมินผล (ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และ



12 เดือน ภายหลังการเข้ากลุ่ม ประกอบด้วย 1) การประเมินการทำหน้าที่ (Functioning assessment) โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ทั่วไป (Global Assessment of Function: GAF) และแบบสำรวจสุขภาพแบบสั้น 36 ข้อ (36 – item Short – Form Health Survey: SF - 36) ใช้เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 2) การประเมินอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms assessment) โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD 3) การประเมินความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (Dysfunction cognitions assessment) ประเมินโดยแบบวัดความบกพร่องทางทัศนคติ (Dysfunctional Attitude Scale: DAS) และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire-Revised:ATQ-R)

โปรแกรมการบำบัดพัฒนามาจากผลการวิจัยของ Beck ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับกลุ่ม CBT 3) การเฝ้าดูตนเองเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ 4) การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ 5) การจำแนกความคิดด้านลบของตนเอง 6) การคัดค้านความคิดด้านลบด้วยตนเอง 7) การคัดค้านและปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบด้วยตนเอง 8) การเฝ้ามองความคิดใหม่ให้เป็นความคิดด้านบวก 9) การปฏิบัติตามแนวคิดใหม่โดยการคิดบวกเป็นกิจวัตรประจำวัน 10) การประเมินความคิดตนเองและความคิดในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา 11) การทบทวนผลลัพธ์ของโปรแกรม 12) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยใช้การบำบัดตามโปรแกรมและให้การบ้าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังการบำบัดโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Covariance: ANCOVA) วิเคราะห์การฟื้นหายของผู้ป่วยและอัตราการตอบสนองหลังเข้ากลุ่ม CBT ครบ โดยการฟื้นหายหมายถึง ผู้ป่วยต้องได้คะแนนประเมินด้วย HRSD 7 คะแนน หรือน้อยกว่า การตอบสนองด้านบวกวิเคราะห์จาก 50% หรือมากกว่าของการลดลงของคะแนน HRSD เปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอาการซึมเศร้า โดยใช้ Jacobson and Truax's (JT) method ใช้ใน 2 ขั้นตอนคือ 1) เพื่อหาจุดตัดระหว่างประชาชนทั่วไปที่ทำหน้าที่ได้ดีและผู้ป่วย และ 2) เพื่อทำการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นรายบุคคลระหว่างก่อนและหลังการบำบัด การเปรียบเทียบผลการบำบัดก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และระยะ 12 เดือนภายหลังการเข้ากลุ่ม วิเคราะห์โดย ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 38 คน ที่เข้ารับการบำบัดจนครบ (ออกจากการศึกษาก่อนจำนวน 5 คน) ในคนที่รับการบำบัดโดยการเข้ากลุ่ม CBT จนครบพบว่า มีคะแนน GAF และ SF - 36 สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางทัศนคติ และความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทั้งด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการซึมเศร้า ใน



ระยะติดตามผล 12 เดือน มีผู้ป่วยจำนวน 20 คนที่มีอาการดีขึ้นทั้งด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาความบกพร่องทางพฤติกรรม

## 9. สรุปการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT

การทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

9.1 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม (Group selection) มีการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 6-10 คน โดยลักษณะข้อมูลทั่วไปในการเข้ากลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และปัญหาที่เข้ากลุ่ม เช่นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังเช่นการศึกษาของ ศุภารมย์แดงเจริญ (2552) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) Sharon and Arthur (2005) Wong (2008)

9.2 ลักษณะกลุ่ม ระยะเวลา และความถี่ของการบำบัด (Length and frequency of session) เป็นกลุ่มปิด (Close group) ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มประมาณ 1 - 1 ½ ชั่วโมง ใช้เวลาในการบำบัด 5 ครั้ง ในการทำกลุ่มผู้วิจัยใช้จำนวน 5 ครั้ง เนื่องจากในปี พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัด CBT โดยเริ่มต้นที่ 6 ครั้ง ดำเนินการ 2 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยกำหนดเป็นกลุ่มปิด แต่เมื่อครบ 2 สัปดาห์ เหลือสมาชิกกลุ่มเพียง 2 คน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผลการบำบัดและพลังกลุ่ม เมื่อสมาชิกเหลือน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลมีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบลงก็จำหน่ายให้กลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ผู้วิจัยจึงปรับการทำกลุ่มเหลือเพียง 5 ครั้ง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ใช้เวลา 1-1 ½ ชั่วโมง ซึ่งทำให้การบำบัดสามารถดำเนินต่อไปได้จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการบำบัด 5 ครั้ง สอดคล้องกับ Sharon and Arthur (2005) กล่าวว่าโดยทั่วไปกลุ่มบำบัด CBT ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มประมาณ 1 - 1 ½ เวลาในการบำบัด 10 ครั้ง หรือมากกว่า แต่ถ้าให้การบำบัด 2-5 ครั้ง ก็ถือว่าไม่ผิด สอดคล้องและคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อิศารัตน์ ห้วยทราย (2551) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2553) ซึ่งทำกลุ่มบำบัด 5-6 ครั้ง ใช้เวลา 1 - 1 ½ ชั่วโมงเช่นกัน และอาจแตกต่างจากการศึกษาของ Rossello et al (2008) Wong (2008) และ Matsunaga et al (2010) ซึ่งเป็นกลุ่มบำบัดด้วย CBT จำนวน 10-12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่ให้ความยินยอม และยินดีรับการบำบัดตามนัด

### 9.3 ขั้นตอนในการทำกลุ่ม CBT

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการทำกลุ่ม CBT ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนของการทำกลุ่มออกเป็น 3 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Sharon and Arthur (2005) ดังนี้

#### 9.3.1 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย

1) ขั้นเริ่มต้นในการทำกลุ่ม โดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกและผู้บำบัดแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มเพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบวาระ กฎกติกา และผู้บำบัดนำเสนอหลักการเบื้องต้นของการบำบัด

2) ขั้นตอนดำเนินกลุ่ม ทำความเข้าใจในการทำกิจกรรมในการบำบัด เช่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา ฝึกให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ โดยใช้พลังกลุ่มช่วยให้เกิดมุมมองความคิดใหม่ ที่ทำให้อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาเป็นแนวทางบวก สร้างสรรค์ ทำให้อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้น

กระบวนการอื่น ๆ ที่นำมาช่วยในการบำบัด คือ การหยุดความคิด เมื่อสมาชิกคิดวนเวียนแต่เรื่องที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ หรือเบี่ยงเบนการปฏิบัติไปสู่เรื่องอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยชอบหรือสนใจ เพื่อไม่ให้จมอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ นอกจากนี้ยังสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจแบบแผนความคิดที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ตลอดจนฝึกทักษะการคลายเครียดด้วย ในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยเพื่อไปฝึกทักษะอีกด้วย

3) ขั้นตอนสุดท้าย เป็นการทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดของสมาชิก และแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม การนำประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไปใช้ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การนัดหมาย และกล่าวยุติกลุ่ม

### 9.4 เนื้อหาในการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC

ครั้งที่ 2-4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC และการปรับความคิดและพฤติกรรม

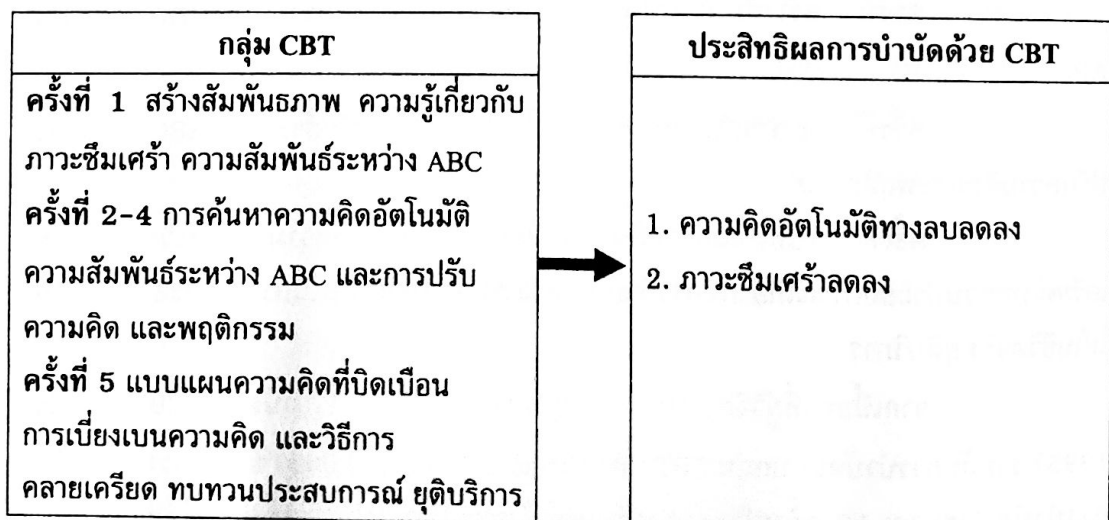
ครั้งที่ 5 แบบแผนความคิดที่บิดเบือน การเบี่ยงเบนความคิด และวิธีการคลายเครียด ทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัด และแสดงความคิดเห็นในการนำประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง ยุติบริการ

จากเนื้อหาที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการบำบัดด้วย CBT (Beck, 1995) ร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่ม CBT ของ Sharon and Arthur (2005) ซึ่งกล่าวไว้ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 10 ครั้งหรือมากกว่า แต่ถ้าให้การบำบัด 2-5 ครั้งก็ไม่ถือว่าผิดปกติ ตลอดจนผลงานวิจัยของ Wong (2008) ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยของ Wong จะใช้การบำบัด 8 ครั้ง หรือของ Rossello et al (2008) ซึ่งทำการบำบัด 12 ครั้ง แตกต่างจากการศึกษานี้ แต่ผู้วิจัย

ได้เน้นหัวใจสำคัญของการบำบัดที่มีจุดบำบัดหลักเช่นเดียวกันทั้งงานวิจัย 2 เรื่อง คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ การค้นหาความคิดด้านลบของตนเอง การคัดค้านความคิดด้านลบ การปรับความคิดด้านลบ การมองความคิดใหม่ให้เป็นความคิดด้านบวก และการคิดบวกเป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น จากเนื้อหาในการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ครั้งที่ 1-5 ดังกล่าวข้างต้นก็ครอบคลุมเนื้อหาซึ่งเป็นจุดบำบัดหลักเช่นกัน

## 10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต ปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวก และมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งโปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วย CBT ของนักวิชาการหลายท่านนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT (Beck, 1995; Sharon and Arthur, 2005; Rossello et al, 2008; Wong, 2008;) แต่การบำบัดของงานวิจัยที่นำมาเป็นแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมทำการบำบัด 8-12 ครั้ง การศึกษาครั้งนี้ทำการบำบัดเพียง 5 ครั้ง จึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดว่าเป็นอย่างไร สำหรับโปรแกรมนี้นี้ เนื้อหาประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC 2) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC การปรับความคิดและพฤติกรรม 3) แบบแผนความคิดที่บิดเบือน การเบี่ยงเบนความคิด วิธีการคลายเครียด ทบทวนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น ในการนำประสบการณ์ไปใช้ และยุติบริการ สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and posttest design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (กลุ่มควบคุม) ต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### 1. รูปแบบการทดลอง ดังนี้

	Pretest		Posttest	Follow up 1 เดือน	Follow up 3 เดือน
R	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
R	O <sub>5</sub>	Y	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>

ภาพที่ 5 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

- R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง
- O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีในกลุ่มทดลอง
- O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลอง
- O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง
- O<sub>5</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม
- O<sub>6</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีในกลุ่มควบคุม

- O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มควบคุม
- O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มควบคุม
- X หมายถึง กลุ่ม CBT
- Y หมายถึง กลุ่ม SP

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท Major depressive disorder หรือ ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 (ทวี ตั้งเสรี, 2541; WHO, 1992) เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปิงประมาณ 2553 ในช่วงเดือนธันวาคม 2552 ถึง มีนาคม 2553

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.1.1 มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Depression Inventory (TDI) ของ มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2542) ตั้งแต่ 21 คะแนน ขึ้นไป (ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน-ปานกลาง)

2.1.2 อาการทางจิตสงบ และไม่มีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive problem) เมื่อประเมินด้วย Thai HoNOS มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

2.1.3 สื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นไข้ หูหนวก

2.1.4 มีอายุระหว่าง 20-60 ปี

2.1.5 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้

2.1.6 มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของสมอง

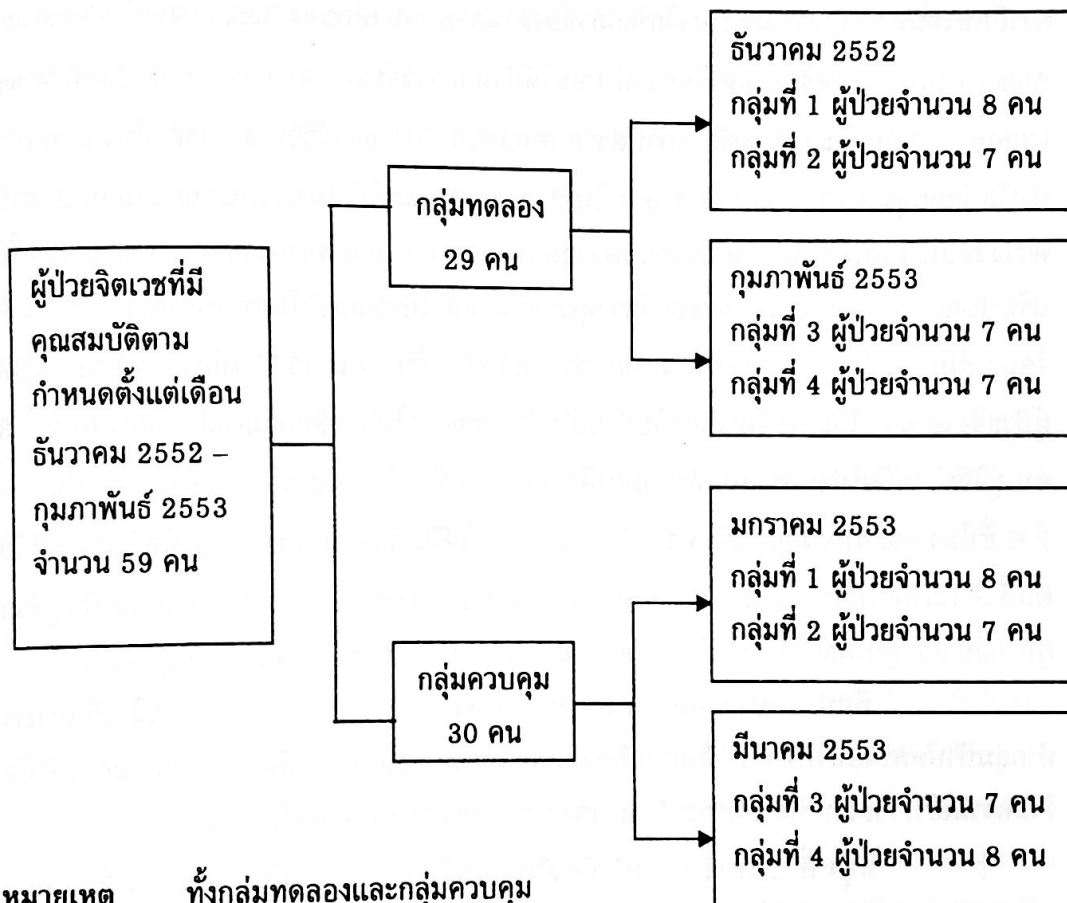
## 3. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างแบบ repeated measurement ANOVA ด้วยโปรแกรม STATA 10 โดยกำหนดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.1 และ 11.1 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 22.4 และ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งได้มาจากผลการศึกษาของ Wong (2008) และกำหนดค่า  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.2$  มีการทดสอบ baseline จำนวน 1 ครั้ง มีการติดตาม จำนวน 3 ครั้ง และกำหนดให้ความสัมพันธ์ระหว่าง baseline กับ follow-up และระหว่าง follow-up ด้วยกันเท่ากับ 0.3 จากการคำนวณขนาด



ตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อย ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ)

3.2 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด โดยสุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดเป็นเดือน สลับกันระหว่าง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อยในแต่ละเดือน ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มได้ และเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (Contamination) ผลการสุ่มการบำบัด กลุ่ม CBT ดำเนินการบำบัดในเดือน ธันวาคม 2552 และเดือนกุมภาพันธ์ 2553 กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในเดือนมกราคม มีนาคม 2553 ดังภาพที่ 6



หมายเหตุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
1 เดือนทำกลุ่ม 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 4

ภาพที่ 6 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม CBT (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (กลุ่มควบคุม)

#### 4. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Study intervention) ประกอบด้วย

##### 4.1 โปรแกรมในการบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมบำบัดด้วย กลุ่ม CBT จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกาย 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม 5) แบบแผนความคิดที่บิดเบือน 6) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด (รายละเอียดของโปรแกรมการบำบัดอยู่ในภาคผนวก)

สำหรับการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ Beck (1995) Sharon and Arthur (2005) สำหรับเนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการวิจัยของ Rossello et al (2008) Wong (2008) ร่วมกับประสบการณ์การบำบัดรายบุคคลด้วย CBT ของผู้วิจัยเอง พัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT จำนวน 6 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบโปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 - ธันวาคม 2551 เนื่องจากเป็นกลุ่มปิดผู้ป่วยจึง dropout โดยการจำหน่ายกลับบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้สมาชิกกลุ่มเหลือน้อยเพียง 2 - 3 คน ผู้วิจัยจึงปรับโปรแกรมการทำกลุ่มเหลือเพียง 5 ครั้ง เนื้อหาเช่นเดิม แต่เพิ่มเวลาเป็น 1 - 1 ½ ชั่วโมง และทำกลุ่มทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ จากนั้นได้ฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับผู้วิจัยคนที่ 3 ในเดือนมกราคม 2552 - กันยายน 2552 จนกระทั่งผู้วิจัยคนที่ 3 สามารถเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มได้เป็นอย่างดี และโปรแกรมการบำบัดนี้เหมาะสมในการปฏิบัติจริง

ทีมบำบัดประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมการบำบัด จึงมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญและแนวทางการบำบัดตามโปรแกรม

กลุ่มที่ 2 เข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive psychotherapy: SP) สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที โดยเป็นการบำบัดตามปกติ (treatment as usual) ซึ่งเป็นบริการตามปกติที่โรงพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาซับซ้อน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ทำกลุ่มบำบัดนี้ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะเช่นกัน จำนวน 2 คน และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง จำนวน 2 ปี

4.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการบำบัดด้วย CBT (ผู้วิจัยคนที่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มา 36 ปี (นับถึง พ.ศ. 2554) จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เคยได้รับการอบรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเวลา 3 วัน วิทยากรจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันที่ 7-9 พฤศจิกายน 2548 จากนั้นนำ CBT มาฝึกความเชี่ยวชาญโดยการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 4 คน และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน 3 คน ที่มารับบริการ ณ PCU ในจังหวัดขอนแก่น ผลการบำบัดรักษาด้วย CBT พบว่า จากผู้รับการบำบัดทั้ง 7 คน มีความคิดฆ่าตัวตาย 3 คน ภายหลังการบำบัดไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากการเป็นผู้บำบัดยังเป็นທີ່ปรึกษาแก่พยาบาลจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง วันที่ 29 มกราคม - 2 กุมภาพันธ์ 2550 ได้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโรคซึมเศร้าแบบ Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งจัดโดยกรมสุขภาพจิต และฝึกทักษะการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ได้รับความไว้วางใจจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้เป็นอาจารย์สอนพิเศษเพื่อฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหัวข้อวิชา การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน รุ่นละ 3-8 คน นอกจากนี้ยังเป็นวิทยากรในการอบรมเชิงปฏิบัติการการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนแพจังหวัดขอนแก่น และเป็นวิทยากรให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และในปี พ.ศ. 2553 ได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้เป็นประธานคณะกรรมการชุมชนนักปฏิบัติการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด (Community of practices: CoPs) และให้จัดระบบ ตลอดจนการฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพในการบำบัดด้วย CBT ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2554 จึงได้จัดโครงการอบรม การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการบำบัดผู้ป่วยด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาล และได้จัดอบรมทีมสหวิชาชีพที่มีความสนใจ จำนวน 29 คน จัดอบรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ๆ ที่ 1 จำนวน 2 วัน จากนั้นนั้นความรู้และทักษะไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าในความรับผิดชอบ และกลับมาประชุมประเมินผล และนำเสนอผลการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT อภิปรายปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไข ระยะประเมินผลการบำบัดคือระยะที่ 2 จำนวน 1 วัน และระยะที่ 3 จำนวน 2 วัน ผลการอบรมพบว่า มีผู้เข้าอบรมที่ผ่านเกณฑ์ด้านความรู้ และทักษะการบำบัดด้วย CBT จำนวน 17 คน

ในด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญในการทำกลุ่ม CBT ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการทำกลุ่ม CBT ไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้ซ้ำ โดยใช้เวลาดำเนินงานตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2551 - ธันวาคม 2551 จนกระทั่งโปรแกรมในการทำกลุ่มบำบัดมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ คหังพอใจของผู้รับบริการ และผู้นำกลุ่มสามารถปฏิบัติได้จริง จากนั้น มกราคม 2552 - กันยายน 2552 จึงได้ฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดนี้ให้กับผู้วิจัยคนที่ 3 จนกระทั่งสามารถเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้นำกลุ่มได้เป็นอย่างดี จึงได้เริ่มวางแผนการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดด้วย CBT

นอกจากนี้ผู้วิจัยคนที่ 1 ยังได้รับวุฒิปริญญาตรี ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ (Advanced Practice Nurses: APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในปี พ.ศ. 2554 ด้วย

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative Automatic Thought) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตทางลบของ Beck (1995) และการประเมินความคิดทางลบของ ลัดดา แสนสีทา (2536) จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลจิตเวช 3 คน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.92 แบบประเมินมีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ การแปลผลค่าคะแนนยิ่งสูงมาก แสดงว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบสูง คะแนนน้อยแสดงว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความซึมเศร้า หรือ TDI ของ มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2542) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อคำถามสร้างจากอาการแสดงที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นคนไทย และคัดเลือกจากข้อคำถามที่ใช้บ่อยในต่างประเทศร่วมด้วย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และมีค่า Concurrent validity กับเครื่องมือ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.7189 ( $P < 0.001$ ) ผู้วิจัยได้นำ TDI ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในเดือนตุลาคม 2553 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.883 แบบวัด TDI ใช้

สำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในแต่ละข้อมีระดับคะแนนจาก 0-3 โดยการแปลผลนับจากคะแนนรวม ดังนี้

0-20 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21-25 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน
26-34 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
35 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

## 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

### 6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

6.1.1 ผู้วิจัยเตรียมตนเองและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ในการศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรม และฝึกทักษะการบำบัดในการปฏิบัติจริง พร้อมทั้งอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการทำกลุ่ม ปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน จนกระทั่งสามารถดำเนินกลุ่มบำบัดได้ตามโปรแกรม

6.1.2 เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน โดยชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และให้ทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการเก็บข้อมูล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน กรณีกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้จะให้ตอบแบบสอบถามเอง ถ้าอ่านหนังสือไม่ได้จะให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

### 6.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

6.2.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลภายหลังดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการ และให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

6.2.2 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ากลุ่มบำบัด

6.2.3 ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดด้วย CBT (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง (กลุ่มควบคุม) ตามระยะเวลาที่ผู้ตัวอย่างเข้ากลุ่มดังกล่าว

6.3 ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการทดลอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบตามจำนวนครั้งที่กำหนดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและแบบวัดภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดสิ้นสุดทันที สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยการมาพบพยาบาลในช่วงมารับยาตามนัด หรือให้ส่งจดหมายไปให้ตอบกลับมา หรือใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อเพื่อตอบข้อมูลวิจัยกรณีไม่มาตามนัด



6.4 ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผล ดำเนินการติดตามผลการบำบัดหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน โดยการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบวัดภาวะซึมเศร้า (ใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัดเป็นหลัก)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองด้วย t-test

7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect)

7.4 ศึกษาความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 4 ระยะดังกล่าวข้างต้น โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey

7.5 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัดหมาย ในระยะติดตามผล 3 เดือน คัดคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ การวัดในระยะก่อนการทดลอง )

7.6 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

8. ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552 - กันยายน 2554

9. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

9.1 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการทั้งในด้านวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

9.2 ผู้ป่วยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วยและการบำบัดรักษาที่ได้รับ

9.3 ขณะรับการบำบัดหากรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกซิก ซึ่งเป็นผลจากการเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยสามารถแจ้งคณะผู้วิจัยได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

9.4 ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย จะมีการแจ้งข้อมูลนี้ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพัก รักษาตัวทราบ ทั้งนี้จะมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นชอบ

9.5 ผลการวิจัยจะมีการนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ป่วย

9.6 ผู้วิจัยจะตอบข้อซักถามต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group pretest and posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้า 4 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน โดยใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวกัน คือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบประเมินความซึมเศร้า โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตาราง และกราฟประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 6 ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 7 ผลการเปรียบเทียบการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 8 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ผลการศึกษา

### ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำนวน 59 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.9 อายุเฉลี่ย 35.36 ปี (SD=7.86) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 54.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.3 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1-5,000 บาท ด้านความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.7 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 74.6 โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 61.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเฉลี่ย 8.92 ปี (SD=6.50) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.1 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 6.8 การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 72.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.15 คน (SD= 1.69) ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 61.0 ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		
ชาย	20 (69.0)	23 (76.7)
หญิง	9 (31.0)	7 (23.3)
<b>อายุ</b>		
21-30 ปี	7 (24.1)	8 (26.7)
31-40 ปี	15 (51.7)	15 (50.0)
41-50 ปี	6 (20.7)	6 (20.0)
51 ปีขึ้นไป	1 (3.5)	1 (3.3)
<b>หมายเหตุ</b>	(อายุเฉลี่ย 35.37 ปี SD=7.98 ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 51 ปี)	(อายุเฉลี่ย 35.33 ปี SD=7.89 ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 52 ปี)
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	15 (51.7)	17 (56.7)
คู่อยู่ด้วยกัน	5 (17.2)	4 (13.3)
คู่แยกกันอยู่	5 (17.2)	5 (16.7)
หย่า/ร้าง/หม้าย	4 (13.8)	4 (13.3)

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ( $n = 29$  คน) และกลุ่มควบคุม ( $n = 30$  คน)  
(ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	12 (41.4)	13 (43.3)
มัธยมศึกษา	9 (31.0)	14 (46.7)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	5 (17.2)	2 (6.7)
ปริญญาตรี	3 (10.3)	1 (3.3)
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	7 (24.1)	6 (20.0)
รับจ้าง/ค้าขาย	8 (27.6)	9 (30.0)
เกษตรกรรม	10 (34.5)	12 (40.0)
รับราชการ	2 (6.9)	1 (3.3)
อื่นๆ (ระบุ)	2 (6.9)	2 (6.7)
<b>รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย</b>		
ไม่มีรายได้	8 (27.6)	7 (23.3)
1-5,000 บาท	13 (44.8)	15 (50.0)
5,000 บาทขึ้นไป	8 (27.6)	8 (26.7)
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	18 (62.1)	19 (63.3)
เพียงพอ	11 (37.9)	11 (36.7)
<b>สถานภาพของท่านในครอบครัว</b>		
บิดา/มารดา	3 (10.3)	5 (16.7)
พี่น้อง	1 (3.5)	1 (3.3)
บุตร	23 (79.3)	21 (70.0)
สามี/ภรรยา	2 (6.9)	1 (3.3)
อื่นๆ (ระบุ)	-	2 (6.7)



ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)  
(ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>มีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	23 (79.3)	26 (86.7)
มีโรคประจำตัว ได้แก่	6 (20.7)	4 (13.3)
1. ความดันโลหิตสูง	1 (3.5)	1 (3.3)
2. โรคภูมิแพ้	3 (10.3)	1 (3.3)
3. อื่น ๆ (ระบุ)	2 (6.9)	2 (6.7)
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
โรคจิตและจิตเภท	20 (69.0)	23 (76.7)
โรคซึมเศร้า	2 (6.9)	1 (3.3)
ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา	7 (24.1)	6 (20.0)
<b>ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช</b>		
1-5 ปี	11 (37.9)	10 (33.3)
6-10 ปี	7 (24.1)	10 (33.3)
11-15 ปี	7 (24.1)	7 (23.3)
16-20 ปี	2 (6.9)	2 (6.7)
21 ปีขึ้นไป	2 (6.9)	1 (3.3)
หมายเหตุ	(เฉลี่ย 9.34 ปี SD=7.04 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี)	(เฉลี่ย 8.50 ปี SD=6.03 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี)
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
อยู่คนเดียว	1 (3.5)	3 (10.0)
2-4 คน	17 (58.6)	18 (60.0)
5-7 คน	9 (31.0)	8 (26.7)
8 คนขึ้นไป	2 (6.9)	1 (3.3)
<b>ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลัก</b>		
บิดา มารดา	17 (58.6)	19 (63.3)
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1 (3.4)	-
พี่น้อง	6 (20.7)	6 (20.0)
บุตร	1 (3.5)	-
สามี/ภรรยา	4 (13.8)	2 (6.7)
อื่น ๆ (ระบุ)	-	3 (10.0)

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.0 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 51.7 (อายุเฉลี่ย 35.37 ปี SD=7.98) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 51.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.4 และ 31.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 34.5 และ 27.6 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย 1-5,000 บาท ร้อยละ 44.8 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 79.3 ไม่มีโรคประจำตัว (โดยผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์) ร้อยละ 79.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 69.0 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 37.9 รองลงมา มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี และ 11-15 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 24.1 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.34 ปี SD=7.04) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 58.6 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 58.6

ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50.0 (อายุเฉลี่ย 35.33 ปี SD=7.89) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 และ 43.3 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 40.0 และ 30.0 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย 1-5,000 บาท ร้อยละ 50.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.3 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 70.0 ไม่มีโรคประจำตัว (โดยผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์) ร้อยละ 86.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 76.7 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 6-10 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 33.3 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.50 ปี SD=6.03) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 60.0 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 63.3

สรุป เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในภาพรวมทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลหลัก พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 27 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความคิดอัตโนมัติทางลบ				
ระยะก่อนการทดลอง	52.52	9.36	51.22	6.64
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	42.83	8.22	46.56	10.26
ระยะติดตามผล 1 เดือน	38.59	6.24	46.11	11.34
ระยะติดตามผล 3 เดือน	39.76	9.58	43.30	9.37
ภาวะซึมเศร้า				
ระยะก่อนการทดลอง	26.34	4.30	26.59	5.16
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	10.97	4.60	14.07	8.22
ระยะติดตามผล 1 เดือน	9.21	6.75	16.56	10.61
ระยะติดตามผล 3 เดือน	9.62	8.52	16.26	10.95

หมายเหตุ ระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มควบคุมเหลือกลุ่มตัวอย่าง 27 คน

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง สูงกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน คือ 52.52, 42.83, 38.59 และ 39.76 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลอง สูงกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน คือ 51.22, 46.56, 46.11 และ 43.30 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความใกล้เคียงกัน

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง สูงกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน คือ 26.34, 10.97, 9.21 และ 9.62 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน คือ ร้อยละ 26.59, 14.07, 16.56 และ 16.26 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนมีความใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงภาวะซีมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 29 คน) และ  
กลุ่มควบคุม (n = 27 คน)

ภาวะซีมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>กลุ่มทดลอง (n=29 คน)</b>				
ปกติ	-	28 (96.6)	27 (93.1)	24 (82.8)
อ่อน	15 (51.7)	1 (3.4)	2 (6.9)	3 (10.3)
ปานกลาง	14 (48.3)	-	-	2 (6.9)
รุนแรง	-	-	-	-
<b>กลุ่มควบคุม (n=27 คน)</b>				
ปกติ	-	20 (74.1)	14 (51.9)	17 (63.0)
อ่อน	15 (55.6)	6 (22.2)	7 (25.9)	5 (18.5)
ปานกลาง	12 (44.4)	-	6 (22.2)	4 (14.8)
รุนแรง	-	1 (3.7)	-	1 (3.7)

จากตารางที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงภาวะซีมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง อยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 51.7 หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีที่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 96.6 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.1 และระยะติดตามผล 3 เดือน อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจำนวน 2 คน ซึ่งมีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.9

ในกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 55.6 หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีที่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 74.1 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 51.9 และระยะติดตามผล 3 เดือน อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 63.0 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจำนวน 5 คน ซึ่งมีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 3.7 และปานกลาง ร้อยละ 14.8

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน

กลุ่มบำบัด	n	mean	S.D.	Mean difference	t	df	p
<b>ความคิดอัตโนมัติทางลบ</b>							
CBT	29	52.52	9.36	1.30	0.59	54	0.56
Supportive	27	51.22	6.64				
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>							
CBT	29	26.34	4.30	-0.25	-0.19	54	0.84
Supportive	27	26.59	5.16				

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
<b>ความคิดอัตโนมัติทางลบ</b>				
ภายในกลุ่ม	3,476.58	1	3,476.58	30.43*
ความคาดเคลื่อน	3,199.17	28	114.26	
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>				
ภายในกลุ่ม	5,908.76	1	5,908.76	80.30*
ความคาดเคลื่อน	2,060.24	28	73.58	

\* $p < 0.05$



จากตารางที่ 6 พบว่าทั้งคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>ความคิดอัตโนมัติทางลบ</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	9.69	1.49	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	13.93	1.69	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	12.76	1.93	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	4.24	1.32	0.02
	ติดตามผล 3 เดือน	3.07	1.87	0.67
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-1.17	1.31	1.00
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	15.37	0.85	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	17.13	1.37	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	16.72	1.52	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	1.76	1.12	0.78
	ติดตามผล 3 เดือน	1.34	1.47	1.00
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-0.41	1.32	1.00

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน 4 คู่ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนลดลงมากกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกันกับระยะติดตามผล 1 เดือน กับระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

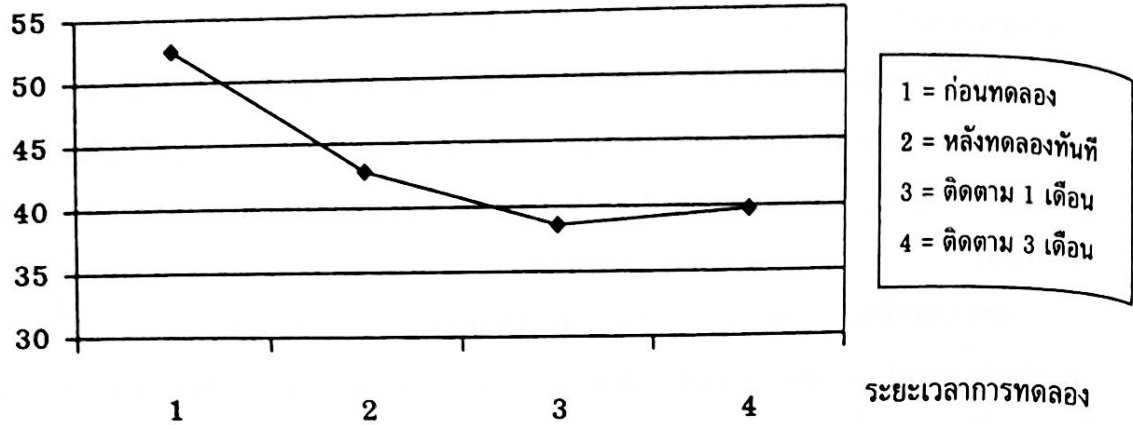
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกันกับระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ภาพที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

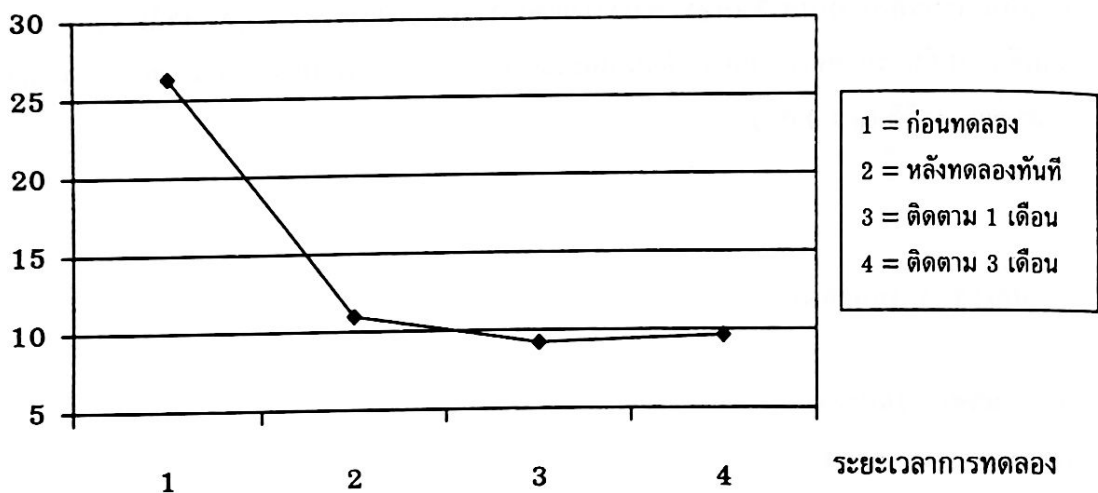
คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ



จากภาพที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ลดลงต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ภาพที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



จากภาพที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความคิดอัตโนมัติทางลบ				
ภายในกลุ่ม	873.89	3	291.30	4.46*
ความคาดเคลื่อน	5100.11	78	65.39	
ภาวะซึมเศร้า				
ภายในกลุ่ม	2532.96	1	2532.96	23.89*
ความคาดเคลื่อน	2757.04	26	106.04	

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าทั้งคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>ความคิดอัตโนมัติทางลบ</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	4.66	1.86	0.11
	ติดตามผล 1 เดือน	5.11	2.42	0.26
	ติดตามผล 3 เดือน	7.92	2.21	.008
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	0.45	2.35	1.00
	ติดตามผล 3 เดือน	3.26	2.31	1.00
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	2.81	1.98	1.00
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	12.52	1.35	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	10.03	1.85	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	10.33	2.00	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	-2.49	1.42	0.55
	ติดตามผล 3 เดือน	-2.19	1.71	1.00
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	0.30	1.22	1.00

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 พบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบแตกต่างกัน 1 คู่ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกับระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )



ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกัน 3 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

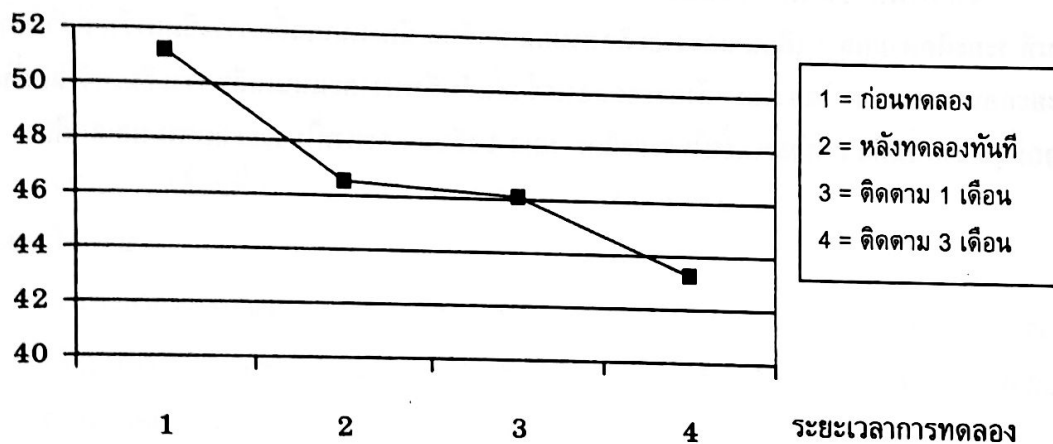
ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ภาพที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

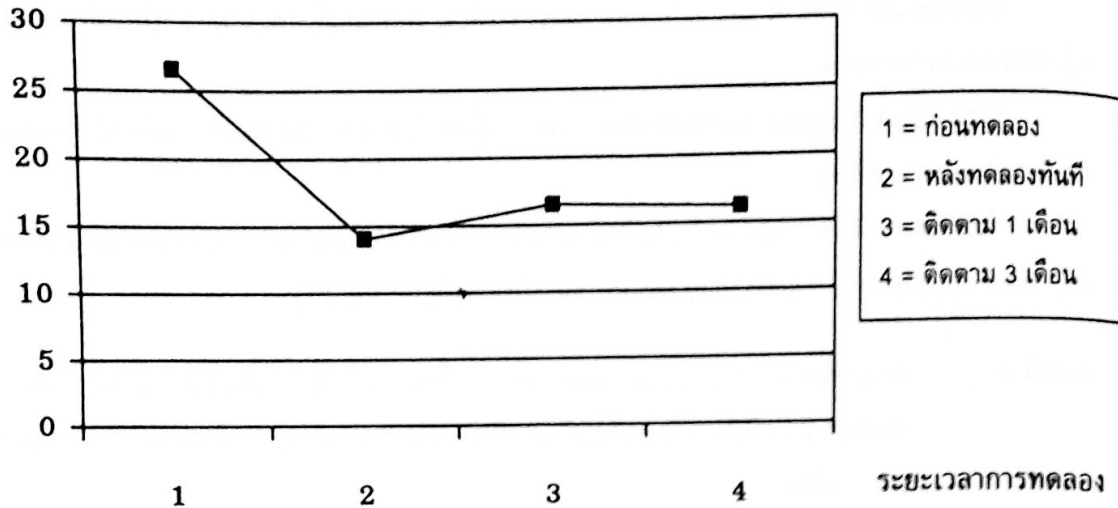
คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ



จากภาพที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ภาพที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



จากภาพที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามักต่ำลงมากที่สุด จากนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 1 เดือน และคงที่ในระยะติดตามผล 3 เดือน

ตอนที่ 6 ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 10 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
<b>ความคิดอัตโนมัติทางลบ</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	636.64	1	636.64	3.73	0.05
ความคาดเคลื่อนที่ 1	9214.07	54	170.63		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	3709.67	3	1236.56	24.14	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	547.85	3	182.62	3.57	0.01
ความคาดเคลื่อนที่ 2	8299.28	162	51.23		
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1051.45	1	1051.45	7.02	0.01
ความคาดเคลื่อนที่ 1	8094.05	54	149.89		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	7865.36	1	7865.36	88.17	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	455.79	1	455.79	5.11	0.02
ความคาดเคลื่อนที่ 2	4817.28	54	89.21		

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 พบว่าวิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,54} = 3.73$ ;  $p < 0.05$ ) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,162} = 24.14$ ;  $p < 0.001$ ) นอกจากนี้พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,162} = 3.57$ ;  $p < 0.01$ ) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลร่วมของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ ดังตารางที่ 11

เช่นเดียวกับคะแนนภาวะซึมเศร้า ที่พบว่าวิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,54} = 7.02; p < 0.01$ ) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,54} = 88.17; p < 0.001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,54} = 5.11; p < 0.02$ ) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลรวมของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean	t	df	p
Difference							
ก่อนการทดลอง							
CBT	29	52.52	9.36	1.30	0.59	54	0.56
Supportive	27	51.22	6.64				
หลังการทดลองเสร็จสิ้น							
CBT	29	42.83	8.22	-3.73	-1.51	54	0.14
Supportive	27	46.56	10.26				
ติดตามผล 1 เดือน							
CBT	29	38.59	6.24	-7.52	-3.04	54	0.004
Supportive	27	46.11	11.34				
ติดตามผล 3 เดือน							
CBT	29	39.76	9.58	-3.54	-1.40	54	0.17
Supportive	27	43.30	9.37				

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการบำบัด เพราะถือว่าเริ่มต้นทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีพบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หมายความว่า การบำบัดแบบ CBT มีผลทำให้คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงมากกว่ากลุ่มที่

ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดระดับประคอง เมื่อพิจารณาในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มที่ได้การบำบัดแบบ CBT ยังมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดระดับประคอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean	t	df	p
Difference							
<b>ก่อนการทดลอง</b>							
CBT	29	26.34	4.30	-0.25	-.19	54	0.84
Supportive	27	26.59	5.16				
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้น</b>							
CBT	29	10.97	4.60	-3.10	-1.72	54	0.09
Supportive	27	14.07	8.22				
<b>ติดตามผล 1 เดือน</b>							
CBT	29	9.21	6.75	-7.35	-3.06	54	.004
Supportive	27	16.56	10.61				
<b>ติดตามผล 3 เดือน</b>							
CBT	29	9.62	8.52	-6.64	-2.54	54	0.01
Supportive	27	16.26	10.95				

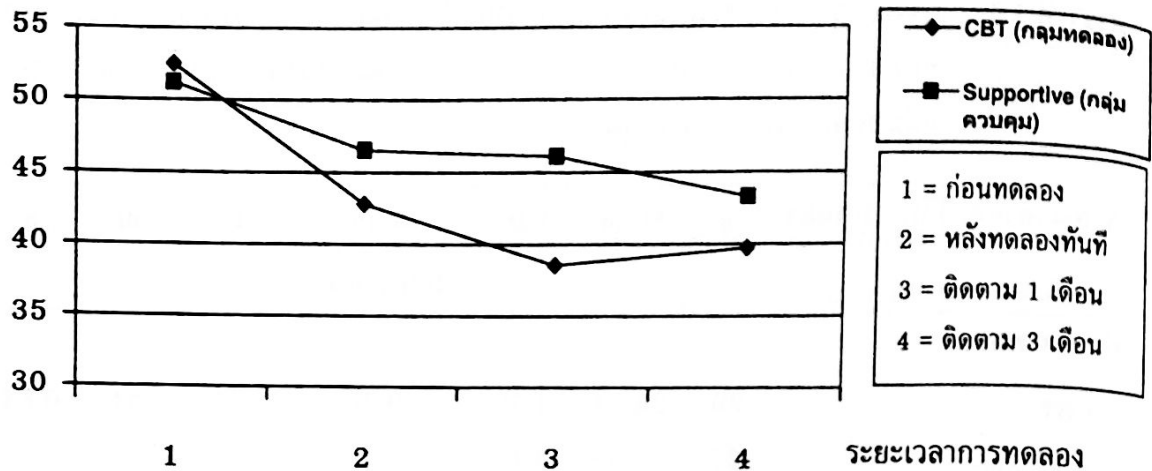
\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการบำบัด เพราะถือว่าเริ่มต้นทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )



ภาพที่ 11 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

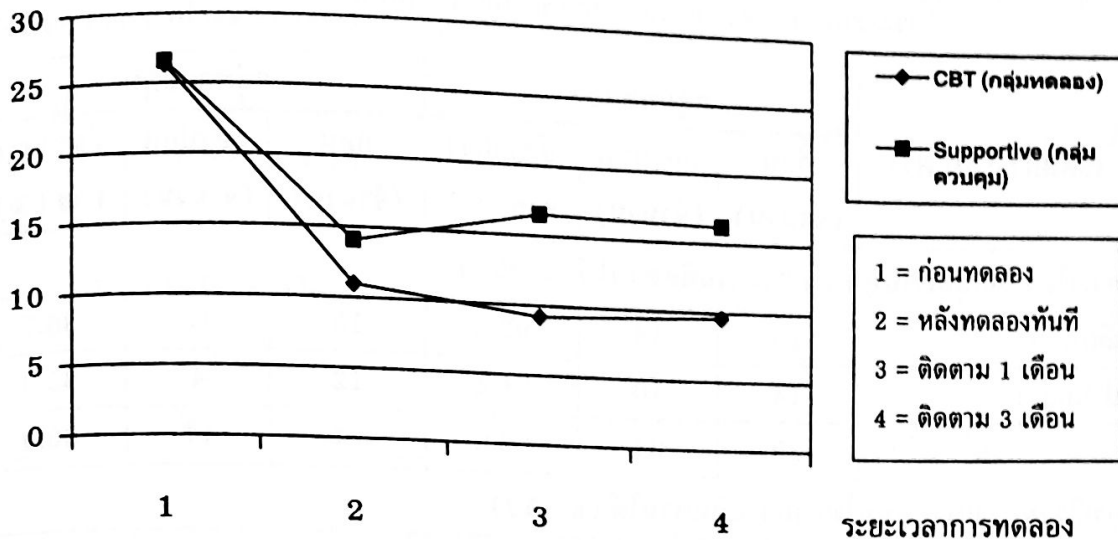
คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ



จากภาพที่ 11 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบ CBT พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน แต่เมื่อเวลาผ่านไปในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคองก็พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงมากกว่าทั้ง 3 ระยะการทดลอง ถึงแม้ว่าในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบจะลดลงทุกระยะการทดลองด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพที่ 12 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



จากภาพที่ 12 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบ CBT พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน แต่เมื่อเวลาผ่านไปในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่าทั้ง 3 ระยะการทดลอง ถึงแม้ว่าในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามจะลดลงทุกระยะการทดลองด้วยเช่นกัน แต่ก็ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 7 ผลการเปรียบเทียบการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน

ระดับภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน (จำนวน)	หลังปกติ (จำนวน)	อัตราการ หาย (%)	ก่อน (จำนวน)	หลังปกติ (จำนวน)	อัตราการ หาย (%)
กรณีไม่รวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามได้ (n = 56)						
เล็กน้อย	15	14	93.3	15	13	86.7
ปานกลาง	14	10	71.4	12	4	33.3
รวม	29	24	82.8	27	17	63.0
กรณีรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามได้ (n = 59)						
เล็กน้อย	15	14	93.3	18	13	72.2
ปานกลาง	14	10	71.4	12	4	33.3
รวม	29	24	82.8	30	17	56.7

จากตารางที่ 13 เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการลดลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 3 เดือน ซึ่งเป็นวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (intention to treat analysis) (โดยไม่รวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้ drop out จำนวน 3 คน เมื่อติดตามผล 3 เดือน) พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 82.8 สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าในระดับปานกลางมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่าอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร่าในระดับปกติ ร้อยละ 63.0 โดยก่อนทดลองผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับเล็กน้อยมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.7 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าในระดับปานกลางมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 33.3

เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการลดลงของภาวะซึมเศร่าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 3 เดือน โดยรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้รวมมาด้วย โดยให้มีระดับภาวะซึมเศร่าเท่ากับก่อนทดลอง พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 82.8 สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับน้อยมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าในระดับปานกลางมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่าอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร่าในระดับปกติ ร้อยละ 56.7 โดยก่อนทดลองผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะ

ซีมีตราอยู่ในระดับเล็กน้อยมีคะแนนภาวะซีมีตราลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 72.2 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซีมีตราในระดับปานกลางมีคะแนนภาวะซีมีตราลดลงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 33.3

ตอนที่ 8 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช่	27 (93.1)	26 (86.7)
ใช่	2 (6.9)	4 (13.3)

จากตารางที่ 15 เมื่อทำการติดตามผลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

เมื่อพิจารณาการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลอง 2 คน พบว่าทั้งสองคนก่อนทดลองมีคะแนนภาวะซีมีตราอยู่ในระดับอ่อน หลังการทดลอง 3 เดือนมีคะแนนภาวะซีมีตราอยู่ในระดับปกติและระดับอ่อน การกลับมารักษาซ้ำของทั้ง 2 คน มีปัญหาจากการดื่มสุรามากในช่วงงานเทศกาลสงกรานต์ อีก 1 คนมีปัญหาการดื่มสุราทุกวัน กาแฟวันละ 1-3 ครอบงู สูดบุหรี่วันละ 10-20 มวน และมีปัญหาครอบครัวร่วมด้วย การกลับมารักษาซ้ำของทั้ง 2 คนกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนที่ 4, 5

สำหรับกลุ่มควบคุมทั้ง 4 คน พบว่ากลับมารักษาซ้ำด้วยโรคคล้ายคลึงกัน คือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา เสพยาบ้า ดื่มกาแฟวันละ 3 ของ ดื่มสุราร่วมด้วย ทำให้มีอาการกำเริบ เอะอะ อาละวาด ทูบทำลายสิ่งของ คะแนนภาวะซีมีตรา ก่อนทดลองอยู่ในระดับอ่อน 2 คน และระดับปานกลาง 2 คน หลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนภาวะซีมีตราอยู่ในระดับปกติ 2 คน ระดับอ่อน 1 คน และรุนแรง 1 คน กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนที่ 4-6 เดือน

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช และศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิต และจิตเภท major depressive disorder หรือ ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2553 ในเดือนธันวาคม 2552 ถึง มีนาคม 2553 มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า TDI ตั้งแต่ระดับอ่อนขึ้นไปจนถึงปานกลาง คำนวณขนาดตัวอย่างแบบ repeated measurement ANOVA ด้วยโปรแกรม STATA 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา)

การสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการบำบัด โดยสุ่มการบำบัดเป็นเดือนสลับกันระหว่าง 2 กลุ่ม เนื่องจากมีข้อจำกัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มได้ ทั้งยังเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (Contamination) ผลการสุ่มการบำบัด กลุ่มทดลองดำเนินการบำบัดในเดือน ธันวาคม 2552 และกุมภาพันธ์ 2553 กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดในเดือนมกราคม และ มีนาคม 2554

กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัด CBT จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกาย 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 5) แบบแผนความคิดที่บิดเบือน 6) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด กลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่ม Supportive psychotherapy สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ซึ่งเป็นการบำบัดตามปกติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาซับซ้อน โดยทีมบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) แบบวัดความซึมเศร้า TDI ของ มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2542) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และ 3) แบบวัดความคิด



อัตโนมัติทางลบ (Negative Automatic Thought) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

เก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ กรณีกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้จะให้ตอบแบบสอบถามเอง ถ้าอ่านหนังสือไม่ได้จะให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลภายหลังทำกลุ่ม 1 เดือน 3 เดือน โดยผู้ป่วยมาพบพยาบาลในช่วงมารับยาตามนัด หรือส่งจดหมายไปให้ตอบกลับมา หรือใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อเพื่อตอบข้อมูลวิจัย ทำการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้า โดยประเมิน 4 ครั้ง รูปแบบเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1, 3 เดือน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัดเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ และสามารถออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้หากไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองด้วย t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา โดยใช้ repeated measures ANOVA ศึกษาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey เปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

#### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง (บำบัดด้วย CBT) จำนวน 29 คน กลุ่มควบคุม (บำบัดด้วย Supportive Psychotherapy) จำนวน 30 คน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 35.37 ปี (S.D. = 7.86) สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรมรายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.7 สถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.92 ปี (S.D.=6.50) ไม่มีโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 72.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.15 คน (S.D.= 1.69)

ลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลัก อายุเฉลี่ย จำนวนปีที่เจ็บป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ในภาพรวมมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่า

3.1.1 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.1.2 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.1.3 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.1.4 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนลดลงมากกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่า

3.2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3.2.2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3.2.3 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ ในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อทำการทดสอบรายคู่พบว่าแตกต่างกันเพียง 1 คู่ คือ

คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จำนวน 3 คู่ ดังนี้

4.2.1 ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีที่มีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4.2.2 ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4.2.3 ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

5. การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า

5.1 คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลอง มีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หมายความว่า การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT มีผลทำให้คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคอง สำหรับระยะอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลองในระยะอื่นๆ จะมีคะแนนลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม

5.2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หมายความว่า การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT มีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคอง ในระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

6. การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 3 เดือน โดยรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้รวมด้วย กำหนดให้มีระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับก่อนการทดลอง พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า

อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 82.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่ามีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 56.7

7. การติดตามผลการกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ร้อยละ 6.9 กลุ่มควบคุมกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ร้อยละ 13.3

## 2. อภิปรายผล

### 2.1 ประสิทธิภาพของกลุ่ม CBT ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ

จากผลการเปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระยะเวลาการทดลองและวิธีการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะติดตามผล 1 เดือน โดยกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (จากตารางที่ 11) ถึงแม้ว่าเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน จะมีคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้าที่ลดลงสู่ภาวะปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกระบวนการกลุ่มของทั้ง 2 กลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณคนที่เข้ากลุ่มมีความทุกข์ใจเหมือนกัน (Universality) ความคิดในแง่ลบจึงรู้สึกดีขึ้นบ้าง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552; Yalom, 1995; Sharon & Arthur, 2005) ประกอบกับการทำกลุ่ม CBT ในการศึกษาเป็นการทำกลุ่มต่อเนื่องตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ทุกวัน ทุกละ 1-1 ½ เนื่องจากมีข้อจำกัดของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่นัดหมายญาติให้มารับกลับเมื่ออาการดีขึ้น และเป็นเรื่องยากหากนัดหมายบ่อย ๆ เพื่อมารับการบำบัดด้วย CBT เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและสูญเสียรายได้ในการมารับบริการแต่ละครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการทำกลุ่มของนักวิชาการหลายท่านที่ทำกลุ่ม CBT สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทุกสัปดาห์ (ชบาไพร คานทอง, 2552; ศุภารมย์ แดงเจริญ, 2552; Sharon & Arthur, 2005; Wong, 2008; Matsunaga et al, 2010) จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้นำสิ่งที่ฝึกทักษะในกลุ่ม CBT กลับไปปฏิบัติในชีวิตจริง ในขณะที่กลุ่ม CBT ในการศึกษาได้นำไปใช้ฝึกทักษะในสถานการณ์จริงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบหลังติดตามผล 1 เดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบเริ่มเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 3 เดือน ทั้งนี้อาจเป็นข้อเสนอแนะที่สำคัญในการทำกลุ่ม CBT ต่อไปว่าควรมีการบำบัดเพื่อการกระตุ้น (booster session) ให้ผู้ป่วยได้ใช้ CBT ต่อไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจติดตามบำบัด 4-8 ครั้งต่อปี (Jarrett et al, 2001; Wright et al, 2009) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทาง

ลบเริ่มเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 3 หลังการบำบัด ฉะนั้นอาจพบผู้ป่วยเพื่อการกระตุ้นบำบัดในเดือนที่ 2-3 หลังการบำบัด

## 2.2 ประสิทธิภาพของกลุ่ม CBT ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภารมย์แดงเจริญ (2552) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในผู้ป่วยจิตเวช และ Wong (2008) ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT มีภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Himelhoch et al (2007) ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis ถึงประสิทธิภาพของการทำกลุ่มจิตบำบัดในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV จากงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized clinical trials) จำนวน 18 เรื่อง และมี 8 เรื่องที่มีคุณสมบัติตามกำหนด พบว่าการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง และกลุ่มการฝึกการเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระยะเวลาและวิธีการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม CBT ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (จากตารางที่ 12) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ วิเคราะห์ปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และความร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในกลุ่ม และประสบการณ์ของผู้บำบัด ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005; Dickerson et al, 2005) จึงทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อวัดผลภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทันทีจึงไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT

อนึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่าจะมีความคิดบิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) คือการมองตนเอง คนอื่นและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนอนาคตในแง่ลบ (Beck, 1995) การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดทางความคิดโดยตรง มีวัตถุประสงค์สำคัญอันดับแรกของการบำบัด คือ การสอนให้บุคคลค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา การปรับเปลี่ยนความคิดที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดิม พยาบาลผู้บำบัดจะใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการค้นหาและแก้ไขความคิดอัตโนมัติ จึงช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้รับประโยชน์จากกระบวนการนี้ (Sharon & Arthur, 2005) ซึ่ง



แตกต่างจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งเน้นการระบายอารมณ์ ความรู้สึก และการแก้ปัญหาาร่วมกันของสมาชิก แต่ไม่ได้ลงลึกถึงการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนซึ่งส่งผลต่ออารมณ์เศร้าที่ตามมา

### 2.3 ประสิทธิภาพของกลุ่ม CBT ที่มีต่ออัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการลดลงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 19.8 (ไม่นับรวม drop out ของกลุ่มควบคุม) ถึงแม้ว่าการไม่สามารถติดตามผลการบำบัดในกลุ่มควบคุมดังกล่าว ซึ่งหายไป 3 คน แต่ถ้าหากพิจารณาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ พบว่า ต้องมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน การวิเคราะห์ผลการทดลองทางคลินิกครั้งนี้อาจไม่มีผลกระทบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลือยังไม่ต่ำกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองทางคลินิกเมื่อไม่สามารถติดตามผลการทดลองได้ครบ หรือมีผลการทดลองไม่สมบูรณ์ จะต้องมีคามระมัดระวังในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล ทางเลือกและการตัดสินใจในการวิเคราะห์จะส่งผลต่อความถูกต้องของผลการทดลอง (Dallal, 2009) ในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบผลการศึกษาในกลุ่มควบคุม โดยให้ผลของข้อมูลที่สูญหายไปเท่ากับผลการวัดระดับภาวะซึมเศร้าเมื่อก่อนการบำบัด (The Cochrane Collaboration, 2002 อังใน นพดล พิมพ์จันทร์ และอรุณี จิรวินน์กุล, 2548; Dallal, 2009) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบผลการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 26.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้การบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับบำบัดโดยกลุ่ม CBT สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ ความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้าได้ และช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นชั่วคราว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552; Yalom, 1995) แต่กลุ่ม CBT เน้นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับความคิดและการจัดการกับปัญหา จึงช่วยให้ผู้ป่วยที่มีแบบแผนความคิดทางลบ มีการปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่มองปัญหาอย่างเหมาะสม ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น (Sharon & Arthur, 2005; Stuart, 2005)

ผลการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 6.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 13.3 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองเกือบ 2 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Himelhoch et al (2007) ที่พบว่า การบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติ และ Wilkinson et al (2009) ทำการวิจัยเชิงทดลองศึกษาผลของกลุ่ม CBT ที่มีต่อการลดอาการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก็พบว่าอัตรากำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT น้อยกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน (ร้อยละ 27.8, 44.4 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่ม CBT เน้นการฝึกทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือความคิดที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ใจ และใช้กระบวนการกลุ่มในการค้นหาความคิด ความเชื่อที่มั่นทั้งในด้านที่สอดคล้องและด้านที่ขัดแย้งกับความคิด ความเชื่อเดิม สู่การปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม (Sharon & Arthur, 2005; Wright et al, 2009) ทำให้อารมณ์ ความรู้สึกที่ตามมาดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น การฝึกทักษะในกลุ่มบ่อยๆ จึงเปรียบเสมือนห้องฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติก่อนนำไปใช้ในชีวิตจริงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong (2008) ที่พบว่าอารมณ์ทางด้านลบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ร้อยละ 40 และจากการวิเคราะห์ด้วย multiple regression analysis พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากผู้วิจัยได้ติดตามผลดังกล่าวแล้ว ได้ติดตามต่อไปว่าผู้ป่วยยังคงดำรงชีวิตอยู่หรือไม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังคงมีชีวิตอยู่ เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยติดตามผลในเรื่องนี้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอาการซึมเศร้าที่มากขึ้น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์แรกจะมีความเสี่ยงมาก จากการศึกษาของ Finnish แสดงให้เห็นความรุนแรงของการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 72 และภายหลังติดตามผลจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 59 เมื่อติดตามผลไป 3.6 ปี (Haukk et al, 2008 อ้างใน Wasserman & Wasserman, 2009)

เมื่อศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่กลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกันในด้าน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา เสพสิ่งเสพติด ดื่มเหล้า ดื่มกาแฟมากกว่าปกติ และสูบบุหรี่ จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่า การบำบัดด้วย CBT เพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจไม่เพียงพอ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทุกๆราย ควรพิจารณาปัญหาหลักกว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องกลับมา รักษาซ้ำๆ ด้วยเรื่องขาดยา ไม่ยอมรับประทานยา หรือเสพสิ่งเสพติด เหล้าที่รุนแรงกว่า ฉะนั้น ควรให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Adherence therapy) หรือการบำบัดทางจิตสังคม (Matrix program) การบำบัดด้วย CBT อาจใช้วิธีการบำบัดแบบรายบุคคลทดแทน เพราะมีความจำเป็นเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ก็จัดให้มีบริการดังกล่าวข้างต้นในโรงพยาบาลด้วย

## 2.4 กลุ่มบำบัดด้วย CBT ปัญหา และแนวทางแก้ไข

เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์ที่สำคัญเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งเพื่อการพัฒนาโปรแกรมกลุ่ม CBT เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เช่นโรคซึมเศร้า โรคจิต ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ดังการศึกษาของ Arsenault-Lapierre และคณะ (2004) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่รับไว้รักษามีจำนวนมาก แต่ผู้มีความรู้ความชำนาญการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคลในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องรอคิวบำบัด จึงได้มีการพัฒนาการบำบัดแบบกลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยได้มากกว่า ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดด้วย CBT แบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีทั้งการลดภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วย (Himelhoch et al, 2007; Wong, 2008; Wilkinson et al, 2009; Matsunaga et al, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rossello et al. (2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการบำบัดด้วย CBT ระหว่างการบำบัดแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม พบว่าการบำบัดด้วย CBT ได้ผลดีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดแบบรายบุคคลมีข้อดีด้านมีความเข้มข้น (concentrate) ของการบำบัดมากกว่า เพราะเป็นการบำบัดในคนเดียวแบบตัวต่อตัว แต่ในขณะเดียวกันมีข้อด้อยคือให้การบำบัดผู้ป่วยได้จำนวนน้อย ด้านการบำบัดแบบกลุ่มมีข้อดีเนื่องจากในกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัด หรือเกิดปัจจัยการบำบัด (therapeutic factor) เกิดขึ้น คือทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่มีเฉพาะตนคนเดียว และมีการเสริมแรงกันในกลุ่ม นอกจากนี้ในกระบวนการกลุ่มยังเปิดโอกาสและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมทางบวก ซึ่งช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวกด้วย (Sharon and Arthur, 2005; Corey, 2007) อาจกล่าวโดยสรุป คือ การบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มไม่แตกต่างกันด้านประสิทธิผลการบำบัด แต่การบำบัดแบบกลุ่มมีข้อดีสามารถบำบัดผู้ป่วยได้มากกว่า มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกทั้ง 2 เพศที่มีมุมมองต่างกัน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมในทางบวกได้มากกว่าอีกด้วย แต่จุดเด่นการบำบัดแบบ CBT รายบุคคล คือช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาได้ลึกซึ้งกว่าในเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยต่อกลุ่ม

เมื่อพิจารณาด้านระยะเวลาและจำนวนครั้ง (session) ของการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT พบว่าการศึกษานี้มีแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ คือต่างประเทศจะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัดมากกว่า โดยใช้การบำบัดประมาณ 10-12 สัปดาห์ จำนวนครั้งในการบำบัด 8-12 ครั้ง (Rossello et al, 2008; Wong, 2008; Wilkinson, 2009; Matsunaga et al, 2010) ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดมีระยะเวลาที่ยาวนานกว่าในการฝึกปฏิบัติการปรับความคิดด้วยตนเอง และเปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นการบำบัดเป็นระยะไปในตัว ทำให้เกิด

ประสิทธิผลของการบำบัดที่ดี ต่างจากการศึกษานี้ให้การบำบัดแบบกลุ่มเพียง 5 ครั้ง ติดต่อกัน ภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์-ศุกร์) ทั้งนี้เป็นการปรับโปรแกรมการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งรับผู้ป่วยไว้รักษาประมาณ 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 เน้นการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากอาการป่วยโดยเร็วที่สุด และสัปดาห์ต่อไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบจึงประเมินผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT และเนื่องด้วยมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีโอกาสเป็นไปได้สูงที่ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมหากต้องเพิ่มจำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดมากกว่านี้ จึงเป็นข้อด้อยของการศึกษาครั้งนี้ที่จำเป็นต้องให้การบำบัดให้ครบตามโปรแกรมในระยะเวลาอันสั้น และมีจำนวนครั้งการบำบัดน้อยกว่าการศึกษาของต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามในภาพรวมแล้วพบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ครั้งนี้มีอาการดีขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตาย

ในระยะเริ่มแรกของการนำการบำบัดด้วย CBT มาบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าการบำบัดด้วยวิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าและวิตกกังวล (Butler et al, 2006) ต่อมาได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างแพร่หลาย พบว่าเกิดประสิทธิผลในการบำบัดที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษานี้ได้ให้การบำบัดในผู้ป่วยหลายกลุ่ม กล่าวคือนอกจากให้การบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว ยังได้คัดกรองผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือจิตเภท และผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุราที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่ามีความซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดครั้งนี้ร่วมด้วย ทั้งนี้สามารถพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งในระยะมีอาการกำเริบของโรคและระยะอาการทางจิตทุเลา โดยผู้ป่วยมักมีอาการแสดงออกด้านอารมณ์ว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง และการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบมีปัญหาก็มีความรู้สึกต่อตนเองว่าเป็นคนด้อยค่า และมีปัญหาต่างๆตามมาจาก การดื่มสุรา เช่น ปัญหาสมรส ปัญหาการงาน และการไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ซึ่งเมื่อพิจารณาที่รูปแบบความคิดของผู้ป่วย พบว่าทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต และผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีรูปแบบความคิดไม่แตกต่างจากโรคซึมเศร้า คือมองตนเองและทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวในด้านลบ หรือมีความคิดแบบ cognitive triad (Barton and Morley, 1999) นั่นเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วย CBT ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนดังกล่าวข้างต้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีอาการดีขึ้นได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในระยะติดตามผล 3 เดือนหลังการบำบัด มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน ไม่มาตามนัดถึงแม้ผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ เนื่องจากถูกเกณฑ์ไปเป็นทหาร 1 คน และไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลทหาร และไปทำงานที่จังหวัดกรุงเทพฯ 2 คน จึงไม่สามารถติดตามผลการบำบัดได้ ดังนั้นจึงควรสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยและญาติให้มีความตระหนักถึงความสำคัญ

ของการบำบัดรักษา และการมาติดตามผลตามนัด นอกจากนี้ควรมีการวางแผนการติดตามการรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย ตามความสะดวกหรือความสมัครใจของผู้ป่วย เช่น การนัดหมายผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาลในวันที่มารับยาครั้งต่อไป การติดตามทางจดหมายหรือโทรศัพท์ หรือการติดตามผลการรักษาผ่านทางเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นต้น

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 3.1.1 ด้านการทำกลุ่มบำบัดด้วย CBT

1) ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดมาก่อน เนื่องจากต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการทำกลุ่มบำบัดเดิม มาช่วยให้การทำกลุ่ม CBT ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ผู้ที่จะนำกลุ่ม CBT ไปใช้ ต้องทำความเข้าใจในโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง และผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ และทักษะการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคลมาก่อน จะช่วยให้การทำกลุ่ม CBT มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3) การทำกลุ่ม CBT ควรมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader) ร่วมด้วย เพื่อช่วยในการประสาน เชื่อมโยงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่มีต่อเหตุการณ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มต้องผ่านการฝึกทักษะจนชำนาญ และสามารถทำกลุ่ม CBT ได้

4) ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยความคิด ความเชื่อของตนเองให้มากที่สุด ไม่ควรด่วนใช้วิธีการแนะนำ เพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มไม่สามารถปรับความคิด ความเชื่อได้จริง

##### 3.1.2 ด้านผู้รับบริการและผลลัพธ์การบำบัด

1) ในกรณีโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างในการทำกลุ่ม ควรพิจารณาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางให้ได้เข้ากลุ่ม CBT อย่างครอบคลุม เพื่อผลลัพธ์ในการลดระดับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าลดลงน้อยกว่ากลุ่ม CBT ก็ยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ฉะนั้นถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อน หรือเล็กน้อยก็อาจพิจารณาให้เข้ากลุ่มนี้

2) การทำกลุ่ม CBT ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจำนวนมากกว่ารายบุคคล แต่อย่างไรก็ตาม หากพบว่าสมาชิกกลุ่มไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลหลักฐานที่สนับสนุน หรือขัดแย้งกับความคิด ความเชื่อ หรือมีปัญหาซับซ้อน การบำบัดแบบรายบุคคลก็มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในกรณีนี้

3) กรณีผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มอ่านหนังสือไม่ได้ หรืออ่านได้ช้ามาก ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำความเข้าใจ เพื่อสามารถเขียนถึงความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกได้

4) ควรส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการทำกลุ่มบำบัดให้ทีมผู้ช่วยพยาบาลด้วย เพื่อผลดีต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย

5) จากผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มถึงแม้จะลดลงทั้งหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยที่เริ่มสูงขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน จึงควรมีการกระตุ้นการบำบัด (booster session) ในระยะเดือนที่ 2-3 เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมีความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าลดลง และควรดำเนินการต่อเนื่องทุก 3 เดือน

6) การวัดผลลัพธ์ด้วยแบบวัดความซึมเศร้า อาจเกี่ยวเนื่องกับผล การบำบัด รักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดแบบอื่นร่วมด้วย แต่ความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นการวัดประเมินโดยตรงจากการทำกลุ่ม CBT เพราะกลุ่ม CBT จะฝึกทักษะการคิดในมุมมองใหม่ที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ และความรู้สึกที่ดีขึ้นตามมา แต่แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบในการศึกษานี้มีจำนวนข้อถึง 30 ข้อ ซึ่งอาจเป็นภาระอย่างมากหากนำไปใช้ในงานประจำ จึงควรมีการปรับลดข้อคำถามให้มีจำนวนน้อยกว่านี้ ปัจจุบันกลุ่ม CBT เป็นบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดเป็นบริการประจำแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล และได้ดำเนินการปรับลดเครื่องมือในการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบโดยใช้วิธีการทางสถิติร่วมด้วย แต่ยังคงแนวคิดการประเมินของ Beck เอาไว้

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการกระตุ้นการบำบัด (booster session) ทุก 3 เดือน และควรประเมินประสิทธิผลซ้ำด้วยการศึกษาวิจัยถึงความคงทนของการบำบัด

3.2.2 จากผลการศึกษาพบว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองก็สามารถลดภาวะซึมเศร้า จึงควรศึกษาวิจัยต่อไปว่าหากทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจำนวน 5 ครั้งเท่ากัน ประสิทธิภาพที่มีต่อภาวะซึมเศร้าจะเป็นเช่นไร

3.2.3 การศึกษาประสิทธิผลของ CBT ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ญาติผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เจ็บป่วยเป็นเวลานาน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเหล่านี้สามารถใช้แนวคิดของ CBT ไปปรับใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้



## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เหมะรัตน์, อ่าพันธ์ จารุทัศน์างกูร, พัชรา ศิลปบรรเลง. ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ 2552; 3 (1): 12-21.
- จำลอง ดิษยวณิช. จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: พระสังฆการพิมพ์; 2534.
- ชบาไพร คานทอง. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2552.
- ณัฐกร จำปาทอง, บรรณาธิการ. mhGAP intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิต และ จิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการ สาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
- ทวี ตั้งเสรี. การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD - 10. โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม: นครพนม; 2541.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และ ไพลิน ปรัชญาคุปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2551.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, สมพร เตรียมชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). วารสารจิตวิทยาคลินิก 2533; 21(2):25-45.
- ธิดารัตน์ ห้วยทราย. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- นพดล พิมพ์จันทร์, อรุณ จิรวัดณ์กุล. การวิเคราะห์โดยใช้หลักการ Principle of intention to treat analysis (ITT) ในการทดลองทางคลินิก. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ 2548; 1(3): 69-74.
- ปารีชาติ โรจน์พลากร-กัช, ยุวดี ภาษา. สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง; 2553.
- ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2549. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2549.



- พูนศรี รังษิณี. ความผิดปกติทางอารมณ์. ใน: ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และเดชา ปิยะวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546: 193-94.
- มานิช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2553.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 2542; 20(1): 17-9.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(4): 235-46.
- ยุทธนา อองอาจสกุลมั้น. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 23(2): 114-23.
- ยุวสี สหายแก่น. กลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. จิตบำบัดระดับประคอง : สมรรถนะการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; 24(2) : 1-11.
- ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
- วัลยา คันธมาทน์. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคนมิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
- ศุภารมย์ แต่งเจริญ. กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- สุชาติ พหลภาคย์. Cognitive therapy. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

- สรยุทธ วาลิกนันท์. กลุ่มโรคซึมเศร้า. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, บรรณาธิการ. การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
- \_\_\_\_\_. โรคซึมเศร้า. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิบบราเดอรีการพิมพ์; 2547: 127-45.
- สุรพล วีระศิริ. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders). ใน: พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ : สำหรับ นักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2547: 131-44.
- สายฝน เอกวางกูร. รู้รัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- สาวตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. การศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; 24 (1): 202-17.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานา วิทยา; 2552.
- สมภพ เรืองตระกูล. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดด้วยกลุ่มและจิตบำบัดกลุ่ม. ใน: การบำบัดรักษาทางจิตสังคม สำหรับโรคซึมเศร้า. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2553: 215-33.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัด ทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร ทะวานนท์. การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน วัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(1): 2-13.
- เอี่ยมเดือน เนตรแถม. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4<sup>th</sup> ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3,275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004; 4: 37.

- Barton SB & Morley S. Specificity of reference patterns in depressive thinking: agency and object roles in self-representation. *J Abnorm Psychol* 1999; 108(4): 655-61.
- Beck, AT. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press; 1976.
- \_\_\_\_\_. *Beck Depression Inventory*. New York: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich; 1987.
- Beck JS. *Cognitive therapy: basic and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
- Bloch S. *An introduction to the psychotherapies*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2006.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Cause of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212-7.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(1): 17-31.
- Chatav Y. & Whisman MA. Partner schemas and relationship functioning: a state of mind analysis. *Behav Ther* 2009; 40(1): 50-56.
- Corey G. *Theory and practice of group counseling USA*: Thomson Brooks, CA; 2007.
- Dallal GE. Intention to treat analysis. Retrieved from <http://www.tufts.edu/gdallal/itt.htm>. [8 October 2009]
- Dickerson FB, Dixon L, Lehman AF. Schizophrenia : psychosocial treatment. In: Sadock BJ, Sadock VA. (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005: pp 1456-67.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(9):816-20.
- Grant A, Mill SJ, Mulhern R, Short N. *Cognitive behavioral therapy in mental health care*. London: Sage; 2004.
- Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had or had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8): 1276-8.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders : a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
- Heila H, Haukka J, Suvisaari J, Lonnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005; 35(5): 725-32.

- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical characteristic of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9): 1235-42.
- Himelhoch S, Medoff DR, Oyeniya G, Deborah RM, Gloria O. Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systemic review and meta analysis. *AIDS Patient Care STDs* 2007; 21(10): 732-39.
- Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(4): 381-88.
- Joseph A. *Cognitive behavioural therapy*. Oxford: Wiley & Son Inc; 2010.
- Joyce BS. Cognitive therapy. In: Lego S. (Eds.), *Psychiatric nursing a comprehensive reference*. Pennsylvania: Lippincott-raven Publishers; 1996: pp 121-28.
- Jylha P, Isometsa E. Relationship of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patient with DSM-IV major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009; 114 (1): 110-21.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 2003.
- Lepine JP. European perspective on depression. *Primary Care Psychiatry* 1997; 3 (1): 53-56.
- Leventhal AM, Kahler CW, Ray LA, Zimmerman M. Refining the depression symptoms in psychiatric outpatients with current, past and no history of nicotine dependence. *Addict Behav* 2009; 34: 297-303.
- Lewinsohn PM, Monoz RE, Youngren MA, Zeiss AM. *Control your depression*. London: Prentice – Hall; 1978.
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J. and et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression : treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292 (7): 807-20.
- Matsunaga M, Okamoto Y, Suzuki S, Kinoshita A, Yoshimura S, Yoshino A, et al. Psychosocial functioning in patients with treatment – resistant depression after group cognitive behavioural therapy. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 22-31.
- National Institute on Drug Abuse. Behavioral therapies development program. Retrieved from <http://www.nida.nih.gov>. [20 Jan 2006]

- Online Psychological Services. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Retrieved from <http://www.psychology.net/or/major.html>. [8 Jan 2006]
- Rossello J, Brenal G, Medina RC. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14 (3):234-45.
- Seok-Man K, Tian PS. Oei. Cognitive change process in group cognitive behavior therapy of depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003;34(1):73-85.
- Sharon MF, Arthur F. *Cognitive behavior therapy in nursing practice*. New York: Springer Publishing; 2005.
- Stahl JP. Quality of life in schizophrenia: contribution of anxiety and depression. *Schizophrenia Research* 2006; 90: 186-97.
- Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. In: Stuart GW, & Laraia MT. (Eds.), *Principle and practices of psychiatric nursing*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1998: pp 660-65.
- \_\_\_\_\_. Cognitive behavioral treatment strategies. In: Stuart GW, & Laraia MT. (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8<sup>th</sup> ed. St.Louis: Elsevier Mosby; 2005: pp 654-67.
- Tanney B. Psychiatric diagnoses and suicide. In: Marie R, Berman A, Silverman M. (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford; 2000: pp311-41.
- Tarachow AE. *Mental health nursing*. New York: Wolf; 1998.
- Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing : concept of care*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia. F.A.: Davis; 2003.
- Udomrat P. Depressive disorder. In: Udomrat P, et al. *Epidemiology of mental health problem and psychiatric disorders in Thailand*. Songkhla: Limbrother Press; 2004: pp6.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S. & et al. Randomised controlled trial of non-directive counseling cognitive- behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1383-88.
- Wasserman D, Wasserman C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Bangalore: Oxford University Press; 2009: pp 279.
- Werman DS. *The practice of supportive psychotherapy*. New York; Brunner/Mazel; 1984.
- Wilkinson P, Alder N, Juszczak E, Matthews H, Merritt C, Montgomery H, & et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive behavioral group intervention to reduce recurrence rate in the life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24(1): 68-75.

- Winston A, Rosenthal RN & Pinsker H. Introduction to supportive psychotherapy. Washington, D.C. : American Psychiatric Publishing; 2004.
- Wong DFK. Cognitive behavioral treatment group for people with chronic depression in Hong Kong: a randomized waist-list control design. *Depression and Anxiety* 2008; 25 (2): 142-48.
- World Health Organization. Depression. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). [5 Aug 2008]
- \_\_\_\_\_. International classification of disease and related health problems. 10<sup>th</sup> revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Wright JH, & Beck AT. Cognitive therapy. In: Hales R. (Ed.), *Textbook of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995: pp 1011-38.
- Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, Basco MR. *Cognitive behavior therapy for severe mental illness: an illustrated guide*. British: American Psychiatric Publishing; 2009.
- Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Basic Books; 1995.
- Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Basic Books; 2005.
- Zung WK. Depression Inventory. Retrieved from <http://www.wellbutrinsr.com/hep/graphics/zung.pdf>. [4 Apr 2006]



## ภาคผนวก

- ก. โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกลุ่ม CBT
- ข. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ
- ค. ประวัติผู้วิจัย

**ภาคผนวก ก**

**โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกลุ่ม CBT**

## โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกลุ่ม CBT

### คุณสมบัติ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือแบบวัด TDI
2. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ระดับคะแนน HoNos น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ในทุกหมวด
3. ยินดีเข้ากลุ่ม

### ลักษณะกลุ่ม

1. กลุ่มปิด 5 ครั้ง
2. สมาชิก 6-12 คน
3. เวลา 1-1.30 ชม.

### ขั้นตอนในการทำกลุ่ม CBT

1. ชั้นเริ่มต้นในการทำกลุ่ม
2. ชั้นดำเนินกลุ่ม
3. ชั้นตอนสุดท้าย

### เนื้อหาในการเข้ากลุ่มบำบัดด้วย CBT

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC

ครั้งที่ 2-4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง ABC และการปรับ

ความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 5 แบบแผนความคิดที่บิดเบือน การเบี่ยงเบนความคิด และวิธีการคลาย

เครียด ทบทวนประสบการณ์ ยุติบริการ

## โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกลุ่ม CBT

ครั้งที่ 1	เรื่อง “ความเศร้าจากไปถ้าใจเราเป็นสุข”
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจถึงความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา ภาวะซึมเศร้าได้ 2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมทางกาย และอาการทางกายที่เกิดขึ้น
เวลา	70 นาที
อุปกรณ์	1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องภาวะซึมเศร้า 2. ใบงานที่ 1 มะนาว 3. ใบงานที่ 2 แบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ 4. ดินสอ ยางลบ

### ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ขั้นตอนพื้นฐาน กล่าวสวัสดิ์ บอกชื่อกลุ่ม แนะนำตัวผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้บันทึกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง ถามวัน เดือน ปี ในการทำกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกลุ่มจะใช้เวลาในการทำกลุ่ม 5 ครั้ง ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ในแต่ละวันใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที และตกลงกติกาในการเข้ากลุ่ม (10 นาที)

2. ความรู้ความเข้าใจภาวะซึมเศร้า (15 นาที) โดยผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยกล่าวว่า ก่อนที่จะดำเนินการกลุ่มต่อไป เรามาทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้ากันก่อน โดยถามสมาชิกว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงอะไร และภาวะซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุอะไร โดยสุ่มถามสมาชิก 2-3 คน และผู้นำกลุ่มให้ความรู้ในส่วนที่สมาชิกบอกไม่ครบถ้วน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิกกลุ่มว่า มีใครทราบบ้างว่าอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร และถามสมาชิก 1-2 คน และเพิ่มเติมเช่นเดิมในส่วนที่สมาชิกบอกไม่ครบถ้วน ต่อมาผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่มว่า มีใครทราบบ้างว่าการรักษาภาวะซึมเศร้ามีวิธีการอะไรบ้าง และถามสมาชิกกลุ่ม 1-2 คนอีกครั้ง และผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมในส่วนที่สมาชิกบอกไม่ครบถ้วน (ใบความรู้ที่ 1)

3. ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด และอารมณ์ (15 นาที)

3.1 สุ่มถามสมาชิก 1 -2 คน ถามความคิดเห็นของสมาชิกว่าใครเคยมีความรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจบ้าง ให้สมาชิกเล่ารายละเอียดให้ฟัง กระตุ้นให้สมาชิกจับความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ใจ และมีผลตามมาคือ เกิดความรู้สึกอย่างไร สรุปโยงไปสู่ขั้นตอนที่ 3

3.2 เตรียมความพร้อมสมาชิกกลุ่ม เพื่อจินตนาการตามเรื่องเล่า โดยให้สมาชิกกลุ่มหลับตา และผู้นำกลุ่มอ่านเรื่องมะนาว (ตามใบงานที่ 1) และให้สมาชิกจินตนาการตามหลังจากสมาชิกกลุ่มรับฟัง ให้สมาชิกทุกคนค่อย ๆ ลืมตาขึ้น

3.3 ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกแต่ละคนว่าหลังจากที่ฟังกรณีศึกษาแล้ว มีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมทางกายอย่างไร (โดยถามสมาชิกกลุ่มทีละคนจนครบ)

3.4 ผู้นำกลุ่มสรุปให้สมาชิกทราบถึงพลังความคิดมีผลต่อร่างกายอย่างไร จากนั้นสรุปลงในใบงานที่ 2 ในช่อง A (เหตุการณ์) B (ความคิด ความเชื่อ) C (ผลที่ตามมา)

4. ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด และอารมณ์ (20 นาที)

4.1 เชื่อมโยงสิ่งที่ได้จากการฝึกตามใบงานที่ 1 สู่อารมณ์ ใบงานที่ 2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกาย หาสมาชิกกลุ่ม 1 คนที่เป็นอาสาสมัคร โดยถามสมาชิกว่าใครเคยประสบเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกซใจ และปัจจุบันยังคงคิดถึงเรื่องนั้น และถามว่าขณะนั้นรู้สึกอย่างไร มีพฤติกรรมอย่างไร และมีอาการทางกายเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง และที่รู้สึกอย่างนั้น ขณะนั้นคิดอะไรอยู่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนร่วมอภิปรายซักถามสมาชิกผู้เล่าเหตุการณ์นั้น

4.2 จากนั้นนำเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายใส่ลงในช่อง A, B, C (ใบงานที่ 2)

4.3 สรุปให้สมาชิกทุกคนเห็นว่าความคิดในแง่ลบทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่ทุกซใจตามมา

5. เตรียมการยุติกลุ่ม (10 นาที)

5.1 มอบหมายการบ้านให้สมาชิกทุกคนจดจำเรื่องที่ทำให้ทุกซใจ หรือไม่สบายใจ มาเล่าสู่กันฟังอย่างน้อย 1 เรื่องในวันพรุ่งนี้

5.2 กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนช่วยกันสรุปเนื้อหาในการเข้ากลุ่มในวันนี้ และสรุปเพิ่มเติมหากสมาชิกสรุปไม่สมบูรณ์

5.3 การป้อนกลับ (feedback) สมาชิกในการเข้ากลุ่ม โดยถามสมาชิกว่า “รู้สึกอย่างไรในการเข้ากลุ่มวันนี้” หรือมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้ เป็นการ feedback การทำกลุ่ม 3 ประเด็น (ต่อกระบวนการกลุ่ม ต่อผู้นำกลุ่ม และต่อการบ้านที่มอบหมายให้)

5.4 เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามในเรื่องที่อยากถามแต่ยังไม่ได้ถาม

5.5 นัดหมายในการเข้ากลุ่มในวันพรุ่งนี้ และกล่าวยุติกลุ่ม

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. การตอบคำถามตามใบงานที่ 1
3. การบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ (ใบงานที่ 2)
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

## ใบความรู้ที่ 1

### เรื่อง ภาวะซึมเศร้า

#### ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยชอบ เคยทำ ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการมากอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

#### สาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย เกิดจากสารสื่อประสาทในสมองที่ลดลง และมีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และฮอร์โมน ปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคนี้ ก็มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนทั่วไป

2. ปัจจัยทางจิตสังคม เกิดจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบิดามารดา หรือบุคคลที่เป็นที่รัก ผูกพัน ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความอบอุ่น ความล้มเหลว ผิดหวังในชีวิต ความพิการทางกาย เป็นต้น

#### อาการและอาการแสดง

1. ด้านอารมณ์ มีอาการเศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองผิดบาป ไร้ค่า ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

2. ด้านความคิด ประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ มองโลกในแง่ร้าย คิดว่าอนาคตคงสิ้นหวัง หมดหวัง ต่ำหนีดตนเอง มีความลำบากในการตัดสินใจ

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน ต้องการที่จะหลบเลี่ยงหนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่นนอนไม่หลับหรือหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด

#### การบำบัดรักษา

1. การรักษาด้วยยา และมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาย่างต่อเนื่อง
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง
3. การรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมทั้งแบบรายบุคคลหรือกลุ่มบำบัด
4. การทำครอบครัวบำบัด
5. กรณีมีอาการรุนแรงมากจำเป็นต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล



## ใบงานที่ 1

### มะนาว

การเล่าเรื่องมะนาวให้สมาชิกกลุ่มฟัง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้สมาชิกกลุ่มจินตนาการตามเรื่องที่ผู้นำกลุ่มเล่า โดยคิดว่าตนเองอยู่ในเหตุการณ์นั้นด้วย ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทราบถึงพลังความคิด ว่ามีผลต่อร่างกายอย่างไร ขอให้สมาชิกทุกคนวางอุปกรณ์ทุกอย่าง และนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย จากนั้นจินตนาการตามที่ผู้นำกลุ่มเล่า

วันหนึ่งพยาบาลอยากกินของเปรี้ยว ๆ จึงเดินไปในครัว เห็นมะนาวลูกโต ๆ ผลสีเขียวอมเหลืองหลายลูกอยู่ในจาน จึงลองจับมะนาว พบว่ามีผลนี้ม แสดงว่าคงจะมีน้ำมะนาวมาก จึงหยิบมะนาวมา 1 ผล วางมะนาวลงบนเขียงและใช้มีดค่อย ๆ ปาดมะนาวออกเป็น 2 ซีก ขณะที่ปาดมะนาว น้ำมะนาวสีเขียวอ่อนกระเด็นเข้าปากมีรสเปรี้ยวมาก พยาบาลหยิบแก้ว 1 ใบ ใส่เกลือและน้ำตาลเล็กน้อย จากนั้นบีบมะนาว 2 ซีกลงในแก้ว น้ำมะนาวสีเขียวสีเขียวสวยมาก และมีเนื้อของมะนาวผสมออกมาด้วย จากนั้นเอาน้ำอุ่นผสม คนให้เกลือ น้ำตาลละลาย เมื่อละลายแล้วจึงยกแก้วขึ้นดื่ม รสน้ำมะนาวเปรี้ยวจัด เค็มและหวานนิดหน่อย ชุ่มคอ ชื่นใจ

## ใบงานที่ 2

### แบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์

วัน เดือน ปี เหตุการณ์ (A)	ความคิดแว็บแรกที่เกิดขึ้น (B) (ให้คะแนน 0-100)	อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดขึ้น (C) (ให้คะแนน 0-100)
		อารมณ์ ความรู้สึก  พฤติกรรม

หมายเหตุ ให้คะแนนในช่อง (C) เฉพาะอารมณ์ ความรู้สึก

ครั้งที่ 2-4 เรื่อง “คิดดีชีวิตมีสุข”

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม

2. เพื่อฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม

เวลา 90 นาที

อุปกรณ์ 1. ใบงานที่ 1 แบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ และการปรับความคิด  
2. ดินสอ ยางลบ

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ขั้นตอนพื้นฐาน แนะนำตัวผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึกกลุ่ม สำหรับสมาชิกกลุ่ม ใช้วิธีการให้สมาชิกกลุ่มที่สามารถจำชื่อเพื่อนได้เป็นส่วนใหญ่แนะนำเพื่อนสมาชิก สำหรับสมาชิกที่เหลือและเพื่อนจำชื่อไม่ได้ เปิดโอกาสให้แนะนำตัวอีกครั้ง ผู้นำกลุ่มบอกถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม ตกลงกติกาในการเข้ากลุ่ม ให้สมาชิกทบทวนการบ้านที่ให้เมื่อวานนี้ (10 นาที)

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหาในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม เนื้อหาในส่วนที่ขาดไป (5 นาที)

3. เชื่อมโยงการบ้านที่มอบหมายให้สมาชิกในครั้งที่ 1 ให้สมาชิกทุกคนเขียนรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในแบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ใน 3 ช่องแรก ใบงานที่ 1 โดยผู้นำกลุ่มอธิบายในแต่ละช่องว่าทำอะไร ให้เวลาในการบันทึก 5 นาที (15 นาที)

4. ถามความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนว่าเรื่องของใครเป็นความลับ ไม่อยากเปิดเผยให้คนในกลุ่มทราบก็ไม่ต้องนำเรื่องนำเสนอในกลุ่ม หลังจากนั้นแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีวิทยากรประจำกลุ่ม คือผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1 ให้ครบทุกช่อง โดยมีผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นที่เล็งในการแนะนำการเขียนที่ถูกต้อง

4.1 ขออาสาสมัครนำแบบบันทึกของตนเองเสนอต่อกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มช่วยแก้ไขเนื้อหาในแต่ละช่องให้ถูกต้องตาม ABC พร้อมให้คะแนนในช่อง B และ C (ความรู้สึก) เท่านั้น

4.2 สมาชิกช่วยกันซักถามถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องในแง่มุมที่ดี หรือรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในแง่มุมอื่น ๆ เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันในมุมมองใหม่ จากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเจ้าของเรื่องมองเหตุการณ์เดิมในมุมมองความคิดใหม่ ทำให้อารมณ์ที่ตามมาเป็นอย่างไร และให้ใส่คะแนนในช่อง B และ C ภายหลังปรับความคิดแล้ว

4.3 ดำเนินการเช่นเดียวกันกับข้อ 4.1-4.2 ในสมาชิกคนต่อไปที่อาสาสมัครในการฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม

4.4 นำเสนอผลการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อกลุ่มใหญ่ และเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายซักถาม

4.5 ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะสามารถฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มได้ครั้งละ 2-3 คน

หมายเหตุ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมข้อ 4 ทั้งหมด แต่ละครั้งดำเนินการ 30 นาที

5. ในกรณีใบงานที่ 1 ที่เปิดโอกาสให้สมาชิกฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม ในข้อ 4 ดำเนินการได้หมดทุกคน ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มที่สนใจฝึกทักษะเพิ่มเติม เสนอ เรื่องของตนเข้ากลุ่มได้อีก และดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 4.1-4.2

6. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสรุปเนื้อหาในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม หาก สมาชิกกลุ่มสรุปไม่สมบูรณ์ (10 นาที)

7. การป้อนกลับ (feedback) โดยถามสมาชิกในกลุ่มว่า “รู้สึกอย่างไรในการเข้ากลุ่ม วันนี้” หรือ “มีความคิดอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้” (10 นาที)

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามในเรื่องที่ต้องการถาม แต่ยังไม่ได้อถาม และกล่าว ชื่นชมสมาชิกทุกคนที่มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม (5 นาที)

9. นัดหมายในการเข้ากลุ่มในวันพรุ่งนี้ และกล่าวยุติกลุ่ม (5 นาที)

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. ผลการฝึกทักษะตามใบงานที่ 1 แบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์และการปรับ ความคิด การอภิปรายผลซักถามภายในกลุ่ม
3. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

**ใบงานที่ 1**  
แบบบันทึกความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์และการปรับความคิด

วัน เดือน ปี เหตุการณ์ (A)	ความคิดแว็บแรกที่เกิดขึ้น (B) (ให้คะแนน 0-100)	อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดขึ้น (C) (ให้คะแนน 0-100)
		อารมณ์ ความรู้สึก  พฤติกรรม
	การปรับเลี่ยนความคิด ในทางที่ดี (ให้คะแนน 0-100)	อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดขึ้น (ให้คะแนน 0-100)
		อารมณ์ ความรู้สึก  พฤติกรรม

หมายเหตุ ให้คะแนนในช่อง (C) เฉพาะอารมณ์ ความรู้สึก

- ครั้งที่ 5 เรื่อง “คิดใหม่ใจสบาย ฝึกผ่อนคลายด้วยลมหายใจ”
- วัตถุประสงค์
1. เพื่อทราบถึงแบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์
  2. เพื่อเบี่ยงเบนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์สู่การทำกิจกรรมอื่นที่สร้างสรรค์
  3. การฝึกทักษะคลายเครียด
  4. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการปรับความคิดและพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้าน
- เวลา 90 นาที
- อุปกรณ์
1. ใบความรู้ที่ 1 คำอธิบายแบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์
  2. ใบความรู้ที่ 2 วิธีการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ
  3. ใบงานที่ 1 แบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์
  4. ใบงานที่ 2 การเบี่ยงเบนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์สู่การทำกิจกรรมอื่น ๆ
  5. ดินสอ ยางลบ

#### ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ขั้นตอนพื้นฐาน กล่าวสวัสดิ์ บอกชื่อกลุ่ม ถามวัน เดือน ปี แนะนำตัวผู้นำกลุ่มและผู้ช่วย ผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึกกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม (โดยอาจให้สมาชิกกลุ่มอาสาสมัครบอกชื่อทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่ม แทน โดยให้สมาชิกทุกคนปิดป้ายชื่อตนเอง ในกรณีที่จำได้ไม่หมด เปิดโอกาสให้เจ้าตัวที่สมาชิกจำชื่อไม่ได้แนะนำตนเอง) ผู้นำกลุ่มบอกถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม โดยวันนี้จะให้ทุกคนสำรวจตนเองว่ามีแบบแผนความคิดอย่างไร หาวิธีการเบี่ยงเบนความคิดที่หมกมุ่นสู่กิจกรรมอื่นที่สร้างสรรค์ และฝึกทักษะคลายเครียดร่วมกัน ตกลงกติกาในการเข้ากลุ่ม (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า สมาชิกแต่ละคนจะมีแบบแผนความคิดหลายรูปแบบ เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ จะมองเห็นเหตุการณ์ด้วยมุมมองที่แตกต่างกันไป ทั้งที่ทำให้จิตใจทุกข์มาก ทุกข์น้อย หรือไม่ทุกข์ใจเลย ดังตัวอย่างต่อไปนี้ (แจกใบความรู้ที่ 1 คำอธิบายแบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ให้สมาชิกทุกคน) ผู้นำกลุ่มอธิบายและทำความเข้าใจแต่ละข้อให้สมาชิกฟัง เปิดโอกาสให้สมาชิกประเมินตนเองว่ามีแบบแผนความคิดอย่างไรตามใบงานที่ 1 (15 นาที)
3. เปิดโอกาสให้สมาชิก 2-3 คน อธิบายแบบแผนความคิดของแต่ละคน พร้อมยกเหตุการณ์ประกอบที่ทำให้ตนเองมีความคิดอย่างนี้ ถามคำถามในประเด็นต่อไปนี้ (15 นาที)
  - 3.1 เกิดผลตามมาอย่างไรเมื่อคิดอย่างนั้น (อารมณ์ พฤติกรรม อาการทางกาย)
  - 3.2 จะปรับเปลี่ยนความคิดอย่างไร
  - 3.3 เมื่อปรับเปลี่ยนแล้ว ผลที่ตามมาเป็นอย่างไร (อารมณ์ พฤติกรรม อาการทางกาย)
  - 3.4 ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มช่วยบันทึกแบบแผนความคิด และอารมณ์ พฤติกรรม ในข้อ 3.1-3.3 ในกระดาน
  - 3.5 ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงของทุกคน เพื่อให้เห็นภาพของการมีแบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ ทำให้เกิดผลอย่างไรในการดำเนินชีวิต
4. ถามสมาชิกทุกคนว่าเมื่อเรามีเวลาว่างแล้วคิดวนเวียนแต่ในเรื่องที่ทำให้เราทุกข์ใจ ที่ผ่านมามีทำอย่างไร เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยผู้นำกลุ่มแบ่งการ

เขียนการเบี่ยงเบนความคิดออกมาเป็น 2 ส่วน คือการเบี่ยงเบนความคิดสู่การทำงานหรือกิจกรรมอื่นอย่างสร้างสรรค์ หรือแบบไม่สร้างสรรค์ (ทำลาย) ตามใบงานที่ 2 (15 นาที)

5. กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนสรุปการเบี่ยงเบนความคิดวนเวียน สู่การสนใจเรื่องอื่น ๆ เพื่อลดความคิดหมกมุ่นในเรื่องนี้ โดยเน้นการกระตุ้นตนเองให้รู้ตัวว่ากำลังคิดวนเวียน โดยอาจใช้วิธีการหาสัญลักษณ์ที่มองเห็นแล้วกระตุ้นให้ตนเองเลิกคิดและไปทำอย่างอื่น เช่น การใช้ยางรัดข้อมือ (wrist band) ตีตตนเอง การบีบมือตนเอง ดึงหูตนเอง เป็นต้น (5 นาที)

6. ถามสมาชิกว่าเมื่อเรามีอารมณ์ ความรู้สึกที่เครียดมาก หรือไม่พอใจมาก ที่ผ่านมาระบบวิธีการคลายเครียดอย่างไร สรุปรวบรวมและโยงไปสู่การฝึกทักษะคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ (5 นาที)

7. ฝึกทักษะการหายใจ โดยอธิบายให้สมาชิกทราบถึงวิธีการ ดังนี้ (20 นาที)

7.1 นั่งในท่าที่สบาย วางอุปกรณ์ต่าง ๆ ลงให้หมด

7.2 หลับตาและสำรวจส่วนต่างๆ ของร่างกายว่าผ่อนคลายหรือยัง

7.3 เอามือประสานกันบริเวณหน้าท้องและทอดลงหายใจเข้าลึก ๆ

การหายใจที่ถูกต้องหายใจเข้าท้องจะโป่ง หายใจออกท้องจะแฟบ สังเกตจากมือที่ขยับขึ้นลง เมื่อหายใจถูกต้องตามหลักแล้ว หายใจเข้าให้ให้นับเลขในใจซ้ำ ๆ 1, 2, 3, 4 และกลั้นลมหายใจไว้ นับ 1, 2, 3, 4 จากนั้นผ่อนลมหายใจออก นับ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 การนับจังหวะตัวเลขของแต่ละคนขึ้นอยู่กับจังหวะการหายใจของคนนั้น ๆ ไม่ควรฝืน เพราะหากฝืนอาจเกิดความเครียดมากกว่าผ่อนคลาย ให้สมาชิกฝึกทักษะประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นให้ลืมตาได้

8. ชันยุติการทำกลุ่ม (10 นาที)

8.1 เปิดโอกาสให้สมาชิกสรุปเนื้อหาในการเข้ากลุ่มทั้ง 5 ครั้งว่าได้เรียนรู้เรื่องใดบ้าง และคิดว่าจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างไร

8.2 ผู้นำกลุ่มสรุปโยงเพิ่มเติม และขอให้สมาชิกจำหลักการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง

8.3 ถามความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้

8.4 ผู้นำกลุ่มกล่าวยุติการทำกลุ่ม

#### การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคน
2. ผลการฝึกทักษะตามใบงานที่ 1 และใบงานที่ 2 การอภิปรายผล ชักถามภายในกลุ่ม
3. การฝึกทักษะการคลายเครียด โดยการฝึกหายใจ
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม



**ใบความรู้ที่ 1**  
**คำอธิบายแบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์**

ลำดับ	แบบแผนความคิด	ตัวอย่าง	ความจริง
1	คิดว่าตนเองเป็นคนสมบูรณ์แบบต้องเป็นที่หนึ่งเสมอหรือทำผิดพลาดไม่ได้เลย (Perfectionism)	ถ้าหากฉันเรียนหนังสือไม่ได้ A ทุกตัว หรือไม่ได้ที่ 1 คิดว่าเป็นคนประสบความสำเร็จล้มเหลว	คนประสบความสำเร็จไม่จำเป็นต้องได้ A ทุกตัวหรือเรียนเก่งเสมอไป ขึ้นกับความมุ่งมั่นตั้งใจจริงในการทำงานมากกว่า
2	คิดทำนายอนาคตในเชิงลบ โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune telling)	ฉันคงมีชีวิตที่ล้มเหลว หรือฉันคงไม่ประสบความสำเร็จในอนาคต	ถ้ามุ่งมั่นทำงานโดยมีการวางแผนที่ดีปฏิบัติตามแผนก็ต้องประสบความสำเร็จ การคาดเดาอนาคตในทางลบทำให้การดำรงชีวิตขาดกำลังใจอาจเกิดอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ได้
3	คิดว่าตนเองอ่านใจว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยไม่มีหลักฐานอื่นมายืนยัน (Mind reading)	ไปร่วมสังสรรค์กับเพื่อน ๆ คิดว่าภรรยาต้องเกลียดแน่ ๆ เลย เพราะภรรยาไม่ชอบ	เมื่อได้พูดคุยพบว่าภรรยาอยากให้ไปสังสรรค์กับเพื่อน และตนเองต้องการไปร่วมงานด้วย
4	การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไปเช่น ให้ความสำคัญกับเรื่องผิดพลาดเพียงเรื่องเดียวเป็นเรื่องใหญ่มากกว่าการให้ความสำคัญกับเรื่องที่ตนเองทำได้ดี หรือประสบความสำเร็จ (Magnification/Minimization)	ลูกแต่งงานแยกครอบครัว ออกไปอยู่บ้านสามี คิดว่าลูกไม่รักไม่ห่วงใยตนเอง	ลูกยังคงไปมาหาสู่และจัดอาหารมาให้ทุกวัน โทรศัพท์ถามความเป็นอยู่ตลอดและชวนผู้ป่วยไปอยู่ด้วยแต่มารดาไม่ยอมไปเพราะห่วงบ้านและทรัพย์สิน มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นที่ลูกเอาใจใส่ดูแลตลอดทั้งวัน แต่มองอยู่จุดเดียวว่าลูกไม่อยู่ด้วย
5	การแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน เช่น ดีหรือเลว/ถูกหรือผิด/ถ้าเห็นด้วยกับความคิดของฉันเป็นคนดี ถ้าขัดแย้งกับความคิดฉันเป็นคนไม่ดี/เป็นต้น (Dichotomous thinking)	- ใครชอบสีเหลืองเป็นคนดี ชอบสีแดงเป็นคนไม่ดี - ใครทำผิดพลาด คือ คนชั่ว ทำงานประสบความสำเร็จ คือ คนดี - ใครทำความผิด คือ คนเลว ใครทำถูกต้อง คือ คนดี	แต่ทุกคนมีความคิดและเหตุผลของตนเอง จึงไม่ควรมองถึงเพียงดีและเลวเท่านั้น เพราะทุกคนย่อมมีทั้งดีและเลว หรือมีทั้งจุดอ่อนจุดแข็งในคนเดียวกัน ข้อสำคัญคือการนำความรู้ความสามารถของคน ๆ นั้นมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด

ลำดับ	แบบแผนความคิด	ตัวอย่าง	ความจริง
6	การมองเหตุการณ์หรือบุคคล ในแง่ร้ายหรือการมองโลกใน แง่ร้าย (Catastrophizing)	พิมพ์งานให้หัวหน้า หัวหน้าวง ด้วยปากกาแดง ไม่ได้พูดกัน รู้สึกตกใจคิดว่าต้องมีเรื่อง ร้ายๆเกิดขึ้นกับตนเองแน่นอน	ทบทวนการทำงานของ ตนเองใน 7 วัน ที่ผ่านมา เหตุการณ์ทั้งดี/ไม่ดีเกิดขึ้น เสมอ ให้มองว่าหากเรา ทบทวนแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาด ก็จะทำให้ตนเองพัฒนาเป็น คนเก่งต่อไปในอนาคต
7	การสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แบบขยายวงออกไป หรือ มากกว่าเรื่องที่เกิดขึ้นจริง (Overgeneralization)	ภรรยาจ่ายเงินไปค้าขายขาดทุน คิดว่าภรรยาจ่ายเงินไปให้ชาย อื่น ภรรยามีชู้	พูดคุยกัน พบว่าค้าขาย ขาดทุน ต้องปรึกษาผู้ที่เคย มีประสบการณ์ในการ แก้ปัญหาจึงสามารถลดการ ขาดทุนได้
8	การนำเหตุการณ์ภายนอกมา สัมพันธ์กับตนเอง โดยไม่มี เหตุผล(Personalization)	หลานสอบตกก็คิดว่าเป็น เพราะตนเองไม่ดูแลหลาน (ทั้งๆที่หน้าที่เป็นของพ่อและ แม่ของเด็กซึ่งอยู่ด้วยกับเด็ก)	การสอบตกของหลาน เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งตัว เด็กเอง เช่น ขาดเรียน/ไม่ส่ง รายงาน สถิติปัญหาของเด็ก การสอนของครูอาจารย์ ความใส่ใจของ พ่อ-แม่ เป็นต้น
9	คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง มักตอกย้ำตนเองในเรื่องไม่ดี เสมอ(Labeling)	คิดว่า ฉันเป็นคนทำอะไรไม่ได้ เรื่อง ไม่ดี เป็นคนโง่ ไม่เคย ทำงานสำเร็จซักครั้ง	คิดใหม่ว่า บนความสำเร็จ ผิดพลาดเป็นการเรียนรู้ที่จะ ให้เติบโตไปข้างหน้า หากเรา มอง/คิดอะไรดีๆ แล้วซักวัน หนึ่งจะพบว่า เราก็สามารถ ทำอะไรได้ดีๆเหมือนคนอื่น หรือมากกว่าคนอื่น

## ใบความรู้ที่ 2

### เรื่อง วิธีการคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ

ในเวลาที่คนเรามีความเครียดหรือหงุดหงิด การหายใจจะตื้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจจะเต้นเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการแน่นหน้าอก ตอนหายใจเป็นระยะๆ แต่เมื่อผ่อนคลายการหายใจจะดีขึ้นและหัวใจจะเต้นช้าลง การฝึกหายใจถูกวิธี จะช่วยให้สมองแจ่มใส ร่างกาย และจิตใจผ่อนคลาย และรู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวเองด้วย

#### วิธีการฝึก

นั่งในท่าสบาย หลังตรง ประสานมือไว้ที่หน้าท้อง สูดลมหายใจเข้าช้าๆ โดยจะรู้สึกหน้าท้องพองออก ขณะเดียวกันนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1.....2.....3.....4 กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับหายใจเข้า

จากนั้นค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ เมื่อหายใจออก จะสังเกตว่าหน้าท้องยุบลง พยายามไล่ลมหายใจออกให้หมด ทำเช่นนี้ซ้ำอีกคือ หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ

การฝึกคลายเครียดที่ได้ผลเมื่อฝึกหายใจจะช่วยลดความวิตกกังวล เศร้า หงุดหงิด ตึงเครียด และเหนื่อยอ่อนป้องกันการหายใจตื้น หายใจออกมากเกินไป และมือเท้าเย็น ฝึกติดต่อกันประมาณ 4 - 5 ครั้งต่อวัน จะได้ผลดีผ่อนคลายความเครียดได้

## ใบงานที่ 1

### แบบแผนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์

ในอดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านมีแบบแผนความคิดเหล่านี้หรือไม่ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ  
โดยกาเครื่องหมาย / ในข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด ในกรณีตอบว่ามีให้ยกตัวอย่างประกอบด้วย

ลำดับ	แบบแผนความคิด	มี	ไม่มี	ตัวอย่าง
1	คิดว่าตนเองเป็นคนสมบูรณ์แบบ ต้องเป็นที่หนึ่งเสมอ หรือทำผิดพลาดไม่ได้เลย			
2	คิดทำนายอนาคตในเชิงลบ โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน			
3	คิดว่าตนเองสามารถอ่านใจว่าอีกฝ่ายหนึ่งคิดอย่างไรกับตนเอง โดยไม่มีหลักฐานอื่นมายืนยัน เช่น คิดว่าภรรยาต้องเกลียดผมแน่ ๆ เลย			
4	การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป เช่น ให้ความสำคัญกับเรื่องที่ทำผิดพลาดเพียงเรื่องเดียวเป็นเรื่องใหญ่มากกว่าการให้ความสำคัญกับเรื่องที่ตนเองทำได้ดี หรือประสบผลสำเร็จ			
5	การแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน เช่น ดีหรือเลว ถูกหรือผิด / ถ้าเห็นด้วยกับความคิดของฉันทันเป็นคนดี ถ้าขัดแย้งกับความคิดฉันทันเป็นคนไม่ดี เป็นต้น			
6	การมองเหตุการณ์หรือบุคคลในแง่ร้าย หรือการมองโลกในแง่ร้าย			
7	การสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบขยายวงออกไป หรือมากกว่าเรื่องที่เกิดขึ้นจริง เช่น ภรรยานำเงินไปค้าขายขาดทุน ก็คิดว่าภรรยานำเงินไปให้ผู้ชายอื่น			
8	การนำเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนเองโดยไม่มีเหตุผล เช่น หลานสอบตกก็โทษเป็นเพราะตนเองไม่ดูแลหลาน ทั้ง ๆ ที่หน้าที่นี้เป็นของพ่อ แม่ของเด็กในการดูแล			
9	คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง มักตอกย้ำตัวเองในเรื่องไม่ดีเสมอ			