



รายงานการศึกษา

ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching)
ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ
ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด
เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลชมเชย การประกวดผลการศึกษา/วิจัยสมบูรณ์ (Full paper)
ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และ
การประชุมวิชาการพัฒนาศติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553



รายงานการศึกษา

ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนา
ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การปรับแนวคิดและ
พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง

Effectiveness of Using Coaching Process to Develop Capability of
Nurses in Using Cognitive Behavioral Therapy to Reduce
Depressive Symptoms of Chronic Patients

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลชมเชย การประกวดผลการศึกษา/วิจัยสมบูรณ์ (Full paper)
ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และ
การประชุมวิชาการพัฒนาศติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

รายงานการศึกษา ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนา
ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การปรับแนวคิดและ
พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (Effectiveness
of Using Coaching Process to Develop Capability of Nurses
in Using Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Depressive
Symptoms of Chronic Patients)

คณะผู้วิจัย

นางวัชณี หัตถพนม
นาย ไพโรจน์ รมชัย
นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

เจ้าของ

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สวณลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1

กุมภาพันธ์ 2554

จำนวน

100 เล่ม

พิมพ์ที่

หอ. โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ ขอนแก่น

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	002109
วันที่	22 ก.ค. 2554
เลขเรียกหนังสือ	M. W4 160 03754
	2554

บทคัดย่อ

ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของ
พยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยเรื้อรัง

นางวิชณี หัตถพนม, พย.ม.*

นายไพโรจน์ ร่มชัย, พย.ม.*

น.ส. เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, พย.ม.*

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงานในการพัฒนาความสามารถ
ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral
Therapy: CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล
ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ
จำนวน 20 คน อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ใช้กระบวนการสอนงานการบำบัดด้วย CBT มี 3 ขั้นตอน
คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้ CBT จำนวน 2 วัน 2) การนำความรู้และทักษะที่ได้ไปทดลอง
ปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า 3) ติดตามผล
การบำบัดโดยจัดประชุมประเมินผล 2 ครั้ง ภายหลังการอบรม 1, 2 เดือน จากนั้นประเมินผลระยะยาว
อีก 1 ปี เก็บข้อมูลประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมิน
ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การ
วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการสอนงานที่พัฒนาขึ้น สามารถทำให้พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
มีความรู้ ความสามารถในการใช้ CBT ได้ ภายหลังการติดตามผลอีก 1 ปี พยาบาล 16 คน ได้บำบัด
ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 47 คน ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 10 คน ปานกลาง 30 คน
และรุนแรง 7 คน นอกจากนี้ยังได้ทำการบำบัดผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตกึ่งวงกว้างด้วย โดยก่อน
บำบัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง 32 คน และรุนแรง 8 คน ภายหลังการบำบัดผู้ป่วยทั้ง
2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง

สรุป การสอนงานช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการบำบัดด้วย CBT ที่มีประสิทธิภาพ
และเป็นประโยชน์ในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้

คำสำคัญ การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด การสอนงาน ผู้ป่วยเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า

* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Abstract

Effectiveness of Using Coaching Process to Develop Capability of Nurses in Using Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Depressive Symptoms of Chronic Patients

Watchanee Huttapanom, M.Ns.*

Praiwan Romsai, M.Ns.*

Emhathai Srichanla, M.Ns.*

Objective: The purpose of this study is the effectiveness of using coaching process to develop the capability of nurses in using Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for reduce depressive symptoms of chronic patients.

Methodology: This is a quasi experimental study (one group pre-post test). Twenty qualified nurses voluntarily participated in this study .They are nurses from psychiatric hospital, general hospital, community hospital and primary care unit. Coaching process of CBT which consisted of 3 steps was used to develop the nurses' capacities. It included a 2 day workshop by using process of therapy and follow up by conducting patients' outcome evaluation and nurses' performances in the first and second month after workshop. One year later, they were evaluated again. Data was collected by using 3 evaluation forms including knowledge, capacities and patient outcomes. Quantitative data was analyzed by using descriptive statistics whereas qualitative data was analyzed by means of content analysis.

Results: Coaching process was found to be an effective strategy which can be used to enhance nurses' capacities in using CBT. Sixteen nurses were able to treat depression 47 patients (10 mild depression, 30 moderate depression and 7 severe depression). Furthermore they had abilities to treat generalized anxiety disorders. All patients who received CBT showed the decrease of depressive and anxiety symptoms.

Conclusion: The results indicated that coaching method for training (teaching) nurses regarding the use of CBT are useful and should be employed to enhance quality of nursing care in reducing depressive and anxiety symptoms in chronic patients.

Key Words: chronic patients, coaching, cognitive behavioral therapy, depression

* Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital 40000

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จีรวัดนกุล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า เพื่อให้การศึกษา ออกมาสมบูรณ์ และมีประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการบำบัดรักษา ให้มีความครอบคลุมผู้รับ บริการที่มีภาวะซึมเศร้าในความรับผิดชอบ รวมทั้งเป็นแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ต่อไปในอนาคต ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นพ. อภิชัย มงคล อธิบดีกรมสุขภาพจิต และ นพ.ทวี ตั้งเสรี รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กรุณาให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการศึกษา เพื่อให้ได้ ผลงานอันมีคุณค่าต่อการนำไปใช้ในผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ขอขอบพระคุณบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกท่านโดยเฉพาะ คุณ วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่กรุณาให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการดำเนินงานด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย

ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้นล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

วัชณี หัตถพนม และคณะ

กุมภาพันธ์ 2554

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา	6
การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด หรือ CBT	16
การสอนงาน (Coaching)	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
กลุ่มตัวอย่าง	42
ขั้นตอนการดำเนินงาน	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
ระยะเวลาที่ทำการศึกษา	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการศึกษา และอภิปรายผล	49
ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน	49
ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ	54
การเรียนรู้ที่ได้จากการสอนงานของผู้วิจัย	58
อภิปรายผล	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการศึกษา	69
ข้อเสนอแนะ	70
เอกสารอ้างอิง	76
ภาคผนวก	83

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought)	25
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน (n = 20)	50
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมด้วยหลักสูตร CBT ก่อนการอบรมและหลังการอบรมด้วยการทดสอบค่าที่ (n = 20)	51
ตารางที่ 4 คะแนนประเมินสมรรถนะของพยาบาลที่ได้รับการสอนงานภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 (n = 20)	52
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลผู้ให้บริการบำบัดด้วย CBT ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และการบำบัดครั้งที่ 6 (n = 18)	53
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลที่ให้บริการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และการบำบัดครั้งที่ 6 ด้วยการทดสอบค่าที่ (n = 18)	54
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT ขณะทำการสอนงาน (n=29)	55
ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = 87)	55
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการก่อนการบำบัดหลังการบำบัด และระยะติดตามผล (n = 47)	57
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการก่อนการบำบัดหลังการบำบัด และระยะติดตามผล (n = 40)	58

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	ความต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้า (A continuum of depression)
ภาพที่ 2	ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อสถานการณ์และนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และ สรีรวิทยา
ภาพที่ 3	ABC Model
ภาพที่ 4	ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์ (Interaction system in human behavior)
ภาพที่ 5	สมรรถนะการสอนงานของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง
ภาพที่ 6	กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีแนวโน้มเกิดความรุนแรงเป็นลำดับต้นๆ ของการเกิดภาวะโรคทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ โดยมีอัตราการความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 15 อาจถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง และยังพบอุบัติการณ์ในสถานบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 ซึ่งโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ นำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล เศรษฐฐานะทางสังคม หากไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจมีความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเอง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2548 ; กรมสุขภาพจิต, 2552)

ในการสำรวจระบบสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณ ร้อยละ 2.39 และจากรายงานสรุปแบบเผ่าะวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิต (รง 506. D/S) ในปี 2551-2552 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 19,854 ราย และ 22,197 ราย ในจำนวนนี้มีการทำร้ายตนเอง จำนวน 10,412 ราย และ 8,389 ราย และเป็นผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือเสียชีวิต จำนวน 990 ราย และ 872 รายตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2552)

เนื่องด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเป็นเรื้อรังและมีการกลับเป็นซ้ำได้ ทำให้เป้าหมายของการรักษาคือให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงระดับหนึ่ง ซึ่งอาจมีอาการอยู่บ้างแต่สามารถปฏิบัติการกิจประจำวันได้ตามปกติ การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (antidepressant) จะช่วยลดอาการจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ แต่เนื่องด้วยแบบแผนการคิดของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะที่บิดเบือน กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ (cognitive triad) (Beck, 1995) เป็นสาเหตุทำให้มีอาการกำเริบซ้ำได้หลังได้รับการรักษา ดังนั้นการบำบัดด้านจิตสังคมเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยจึงจำเป็น นักวิชาการหลายท่านรายงานว่าการบำบัดโดยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และให้ผลการรักษาได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (สุรพล วีระศิริ, 2547 ; Fava et al, 1998 ; Byrne et al, 2005) ทั้งด้านการลดอาการของความเจ็บป่วย และการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ยืนยันประสิทธิภาพการบำบัดด้วยวิธีนี้ เช่น

Butler et al. (2006) ได้ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis เรื่องการศึกษาประสิทธิผลของ CBT โดยการรวบรวมงานวิจัย 16 เรื่อง ทำการศึกษาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้ CBT ในผู้ป่วย depression, general anxiety disorder, panic disorder, social phobia, post traumatic stress disorder, depression และ anxiety ในเด็ก พบว่าการบำบัดด้วย CBT ในการศึกษาบางเรื่อง

ให้ผลการรักษาดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และผลการทบทวนสนับสนุนว่า CBT มีประสิทธิผลในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคโดยเฉพาะการรักษาภาวะซึมเศร้า

Fava et al. (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depression) ที่ได้รับการลดยาต้านเศร้า จำนวน 24 คน ในประเทศอิตาลี โดยการบำบัดด้วย CBT 10 ครั้งๆ ละ 30 นาที ในทุกสัปดาห์ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบมาตรฐาน (Standard Clinical Management) ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการซึมเศร้าลดลง มีระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบซ้ำช้ากว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีอาการกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 25 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานมีอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 80

Proudfoot et al. (2004) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ CBT สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในการปฐมภูมิ โดยการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่รักษาด้วย CBT ส่งไปทาง internet ให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ผลการบำบัดด้วยคอมพิวเตอร์ CBT ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นถึงแม้ไม่ได้การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยมีรูปแบบการมองชีวิตในทางลบลดลง การทำงาน และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำการบำบัดด้วย CBT เริ่มนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาของ ณัฐจิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 22 คน ณ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวผู้ป่วยลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น และต่อมาอีก 1 ปี สุจิตรา กฤติยารวรรณ (2548) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา

ผู้วิจัย (คนที่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นเวลา 35 ปี (นับถึง พ.ศ. 2553) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มีความสนใจในการบำบัดด้วย CBT และเคยอบรมหลักสูตร CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารวม 2 ครั้ง 8 วัน จัดโดยโรงพยาบาลศรีธัญญา วิทยาการจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และจัดโดยกรมสุขภาพจิต เริ่มนำการบำบัดรายบุคคลด้วย CBT มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2548 โดยใช้ CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) เล็บเรือกิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 4 คน จากผู้รับบริการทั้ง 7 คน มีความคิดฆ่าตัวตาย 3 คน ภายหลังการบำบัดด้วย CBT พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีความคิด

ฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการมองตนเอง มองโลก และมองอนาคต ในทางที่ดีขึ้นสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ นับได้ว่าเป็นการบำบัดที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้า (วัชนี หัตถพนม, 2550)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการบำบัดด้วย CBT เป็นการบำบัดที่มีการอ้างถึงว่ามีประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งนี้ก็มีข้อจำกัดด้านผู้บำบัดที่มีความสามารถยังมีจำนวนน้อย ซึ่งหากผู้ป่วยต้องการบำบัดรักษาด้วย CBT ต้องมารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือ โรงพยาบาลของสถาบันมหาวิทยาลัย ที่มีผู้บำบัดซึ่งมีทักษะความชำนาญในเรื่องนี้โดยเฉพาะ ในทางปฏิบัติจึงมีความเป็นไปได้ยากที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมารับการบำบัดในหน่วยงานดังกล่าว เนื่องจาก ไม่สะดวกในการมารับบริการ บางส่วนเกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วย ว่ามีผลเสียอย่างไรต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) จึงไม่มารับการรักษา ทำให้ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่จำนวนมาก มีความสนใจ ต้องการเรียนรู้ และนำรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีนี้ เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง อย่างสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้าน สุขภาพที่มีคุณภาพ ณ สถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วย (สำเร็จ แหยมกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการมารับบริการ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

การบำบัดโดยใช้ CBT เป็นการบำบัดที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งนี้ ในการนำไปใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วย ผู้บำบัดต้องมีทักษะและใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติการบำบัดด้วย CBT อย่างมาก ผู้ศึกษาจึงได้ใช้การสอนงาน (coaching) พยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจในการบำบัดด้วย CBT ระหว่างปี 2549-2550 และผู้ผ่านการสอนงานได้นำความรู้และทักษะไปใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาผลของการสอนงาน ซึ่งประเมินจากความรู้และสมรรถนะของผู้ถูก สอนงาน และศึกษาผลระยะยาว (ภายหลังการสอนงาน 1 ปี) ในการนำการบำบัดด้วย CBT ไปใช้ บำบัดผู้ป่วยในความรับผิดชอบของผู้ถูกสอนงานต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาล วิชาชีพในการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังในด้าน

2.1 ความรู้และความสามารถในการบำบัดด้วย CBT ของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น

2.2 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน สามารถบำบัดผู้ป่วยเรื้อรังด้วย CBT ทำให้ ภาวะซึมเศร้ามลดลง (ภายหลังการติดตามผลหลังการสอนงาน 1 ปี)

3. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental study) แบบ 1 กลุ่ม ประเมินก่อนและหลังดำเนินการ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ และอยู่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยได้รับการสอนงานจำนวน 2 รุ่น 20 คน ปัจจัยทดลอง (Intervention) คือกระบวนการสอนงานการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย CBT ประเมินประสิทธิผลของการสอนงานทั้งระยะสั้นหลังการสอนงานในด้านความรู้ และสมรรถนะการบำบัดด้วย CBT ที่เพิ่มขึ้น และติดตามผลการนำ CBT ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการสอนงานอีก 1 ปี ระยะเวลาในการศึกษาดังแต่เดือน เมษายน 2549 – มีนาคม 2552

4. คำจำกัดความ

4.1 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจบหลักสูตรการให้การศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 วัน และทำหน้าที่ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือใน PCU ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการนี้

4.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนขึ้นไป ประเมินความซึมเศร้าด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ซึ่งพัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) โดยมีระดับคะแนนความซึมเศร้าเริ่มตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป

4.3 ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือทางจิต (ผ่านการวินิจฉัยของแพทย์แล้วว่าเป็นโรค) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

4.4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด หมายถึง การให้การปรึกษารายบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดหรือข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองปัญหา หรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ไปในรูปแบบอื่นที่สร้างสรรค์ขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด (ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต) อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.5 กระบวนการสอนงาน หมายถึง กระบวนการสอนงานพยาบาลในการบำบัดด้วย CBT ซึ่งกระบวนการสอนงานในที่นี้ ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติจริงในหน่วยงาน ภายหลังการอบรม และติดตามประเมินผลการปฏิบัติ

4.6 ประสิทธิภาพการสอนงาน หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังการสอนงานในระยะสั้น พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงานมีความรู้ สมรรถนะในการบำบัดด้วย CBT เพิ่มขึ้น ในระยะยาว ภายหลังการติดตามผล 1 ปี ภายหลังการสอนงาน พยาบาลวิชาชีพสามารถนำทักษะที่ได้ไปใช้บำบัดผู้ป่วยเรื้อรังได้ ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข

5.2 พยาบาลที่ผ่านการสอนงานการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด สามารถนำความรู้ ทักษะการบำบัดไปบำบัดผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถขยายผลการบำบัดให้แก่ผู้อื่น

5.3 เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคทางจิตเวชประเภทอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด และการสอนงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจ หม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; สมภาพ เรืองตระกูล, 2545; สรยุทธ วาสิกนันท์, 2548; Zung, 1965; Beck, 1976; Online Psychological Service, 2004; WHO, 2006)

1.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากคนปกติก็เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากพบกับสถานการณ์ที่ทำให้จิตใจหม่นหมอง แต่หากอยู่ในสภาวะซึมเศร้านานๆ เกินกว่า 2 สัปดาห์ อาจพัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ ในที่นี้ใคร่กล่าวถึงระดับของภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.2.1 แบ่งตามแนวคิดทางการพยาบาล (Townsend, 2003) ได้แก่

1) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นชั่วคราว (transient depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเมื่อพบกับความผิดหวังในชีวิต เช่น การสอบตก ออกจากคนรัก เป็นต้น

2) ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (mild depression) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการกระตุ้นจากกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งเป็นการตอบสนองจากภาวะสูญเสียที่กระทบต่อคุณค่าของชีวิต การสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของรัก เพื่อน บ้านที่อยู่อาศัย หรือ บุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ ถ้าบุคคลสามารถผ่านระยะต่างๆ ของการเศร้าโศก (stage of grief) ไปได้ ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น อาการต่างๆ จะดีขึ้น การดำรงชีวิตประจำวันจะกลับมาเป็นเช่นเดิมภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ แต่ถ้ากระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้นใช้เวลานานหรือมีความรุนแรงมากขึ้น อาการต่างๆ ยิ่งรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

3) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) เกิดขึ้นเมื่อความเศร้าโศกมีระยะเวลานานหรือทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น บุคคลจะเกิดยึดติดในระยะของความโกรธ (anger stage) ในการตอบสนองความเศร้าโศกนั้น และความรู้สึกโกรธนี้จะย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง ความรู้สึกทั้งหมดเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเศร้าโศกที่เป็นปกติจนกลายเป็นความรุนแรงมากขึ้น และบุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้โดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ Dysthymic disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้าปานกลาง

4) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าระดับปานกลาง บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจแสดงให้เห็นการสูญเสียการติดต่อกับโลกตามความเป็นจริง ระดับนี้เกี่ยวข้องกับการขาดความยินดีกับกิจกรรมทั้งหมด และมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติ Major depressive disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดังภาพที่ 1

Transient Depression	Mild Depression	Moderate Depression	Severe Depression
↓	↓	↓	↓
Life's Everyday Disappointments	Normal Grief Response	Dysthymic Disorder	Major Depressive 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 1

1.2.2 แบ่งตามแนวคิดจิตเวชศาสตร์

ในการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าในทางจิตเวชศาสตร์แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ เช่นกัน โดยอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า (depressive episode) ซึ่งปกติอาการที่เป็นแบบฉบับของโรคซึมเศร้าคือ อารมณ์ซึมเศร้า ไม่สนใจต่อสิ่งต่างๆ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนาน และพลังงานลดลงนำไปสู่อาการอ่อนเพลียอย่างมาก และกิจกรรมต่างๆ ลดลง การทำงานเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดความอ่อนเพลียอย่างมาก สำหรับอาการอื่นๆ ที่พบบ่อยมีการแบ่งตามระดับความรุนแรง ดังนี้ (ทวี ตั้งเสรี, 2541; สุรพล วีระศิริ, 2547; มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2548; Kaplan & Sadock, 1998)

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) อารมณ์เศร้าในครั้งนี้จะต้องไม่เกิดจากสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทหรือโรคทางกาย

B) จะต้อง มี 2 ใน 3 ของอาการดังต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

- (1) มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ เป็นอยู่ทั้งวันและเกือบทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- (2) ขาดความสนใจ หรือความสนุกสนานเกี่ยวกับกิจวัตรที่เคยเป็น
- (3) รู้สึกขาดพลังหรืออ่อนล้า

C) จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้เพิ่มเติม และเมื่อรวมอาการจากข้อ B

แล้วจะต้องมี 4 อาการเป็นอย่างน้อย

- (1) ขาดความมั่นใจหรือความภาคภูมิใจในตนเอง
- (2) ตำหนิตนเองโดยไม่มีเหตุผลอันควร หรือรู้สึกผิดมากเกินไปและไม่เหมาะสม
- (3) มีความคิดเกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตายซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
- (4) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น ไม่กล้าตัดสินใจ
- (5) มีการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมไปในทางเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย (psychomotor retardation หรือ agitation)
- (6) มีความผิดปกติของการนอนได้ทุกรูปแบบ
- (7) มีความเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและน้ำหนัก

2) Moderate depressive episode เกณฑ์การวินิจฉัยเหมือนกับ Mild depressive episode แต่เมื่อรวมกับอาการในข้อ C แล้วจะต้องมี 6 อาการเป็นอย่างน้อย

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

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าที่มีอาการคงอยู่นานและอาการขึ้นๆ ลงๆ ความรุนแรงของโรคไม่ถึงขั้น Mild depressive episode อาการของโรคอยู่นานเป็นปี และบางครั้งอาจเป็นนานเกือบตลอดชีวิตด้วยผู้ใหญ่ ฉะนั้นจึงทำให้บุคคลรู้สึกทุกข์ทรมานและไร้ความสามารถ เรียกภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในกลุ่มนี้ว่า Dysthymia อาการสำคัญคืออารมณ์เศร้าอย่างยาวนาน ซึ่งไม่เคยรุนแรงพอที่จะ

วินิจฉัยเป็น recurrent depressive disorder ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง โรคนี้มักมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รัก หรือความเครียดอื่นๆ ที่ชัดเจน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ตามแนวคิดทาง การพยาบาล ภาวะซึมเศร้าจะครอบคลุมและมีอาการต่อเนื่องได้ ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าที่เกิดชั่วคราว เมื่อเกิดความผิดหวังในชีวิต ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยที่เกิดจากภาวะสูญเสีย และเมื่อมีอาการภาวะ ซึมเศร้าในระดับปานกลางและคงอยู่เป็นเวลานานเรียกว่า Dysthymic disorder ถ้าภาวะซึมเศร้า รุนแรงมากเรียกว่า Major depressive disorder เมื่อพิจารณาการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตาม แนวคิดจิตเวชศาสตร์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับเช่นกัน และทั้ง 3 ระดับอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า คือ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยต้องมีระยะอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อยู่ในกลุ่มอาการนานเป็นปี และบางครั้งนานเกือบตลอดชีวิตเรียกว่ามีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง เรียกว่า Dysthymia

สำหรับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า หากพิจารณาตามแนวความคิด ของ Beck ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการแสดงต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยความคิดปกติใน 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอื้อมเดือน เนตรเชม, 2541)

1) ด้านอารมณ์

- 1.1) มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส
- 1.2) มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิดบาปไร้ค่า
- 1.3) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ
- 1.4) ความรู้สึกต่อสิ่งต่างๆ ลดลง
- 1.5) ไม่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่น ลดลง
- 1.6) อารมณ์หงุดหงิด จุนเจียวง่าย

2) ด้านความคิด

- 2.1) มีการประเมินตนเองต่ำ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่ สำเร็จ ไม่มีความสามารถ
- 2.2) มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง
- 2.3) ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ
- 2.4) มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ
- 2.5) มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป

3) ด้านแรงจูงใจ

- 3.1) ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน
- 3.2) รู้สึกเหนื่อยง่าย
- 3.3) มีความต้องการที่จะหลบ เลี่ยง หนี และแยกตัวจากสังคม หรือ ต้องการที่จะตาย

4) ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ

- 4.1) มีความอยากรับประทานอาหารลดลงซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกๆ ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 4.2) มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก ตื่นเช้าผิดปกติ
- 4.3) ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย
- 4.4) รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา
- 4.5) น้ำหนักลด
- 4.6) มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตน

1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินด้วยวิธีการ ดังนี้

1.3.1 การตรวจสภาพจิต (mental status examination) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการตรวจสภาพจิตนั้น ทำได้โดยการสังเกตร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง การตรวจสภาพจิตในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะพบลักษณะผิดปกติดังนี้ (พูนศรี รังษิณี, 2546; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546; สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2548)

1) ลักษณะทั่วไป (general appearance) มักพบมีการเคลื่อนไหวเชิงซ้านิ่ง ไร้อารมณ์ อ่อนเพลีย ไม่ค่อยสบสายตากับคู่สนทนา คิดซ้ำ สีหน้าเศร้า คอตก มองต่ำ ไม่สนใจใยดีกับสิ่งต่างๆ รอบตัว ขาดความพึงพิถัน ในการดูแลอนามัยส่วนบุคคลแต่ยังคงไว้ซึ่งลักษณะของอนามัยพื้นฐาน เช่น ความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย เหมาะสมกับกาลเทศะ

2) อารมณ์ที่แสดงออก (affect) การแสดงออกของอารมณ์เศร้า ได้แก่ มีหางคิ้ว หางตา มุมปากตก ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจไม่แสดงออกทางสีหน้า ต้องประเมินภาวะซึมเศร้าจากความคิดและพฤติกรรม การทำหน้าที่ทางกรงานและสังคมแทน บางรายอาจมีลักษณะวิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ อาจแยกตัวเองออกจากสังคม กิจกรรมต่างๆ ลดลง

3) การพูด (speech) มักพูดเบา ตอบน้อย ตอบสั้นๆ น้ำเสียงราบเรียบ (monotonous voice) คิดนานก่อนตอบ อาจถอนหายใจร่วมด้วย แต่เนื้อหาขึ้นอยู่กับความเป็นจริง

4) เนื้อหาความคิด (content of thought) คิดว่าตนเองผิดหรือบาป เช่น คิดว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ตนเองไม่ดีพอ ทำผิดจนคนอื่นไม่ให้อภัย มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น เป็นการประเมินตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัวในทางที่เลวร้ายกว่าความเป็นจริงอยู่เสมอๆ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเองลดลง (low self esteem) หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องการสูญเสียหรือความตาย รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนไม่มีทางออกใดสำหรับปัญหาของตน โดยความคิดที่ผิดปกตินี้เหล่านี้หากมีอาการรุนแรงมาก อาจมีความคิดหลงผิด (delusion) ที่สอดคล้องกับอารมณ์ เช่น คิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง กำลังจะตายมีอำนาจภายนอกจะมาลงโทษผู้ป่วย

5) ความผิดปกติทางการรับรู้ (perception) ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติในเรื่องนี้ แต่บางคนมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นเสียงหูแว่วเสียงคนมาด่าว่า มาตำหนิผู้ป่วยได้

6) ระดับความรู้สึกตัว (sensorium) ผู้ป่วยจะสูญเสียสมาธิ (concentrate) มีความยากลำบากในการตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ ทำกิจกรรมใดๆ ได้ไม่นาน (distractibility) รู้สึกหลงลืม ความจำไม่ดีแต่ยังรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง

7) การรู้ตนเองและการตัดสินใจ (insight and judgment) ขาดความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับตนเองและครอบครัวได้ (indecisiveness) ระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติของความคิด และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงการประเมินคุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

8) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

1.3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ได้นักวิชาการหลายท่านพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อให้คนทั่วไป หรือผู้ที่ไม่แน่ใจว่าตนเองป่วย หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ใช้ประเมินตนเองก่อนพบแพทย์ และหากพบว่า มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ก็จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น หรือเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ แบบวัดที่มีชื่อเสียงมาก มีดังนี้

1) Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Aaron T Beck เมื่อปี 1967 เป็นแบบประเมินให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง โดยแบบประเมินมีความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าความเที่ยงตรงภายใน โดยใช้ Split-half reliability เท่ากับ .93 วิธี test-retest เท่ากับ .74 และมีความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .91 มีค่าความตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research diagnostic criteria (Beck, 1987)

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ และเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้ จึงมีผู้นิยมใช้ BDI ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยค่อนข้างมาก 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

2) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (ธวัชชัย วทพงศธร และคณะ, 2533) สร้างโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ.1950 ต่อมา มีการปรับปรุงในปี ค.ศ.1967 และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยไทยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depressive disorder จำนวน 50 คน ทดสอบความแม่นยำ โดยเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อดูความแม่นยำ และความสอดคล้องภายใน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยแบ่งกลุ่มโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินในด้านอารมณ์ของภาวะซึมเศร้า อาการทางร่างกาย ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยิ่งรู้ตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15-30 นาที โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบประเมิน HRS-D มีความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Intra class correlation coefficient เท่ากับ 0.86

3) Zung Depression Inventory พัฒนาโดย Zung (2003) มีคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ผู้ป่วยต้องตอบคำถามเหล่านี้ด้วยตนเอง โดยคำตอบของแต่ละข้อ จะมีคะแนนตั้งแต่ 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 ต้องนำคะแนนที่ได้มาคำนวณก่อนจึงเปรียบเทียบเกณฑ์ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจเพียงพอในเรื่องนี้ อาจมีผลต่อการแปลความหมายของระดับอาการผิดพลาดได้ จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มีการศึกษา แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี test-retest และ split – half reliability เท่ากับ 0.73

3) Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) เป็นแบบคัดกรองอาการซึมเศร้าประเภท Self – report มีค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองเท่ากับ 0.86 มีความตรงในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จุดตัดที่ 22 คะแนนเป็นจุดที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยให้ค่าความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 15-18 ปี มีคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยๆ (2 คะแนน) ตลอดเวลา (3 คะแนน)

4) ดวงใจ กสานติกุล (2540) ได้จัดทำแบบคัดกรองด้วยการประเมินตนเอง (Self report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้า เพื่อเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยไทย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งแยกเป็นอาการทางกาย (vegetative) ความกระตือรือร้น (motivational) อาการทางความคิด (cognitive) และทางอารมณ์ (psychological) โดยมีอารมณ์ด้านบวก 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) แบบคัดกรองมีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าคะแนนจุดตัดที่ 30 คะแนน บ่งว่าผู้ตอบน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง (major depression) โดยมีค่าความไว ร้อยละ 85.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 90.2 และจุดตัดที่ 25 คะแนน บ่งบอกว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะเครียดซึมเศร้า หรือโรคทางจิตประเภทอื่นๆ (ความไวร้อยละ 75.1

ความจำเพาะร้อยละ 93.4) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรกๆ แบบคัดกรองฉบับนี้จึงสามารถใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้

5) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (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 มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำจากการทดสอบ 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

6) ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Depression screening test) มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบคัดกรอง มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) Mood component 2) Cognitive behavior component 3) Somatic component มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ จุดตัดที่เหมาะสม คือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.8 ความจำเพาะ ร้อยละ 79.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.7 แบบคัดกรองนี้มีคำตอบให้เลือกว่า มี หรือ ไม่มี เท่านั้น ทำให้ง่ายและสะดวกในการตอบคำถาม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อประเมินประชากรไทยที่อาจมีภาวะซึมเศร้า และรับบริการบำบัด รักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เลือกใช้แบบประเมิน TDI เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยที่อาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากแบบประเมินนี้พัฒนามาจากบริบทของคนไทย โดยทำการศึกษาในประเทศไทยและใช้ลักษณะอาการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และเลือกใช้ตรงกับระดับอาการของตนเองได้ ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าได้ดีทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการอ่าน ผู้ศึกษาก็สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อตอบคำถามได้ มีจำนวนข้อไม่มาก เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างสูง นอกจากนี้ในการแปลผลยังแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

1.4 การบำบัดรักษา

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน การบำบัด รักษาจึงมีจุดเน้นที่แตกต่างกันด้วย จึงจำแนกการบำบัดรักษา ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; พูนศรี รังษิณี, 2546; สุรพล วีระศิริ, 2547;

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2548)

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อน บำบัด รักษาโดย

1) การให้การปรึกษารายบุคคล (Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ใช่ เฉพาะจะสามารถแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ไข ปัญหาอื่นๆ ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

2) การทำจิตบำบัด ซึ่งอาจจำแนกได้หลายประเภท ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับ ประคอง (Supportive psychotherapy) หรือการทำจิตบำบัดแบบการปรับแนวคิดและพฤติกรรม หรือ CBT ก็เป็นการบำบัดทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับแนวคิดทางลบให้เป็นแนวคิดทางบวก และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต

3) การรักษาด้วยยา ในกลุ่มนี้เน้นการรักษาด้วยยาตามอาการที่เกิด เช่น นอน ไม่หลับ ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติในช่วง ของการปรับตัวจากการสูญเสีย หรือ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต ไม่ได้เน้นการรักษาด้วยยาด้านเศร้า

4) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนทั่วไป เช่นการพูดคุยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิด การออกกำลังกาย การมีงานอดิเรกทำ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างมากคิดวนเวียนแต่เรื่องทุกข์ใจของ ตนเอง แต่เป็นการเบี่ยงเบนความคิด ความสนใจไปสู่สิ่งอื่น

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง บำบัด รักษาโดย

1) CBT เป็นการรักษาที่ให้ความสนใจกับปัญหาในปัจจุบัน มุ่งแก้ไขวิธีการ คิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง การมองโลกและการมองอนาคต

2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เชื่อว่าอารมณ์เศร้าเกิดจาก การสูญเสียแรงเสริมในทางบวก (positive reinforcement) พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ได้ทำกิจกรรม มีความรื่นรมย์ รู้จักผ่อนคลายมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยแก้ไขความรู้สึกสิ้นหนทาง ที่เคยประสบมาก่อน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ไปในทำนองเดียวกันกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้ เกิดความสิ้นหวังไปเสียทั้งหมด

3) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีประโยชน์เนื่องจากกลุ่มสมรส หรือสมาชิก ในครอบครัวอาจเป็นทั้งส่วนที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และได้รับผลกระทบจากการป่วยของผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจะช่วยแก้ไขปัญหในเรื่องเหล่านี้

4) การรักษาด้วยยาด้านเศราร่วมกับการทำจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการ ดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

5) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ทางสังคมอย่างมาก สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง บำบัด รักษาโดย

1) การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการให้การปรึกษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีแนวคิดในแง่ลบ หรือพบญาติเพื่อประเมินอาการ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงแก้ไข ความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล

2) การรักษาด้วยยา โดยให้ยาด้านเศร้าโดยปกติจะเห็นผลภายหลังให้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์

3) การทำจิตบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรนำมาใช้ภายหลังจากให้ผู้ป่วย ระบายอารมณ์ความรู้สึกที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงลดลงจากเดิมเสียก่อน หรืออาจใช้การบำบัด รักษาด้วยยาด้านเศร้าร่วมด้วย จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มเชื่อมโยงเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึกได้จึง เริ่มบำบัดด้วย CBT เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบ (ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย และมองอนาคตอย่างมืดมน) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า และมีพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม การบำบัดด้วย CBT ช่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและพฤติกรรมจากเชิงลบ ให้เป็นเชิงบวก ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับการรักษา ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาร่วมกันระหว่างการทำจิตบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วย ยาด้านเศร้า ให้ผลในการรักษาดีกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

4) หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล จำเป็นต้องพบกับผู้ป่วยบ่อยๆ โดยพิจารณาความเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแจ้งให้ญาติทราบทั้งความเสี่ยงและการป้องกัน

5) ในบางรายที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรงมาก จำเป็นต้องอยู่รักษาเป็นผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจะปลอดภัยกว่า เพราะกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) ร่วมกับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า ช่วยให้อาการของผู้ป่วย ดีขึ้น นอกจากนี้ยังใช้การรักษาด้วย ECT ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือไม่ สามารถทนต่อยาด้านเศร้าได้

6) ครอบครัวบำบัด และกลุ่มบำบัด เพื่อทำหน้าที่ที่ปรึกษาประคับประคองให้กำลังใจ ให้ความรู้ หรือทำหน้าที่รักษาภาวะสมดุลในครอบครัว ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเพื่อ ให้ผู้ป่วยได้กลับมาทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนเดิม

2. การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด หรือ CBT

2.1 ความหมาย

CBT เป็นการบำบัดความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐาน ทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษา

จะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์แปร่ง และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (บุทรนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

การบำบัดทางความคิด คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (ตัวอย่าง เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎีโดยใช้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหามากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนๆ นั้น (Beck, 1976)

CBT คือการบำบัด โดยเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางร่างกายและทางสังคมของผู้ป่วยสอนผู้ป่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด แยกแยะรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแทนที่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า (Dryden, 1998)

CBT มีจุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน 1) จำแนกตรวจสอบการมองในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต 2) พัฒนารูปแบบแนวความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่น หรือแบบแผนความคิดที่มีทางเลือกใหม่ในมุมมองตามประสบการณ์ในชีวิต 3) ชักซ้อมความคิดใหม่และการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2003)

สรุปการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเองต่อการมองโลกและการมองอนาคตปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

2.2 วัตถุประสงค์ของการใช้ CBT

Joyce (1996) และ Grant et al. (2004) ระบุว่าวัตถุประสงค์ของการบำบัดด้วย CBT เพื่อค้นหาความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดด้านลบเป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น ในระยะแรกของแนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อระบุและเปลี่ยนความคิดด้านลบเพื่อลดอาการของผู้ป่วย ส่วนในระยะต่อมามีเป้าหมายเพื่อปรับความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

2.3 ลักษณะพิเศษของ CBT (Characteristics of Cognitive Behavioral Therapy)

ดังนี้ (Stuart, 2005)

2.3.1 มีหลักฐานอ้างอิง (Empirically based) มีหลักฐานที่สนับสนุนอย่างกว้างขวางว่าวิธีการ CBT เป็นการบำบัดเพื่อช่วยรักษาปัญหาทางคลินิกในหลายเรื่อง

2.3.2 ใช้เป้าหมายเป็นหลัก (Goal oriented) มีเป้าหมายที่ชัดเจนคือการร่วมมือกันของผู้ป่วยและผู้บำบัดในการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษา (treatment outcome)

2.3.3 ปฏิบัติได้ (Practical) ผู้ป่วยและผู้บำบัดเน้นในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันในการดำรงชีวิต อภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นเดี๋ยวนี้ ขณะนี้ (here and now) ไม่ใช่ประวัติความเป็นมาของผู้ป่วย

2.3.4 ใช้การทำงานร่วมกัน (Collaborative) เป็นการทำงานร่วมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกระบวนการรักษา CBT ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง

2.3.5 โปร่งใส (Open) กระบวนการรักษาเป็นการเปิดเผยปัญหาอย่างชัดเจน ผู้ป่วยและผู้บำบัดแลกเปลี่ยนความเข้าใจว่าการรักษาดำเนินต่อไปอย่างไร

2.3.6 ใช้การบ้าน (Homework) ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านอยู่เสมอ เพื่อรวบรวมข้อมูล ทักษะในการปฏิบัติ และการสนับสนุนให้มีการตอบสนองเหตุการณ์ด้วยวิธีการใหม่

2.3.7 วิธีการวัด (Measurements) พื้นฐานการวัดประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ ต้องดำเนินการในช่วงของกระบวนการประเมินก่อนบำบัด และประเมินซ้ำในช่วงการบำบัด และเมื่อได้รับการบำบัดเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นกระบวนการบำบัดต้องมีการตรวจสอบอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

2.3.8 มีความกระตือรือร้น (Active) กระบวนการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด มีความสำคัญกับผู้ป่วยและมีผลกระทบในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด ต้องมีกิจกรรมในการบำบัดร่วมกัน ผู้บำบัดทำตัวเสมือนครูและผู้สอนแนะนำ และผู้ป่วยต้องเรียนรู้ กลวิธีในการปฏิบัติในการบำบัด ช่วงเวลาในการบำบัดระยะสั้น (Short term) 6-20 ครั้ง

2.4 หลักการของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Townsend, 2003) ประกอบด้วย

2.4.1 หลักการทั่วไป

1) พยายามเข้าใจวิธีการคิด (formulation) และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในแง่ทางความคิด (Cognition)

2) ต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่สามารถให้คำปรึกษาได้ด้วย (Therapeutic alliance) เช่น มีความรู้สึกที่อบอุ่นรู้สึกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึก (empathy) ให้การดูแล การนับถืออย่างจริงใจ ตั้งใจฟัง ฟังอย่างละเอียด สรุปความคิดความรู้สึกอย่างถูกต้อง มองโลกในแง่ดี ผู้บำบัดจึงจะต้องใช้เวลาสำหรับการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษาให้มากขึ้น เพื่อเกิดความไว้วางใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยตัวเองมากขึ้น

3) เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมโดยตรง (Active participation) กระบวนการบำบัดจึงจะเกิดขึ้น 2 ฝ่ายต้องร่วมมือกันทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการ

4) การบำบัดมีจุดมุ่งหมาย (Goal oriented) และพุ่งเป้าที่ตัวปัญหา

ในการพบกับผู้ป่วยครั้งแรกจึงเป็นการประเมินว่ามีปัญหาที่ปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมาย

5) ในระยะแรกๆ การบำบัดทางความคิดจะเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ

6) การบำบัดทางความคิด จะเหมือนกับการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้บำบัดให้แก่ตนเอง การบำบัดจะเน้นการป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการดำเนินโรคอย่างไร รูปแบบการบำบัดเป็นอย่างไร (สอนให้ทราบว่าการคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม) กระบวนการการบำบัดทางความคิด จะเป็นอย่างไร

7) การบำบัดทางความคิด จะจำกัดเวลาในการบำบัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลแบบตรงไปตรงมาจะรักษาด้วยวิธีนี้ 4-14 ครั้ง ผู้บำบัดพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากจะพบกันบ่อยขึ้น

8) การบำบัดทางความคิด มีโครงสร้างการทำงานในแต่ละครั้งประกอบด้วย การตรวจสอบอาการ (ยกตัวอย่างอารมณ์) สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ ร่วมกันกำหนดเรื่อง (agenda) การตั้งการบ้าน สรุปก่อนจบและในการบำบัดแต่ละครั้งก็ต้องมีการสะท้อนกลับ (feedback) ก่อนจบทุกครั้ง

9) การบำบัดทางความคิดสอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดความเชื่อที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้ (dysfunctional) ให้พบและประเมินความคิด ความเชื่อนั้น และตรวจสอบพฤติกรรมที่เราตอบสนองต่อความคิด ความเชื่อนั้น

10) การบำบัดทางความคิดเป็นการเปลี่ยนแปลงการคิด อารมณ์ (mood) และวิธีการบำบัดต่างๆ หลายวิธี ขึ้นกับเราจะเลือกวิธีใด เหมาะกับผู้ป่วยประเภทใด และตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดนั้นๆ เราใช้หลักการข้างต้นกับผู้ป่วยทุกคนแต่อาจมีรายละเอียดแตกต่างกัน ขึ้นกับอาการ เป้าหมาย ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ในการบำบัด (Therapeutic bond) แรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีประสบการณ์กับการบำบัดมาก่อนหรือไม่

2.4.2 ความคิดรวบยอดทางด้านความคิด (Cognitive conceptualization)

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

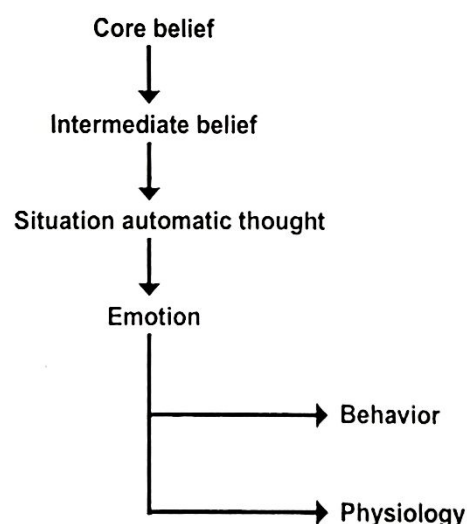
1) ความเชื่อที่เป็นแกนกลาง (Core belief) เป็นความเชื่อที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่มีความสำคัญกับตัวเราในวัยนั้น และพัฒนามาจากการที่บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ นานา ตั้งแต่เล็กจนโต โดยส่วนใหญ่แล้วเราจะคงไว้ซึ่งความเชื่อที่เป็นแกนกลางเชิงบวก ความเชื่อที่เป็นลบอาจเกิดขึ้นได้เพียงผิวเผินเมื่อบุคคลประสบกับความเครียด แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อที่เป็นแกนกลาง 2 ประเภท คือ 1) คิดว่าตนเองไม่มีใครช่วยเหลือได้แล้ว (helplessness) และ 2) ไม่มีใครรักฉันเลย (unlovability) ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่ง หรืออาจมีความเชื่อรวมกันทั้ง 2 แบบ

ก็ได้ ความเชื่อเหล่านี้สามารถพัฒนากลายเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยการมองทุกอย่างไปในแง่ร้ายหรือเชิงลบ

2) ความเชื่อที่อยู่ระหว่างกลาง (Intermediate belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อที่เป็นแกนกลาง (Core belief) และความคิดอัตโนมัติ กลุ่มความเชื่อระหว่างกลางนี้ได้แก่ ทศนคติ กฎหรือ ความคาดหวังและการสันนิษฐานไปเอง (assumptions) กลุ่มนี้พัฒนาขึ้นมาจากความเชื่อที่เป็นแกนกลางและมักจะไม่ได้พูดออกมาเป็นคำพูดอย่างชัดเจน (unarticulated) ฉะนั้นแนวทางในการรักษาขั้นแรกจะจัดการกับความเชื่ออัตโนมัติ

3) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) เป็นความคิดอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นตามความจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความคิดที่บิดเบือน (distorted thinking) ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยค้นหาหรือจับความคิดของตนเองได้ แล้วประเมินว่ามีผลเสียต่อตนเองอย่างไร แล้วจึงดัดแปลงความคิดนั้นเพื่อจะทำให้อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติเช่นเดิม

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



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



จากแนวคิดรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) ได้กล่าวถึงว่า คนเราจะมี ความเข้าใจเหตุการณ์หรือเข้าใจสถานการณ์เป็นอย่างไร ให้พิจารณาจากความคิดอัตโนมัติของ คนๆ นั้นจะส่งผลกระทบไปถึงการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีรวิทยา แม้ว่าบางเหตุการณ์ใครที่พบปะก็ย่อมที่จะรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจหรือรู้สึกว่าถูกทำร้ายจิตใจ ถูกทอดทิ้ง หรือรู้สึกล้มเหลวก็ตาม แต่คนที่มีความผิดปกติทางจิตก็มักจะเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่รุนแรงมากกว่า ปกติ หรือบางคนอาจมองเหตุการณ์ในทางบวกเป็นเหตุการณ์ในทางลบ เพราะฉะนั้นความคิดอัตโนมัติ ของคนเหล่านี้จึงมีความลำเอียง ในการบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้พิจารณาความคิดของตัวเอง และ แก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป จากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ทั้งนี้ ต้องค้นหาว่ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งแบบแผนความคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผน ต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Grant et al., 2004)

- 1) การคิดว่าตนสามารถรู้ใจอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยปราศจากหลักฐาน มายืนยัน (Mind-reading) ตัวอย่างเช่น “เขาคิดว่าฉันไม่มีความรู้อะไรเลยเกี่ยวกับเรื่องนี้”
- 2) การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยขาดหลักฐาน มาสนับสนุน (Fortune-telling)
- 3) ความเชื่อในผลลัพธ์บางสิ่งบางอย่าง หรือการมองเหตุการณ์การมองบุคคล ไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
- 4) การยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปรว่านักเรียนเพื่อการสอนของตนทุกๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีท่าที เบื่อหน่าย
- 5) การสรุปในทางลบโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Arbitrary inference)
- 6) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/ minimization)
- 7) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น ฉันประสบ ความล้มเหลวถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ
- 8) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก (Externalization of self worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”
- 9) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
- 10) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization)
- 11) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่ดี อะไรดีเลย) (Dichotomous thinking)

โดยสรุป Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) ในที่นี้หมายถึง การมองตนเอง มองโลก มองอนาคตในทางลบ การคิด

การเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบนั่นเอง (Negative thought) (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

2.5 วิธีการบำบัดด้วย CBT

2.5.1 การประเมินความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral assessment)

(Stuart, 1998; Stuart, 2005)

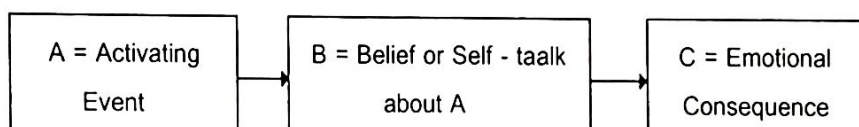
CBT ให้ความสำคัญกับการประเมินการกระทำของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึก ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การประเมินรวมถึง การรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาจากข้อมูลที่ได้ อธิบาย ถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ระบุถึงสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นๆ รวมถึง การทบทวนความเข้มแข็ง และจุดบกพร่อง ที่ผู้ป่วยใช้เป็นข้อสันนิษฐานโดยไม่มีการตรวจสอบหา หลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเป็นข้อยืนยันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะได้มาซึ่งปัญหาที่ชัดเจน พยาบาล ต้องใช้คำถามดังต่อไปนี้

อะไรคือปัญหา

ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร ใครหรืออะไรที่ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ อะไรที่เป็นผล ตามมาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

ในการประเมินนี้ พยาบาลต้องประเมินความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลาของ การเกิดปัญหาด้วย

ขั้นตอนต่อไปพยาบาลต้องค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการ วิเคราะห์ ABC Model ดังภาพที่ 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)

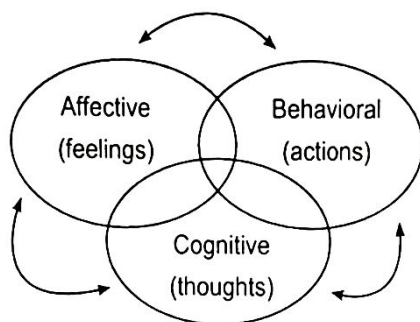
นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆ ในการประเมินประสบการณ์ของบุคคล มีการพิจารณา ใน 3 องค์ประกอบของการรักษา (ABCs of Treatment) ซึ่งมีการทำงานที่สัมพันธ์กัน คือ (Stuart, 2005)

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกที่ตอบสนอง

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การแสดงออกที่ปรากฏชัดเจนภายนอก และ การกระทำ

ความคิด (Cognitive) หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์จากภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่า 3 องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่ปรากฏ เพราะว่า อารมณ์มีอิทธิพลต่อความคิด ความคิดมีอิทธิพลต่อการกระทำ การกระทำมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ในการประเมินแต่ละด้าน มีความสำคัญในการเข้าใจปัญหา ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

ประเด็นอื่นๆ ที่ควรพิจารณาในกระบวนการประเมิน คือ ปัญหาที่แสดงออกมาควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์ (Interaction system in human behavior) (Stuart, 2005)

2.5.2 ขั้นตอนในการบำบัดรักษาการปรับแนวคิดและพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ และมีเป้าหมายแต่ละระยะดังนี้ (Joyce, 1996)

- 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning Stage)
 - 1.1) เพื่อให้ผู้รักษาและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย
 - 1.2) เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.3) เพื่อค้นหาวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา
- 2) ระยะกลาง (Middle Stage)
 - 2.1) เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติ
 - 2.2) เพื่อทำความเข้าใจระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม
 - 2.3) ประยุกต์ใช้เทคนิคทางความคิดและพฤติกรรม
 - 2.4) เพื่อลดอาการป่วยของผู้ป่วย

3) ระยะสุดท้าย (End Stage)

- 3.1) เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้เป็นผู้รักษาตนเอง
- 3.2) เพื่อระบุปัญหาและปรับพฤติกรรมของตนเอง
- 3.3) เพื่อเปลี่ยนและสร้างความเชื่อใหม่

2.6 ทักษะของผู้บำบัด

2.6.1 ทักษะทั่วไปของผู้บำบัดที่ใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Joyce, 1996)

- 1) การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ประกอบไปด้วยกระบวนการต่างๆ ในการบำบัดแต่ละครั้งมีระเบียบวาระที่ชัดเจน ช่วยให้การใช้เวลาในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม
- 2) การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการบำบัด
- 3) การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุปซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติของตนได้ชัดเจนขึ้น หรือคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติ นั่นเอง

การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ส่วนใหญ่จะใช้คำถามปลายเปิด คำถามมาตรฐานในการค้นหาความคิดอัตโนมัติ คือ “อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจขณะนั้น” หรือ

3.1) ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามนี้ทุกครั้งที่ผู้บำบัดเห็นสีหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนไป หรือสีหน้ารุนแรงขึ้น

3.2) ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออธิบายช่วงที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

3.3) ถ้าจำเป็นให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา บรรยายให้ชัดเจนเหมือนกับกำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

3.4) ถ้าจำเป็นให้แสดงตามบทบาทที่สมมติขึ้น (Role playing) โดยเล่นเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

คำถามอื่นที่ใช้ในการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ได้แก่

คุณเดาว่าตอนนั้นคุณคิดอะไรอยู่

คุณคิดว่าตอนนั้นคุณอาจจะคิดเกี่ยวกับเรื่อง.....หรือ.....ได้ไหม

คุณกำลังนึกถึงบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น หรือกำลังจำได้ว่ามีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นจริงใช้หรือไม่ เหตุการณ์แบบนี้มีความหมายอย่างไรต่อตัวคุณ

คุณกำลังคิดเกี่ยวกับ..... (ผู้บำบัดบอกเหตุการณ์ที่เป็นเรื่องตรงกันข้ามกับสิ่งที่คาดหวัง)

4) การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัดและเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย

5) การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งในการ พบกัน ผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

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

1) การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring thought and feelings) ขั้นตอนแรกในการดำเนินการ คือ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกความคิดที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้เป็นการบันทึกเป็นประจำวัน ดังปรากฏในตาราง ดังนี้

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

ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้น และให้ ค่าคะแนน ความรุนแรง ของความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่เกิดขึ้น และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล และให้ค่าคะแนน ความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่ เกิดขึ้นใหม่ และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน

เมื่อผู้ป่วยบันทึกตามแบบฟอร์มนี้ผู้ป่วยจะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้นว่า ความคิดความเชื่อของตนเองที่แสดงออกโดยความคิดอัตโนมัติจะเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด การปรับตัวที่ไม่ดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ความเชื่อคงอยู่ คำถามจะเกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของข้อมูลความคิดที่บิดเบือน การให้ผู้ป่วยหาหลักฐานอาจต้องให้ค้นหาจากเจ้าหน้าที่ครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย สู่ความคิด

ความเชื่อที่เป็นจริง และมีการแปลความหมายอย่างเหมาะสม

3) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป (Examining alternatives) ผู้ป่วยจำนวนมากมองตนเองว่าเป็นผู้ที่สูญเสียหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ความคิดแบบนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ป่วยไปสู่การเผชิญปัญหาที่เข้มแข็ง

4) ความไม่ล้มเหลว (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการช่วยผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือโชคร้ายมากกว่าความเป็นจริง คำถามที่พยาบาลสามารถถาม ได้แก่ "สิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับคุณคืออะไร" "มันคงเป็นเรื่องร้ายแรงถ้าสิ่งนั้นเกิดจริงๆ กับทุกคน" "คนอื่น ๆ เผชิญปัญหากับมันอย่างไร" เป้าหมายของการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นผลที่ตามมาของการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดได้ทั่วไป ไม่ใช่เกิดกับผู้ป่วยคนเดียวหรือไม่เคยเกิดกับใครเลย ดังนั้นจึงเป็นความล้มเหลวหรือโชคร้ายที่เกิดเพียงเล็กน้อย

5) การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ (Reframing) เป็นกลวิธีในการเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรม เกี่ยวข้องกับการเน้นประเด็นปัญหาหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เช่น แนะนำมารดาที่ไปยุ่งเกี่ยวกับลูกมากเกินไป เป็นเพราะความรักลูกมาก มุมมองใหม่นี้ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น

กลวิธีดังกล่าวเมื่อความคิดเปลี่ยนไปจะช่วยให้ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนในครอบครัวดีขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองในแง่มุมมองใหม่ที่เป็นเชิงบวก หรือการที่บุคคลดกงานไม่มีงานทำก็จะเกิดความเครียด รู้สึกตัวเองแย่ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถมองในมุมมองใหม่ว่ามีโอกาสที่ดีได้หางานใหม่และมีเวลาพักผ่อนมากขึ้นในช่วงว่างงาน

6) วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) เน้นที่แรงจูงใจของผู้ป่วยที่ยอมรับความคิดความเชื่อด้านลบ เมื่อพบว่ามีความคิดความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักว่าหากคิดในด้านลบแล้วมีแต่โทษต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่

2.6.3 ทักษะการใช้วิธีการปรับพฤติกรรม (Behavioral Procedures) (Wright & Beck, 1995) ประกอบด้วยทักษะของการใช้วิธีการ 5 ประการ ดังนี้

1) การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้นำหลักการไปปฏิบัติที่บ้าน ขั้นแรกต้องให้ผู้ป่วยกรอกกิจกรรมประจำวันตามปกติ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อน แล้วจึงร่วมกำหนดตารางกิจกรรมใหม่เป็นการบ้านให้ผู้ป่วยปฏิบัติ

2) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองเป็นผู้จัดการกับปัญหา และรู้สึกเพลิดเพลินในการเรียนรู้ (Mastery and pleasure)

3) การฝึกแบ่งปัญหาให้เป็นปัญหาย่อยๆ แก่ปัญหาจากง่ายไปยากตามลำดับขั้น (Grade task assignment)

- 4) การชักซ้อมให้ผู้ป่วยพัฒนาความคิด (Cognitive rehearsal) เช่น
 - 4.1) จากการมองในแง่ไม่ดีเป็นการมองในแง่ดีและถูกต้องตามความเป็นจริง
 - 4.2) การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) ใช้อย่างรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้อย่างดีจนรู้สึกเจ็บ เพื่อเตือนตนเองให้หยุดคิด
 - 4.3) ฝึกให้คิดช้าลง (Thought delay) โดยคิดแยกแยะวิเคราะห์ตนเองและมองความคิดอย่างช้าๆ และคิดให้มีความสุข

5) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) ให้สามารถมีความกล้าที่จะทำสิ่งต่างๆ เพื่อตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยใช้แบบตัวอย่าง (Modeling) และการแสดงบทบาทสมมติ

2.7 การประเมินผลการรักษาด้วย CBT จากข้อเสนอของ Wright & Beck (1995) ระบุ การประเมินว่า CBT ได้ผลหรือไม่ให้ดูจากพฤติกรรมของผู้ป่วย 4 ประการ ดังนี้

2.7.1 ผู้ป่วยสามารถระบุความคิดที่บิดเบือนได้ และประสบผลสำเร็จที่จะปรับความคิดนี้รวมถึงสามารถทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น

2.7.2 ผู้ป่วยสามารถสร้างประสบการณ์ใหม่ ในการลดอาการและยกระดับอารมณ์ขึ้นได้

2.7.3 ผู้ป่วยสามารถระบุความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีอิทธิพลต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

2.7.4 ผู้ป่วยสามารถละทิ้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

2.8 การใช้ CBT ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการนำจิตบำบัดแบบ CBT มาใช้ โดยยุทธนา อดองสกุลมัน (2548) ซึ่งมีการรายงานผลการดำเนินงานในผู้ป่วยโรคจิตเภท 4 ราย และได้แนะนำเสนอทักษะที่ใช้บ่อยๆ ในการบำบัดด้วย CBT ดังนี้

2.8.1 การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ผู้ป่วยเริ่มรู้จักการบำบัดในรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) และเตรียมการให้ผู้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร

2.8.2 การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

2.8.3 การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดย

A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)

B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief)

C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ผู้ป่วย สามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น แล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง

2.8.4 การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence – counter evidence technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้นๆ

2.8.5 การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่า ความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

2.8.6 การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยลงมือกระทำเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิด ความเชื่อนั้นๆ

ในรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วย CBT ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีผู้ทำการศึกษาไว้ เช่น การศึกษาของยุพาพัทธ์ รักษมณีวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งช่วยให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดลดลง และได้รูปแบบการบำบัดประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ใช้เวลาในการบำบัด 3 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3-4 วัน ครั้งละ 60-90 นาที โดยมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของ ABC ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า 3) วิเคราะห์ปัญหาและความคิดด้านลบ เรียนรู้การปรับความคิดใหม่ 4) ประเมินความเข้าใจการปรับเปลี่ยนความคิดเรียนรู้การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม 5) ประเมินทักษะของการแก้ปัญหา 6) ทบทวน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้

ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ศึกษาผลการให้คำปรึกษา โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายลมหายใจ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 22 คน โดยมีการให้คำปรึกษา 5 ครั้งๆ ละ 90 นาที ในทุกสัปดาห์ มีการวัดความวิตกกังวลก่อน หลังการให้คำปรึกษา ติดตามผล 1 เดือน หลังการบำบัด ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวผู้ป่วยลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาไปในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น

ในปีต่อมา สุกิจตรา กฤตยววรรณ (2548) ก็ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมโดยใช้ CBT ประกอบด้วยจำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดรวม 5 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการทำความรู้จักกันระหว่างผู้บำบัดกับนักศึกษา ให้นักศึกษาระบายความรู้สึก แนะนำขั้นตอน หลักการ กิจกรรม วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2-5 ร่วมกันค้นหาและทดสอบความคิดทางลบ ค้นหาความคิดทางบวก ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้นักศึกษาฝึกค้นหาความคิดทางลบ

จัดการกับความคิดทางลบได้ด้วยตนเอง และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผลของการให้คำปรึกษาจะเน้นภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา

2.9 การใช้ CBT ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ

2.9.1 การใช้ CBT ในผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับในต่างประเทศ Fava et al. (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ CBT เปรียบเทียบกับการจัดการทางคลินิก ตามมาตรฐาน (Standard Clinical Management) ตามปกติ ในผู้ป่วยอิตาลี โดยศึกษาจากผู้ป่วย Major depression 24 คน ที่ได้รับการลดยาด้านเศร้า มีการบำบัดด้วย CBT 10 ครั้งๆ ละ 30 นาที ในทุกสัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลง มีอาการกำเริบซ้ำ เฉลี่ยเมื่อสัปดาห์ที่ 92 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาการซึมเศร้าตลอด และมีอาการกำเริบซ้ำ เฉลี่ยเมื่อสัปดาห์ที่ 62 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง มีอาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามผลต่อเนื่องไปอีก 2 ปี พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม CBT มีอาการกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 25 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มการจัดการทางคลินิกตามมาตรฐานมีอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 80

อีก 2 ปีต่อมา Thase et al. (2000) ได้นำ CBT ไปใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นกลุ่มทดลอง และมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบโดยการให้การศึกษาแบบประคับประคองร่วมกับการให้ ยาหลอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคลตามคู่มือของ Beck et al. (1979) ให้บริการที่ 16 สัปดาห์ และ 20 สัปดาห์ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยนัดพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์แรก และสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในครั้งต่อไป ผลการบำบัดพบว่าในกลุ่ม CBT มีความแตกต่างทางด้านคลินิกที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 และ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อีก 4 ปีต่อมาในปี ค.ศ. 2004 Proudfoot et al. (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพทางคลินิกของ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ CBT สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในบริบทการปฐมภูมิเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) และคณะผู้วิจัยในกลุ่มเดียวกัน (McCrone et al., 2004) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองเรื่องประสิทธิภาพของค่าใช้จ่ายของการบำบัดด้วยคอมพิวเตอร์ CBT สำหรับผู้ป่วยวิตกกังวลและซึมเศร้าในบริบทการปฐมภูมิ ทั้ง 2 งานวิจัยศึกษาเพื่อนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่รักษาด้วย CBT ส่งไปทาง internet ให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลเพราะเห็นความสำคัญว่าเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากขาดแคลนผู้บำบัดในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ในบริบทการปฐมภูมิ ผลการบำบัดด้วยคอมพิวเตอร์ CBT ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และดีขึ้นในด้านรูปแบบการมองชีวิตในทางลบ การทำงาน และการทำหน้าที่ทางสังคม โดยปราศจากการรักษาด้วยยา และไม่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ก่อน หรือความเจ็บป่วยที่มีอยู่ การรักษาด้วยคอมพิวเตอร์เป็นการนำไปสู่การบำบัดที่สร้างความพึงพอใจอย่างมากแก่ผู้ป่วยและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการปฏิบัติงานทั่วไป เพราะคุ้มค่า

เสียค่าใช้จ่ายน้อยและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ไม่ได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาตามปกติ แต่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Byrne et al. (2005) เรื่องประสิทธิภาพของการทดลองการบำบัดด้วย CBT และการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วย panic disorder ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบำบัดร่วมกันสำหรับความวิตกกังวล และ panic disorder ที่ทดลองปฏิบัติดูประสิทธิภาพของการรักษาร่วมกันระหว่างยารักษาและ CBT เพื่อการบำบัดที่เหมาะสมในหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.9.2 การใช้ CBT ในผู้ป่วยเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาการนำ CBT ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น โรครูมาตอยด์ในระยะเริ่มต้น Sharpe et al. (2001) และการศึกษาของ Ever et al. (2001) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดรักษาด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ก็พบว่าภาวะซึมเศร้า อารมณ์เชิงลบ การทำหน้าที่ทางสังคม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการดังกล่าวข้างต้น ดีขึ้น

Lustman et al. (1998) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุมโดยทำการบำบัดด้วย CBT ในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 สัปดาห์โดยมีเนื้อหาหลักๆ ดังนี้ 1) กลวิธีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย ทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ 2) วิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อจัดการกับภาวะเครียด 3) เทคนิคทางปัญญาที่จะจำแนกความคิดและการปรับตัวที่บิดเบือน และการแทนที่โดยการปรับตัวที่ถูกต้องมากกว่าและมีมุมมองปัญหาที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ภายหลังการบำบัดด้วย CBT พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และเมื่อประเมินผลไป 6 เดือนหลังการบำบัดก็ได้ผลเช่นเดียวกัน

Boyce et al. (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง ในการบำบัดด้วย CBT การฝึกการผ่อนคลาย และการดูแลรักษาทางคลินิกตามปกติ สำหรับกลุ่มอาการกระต่ายเคื่องลำไส้ (Irritable Bowel Syndrome = IBS) การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย CBT กับการฝึกการผ่อนคลาย และการดูแลรักษาทางคลินิกตามปกติในผู้ป่วย IBS ทำการศึกษาจากผู้ป่วยนอกในคลินิก จำนวน 105 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) การดูแลตามมาตรฐานร่วมกับ CBT (กลุ่มทดลอง) การดูแลตามมาตรฐานร่วมกับการผ่อนคลาย (relaxation) (กลุ่มทดลอง) โดยได้รับการบำบัด 8 สัปดาห์ๆ ละครั้ง การประเมินผลลัพธ์จะดำเนินการโดยไม่ทราบว่าเป็นใครอยู่กลุ่มใด มีการติดตามผลการรักษา 1 ปี ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองพบว่า มีทุกด้านดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย การเจ็บปวด สุขภาพทั่วไป ความรู้สึกมีชีวิตชีวา การทำหน้าที่ทางสังคม การลดอาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

Park et al. (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาแบบเดิม เปรียบเทียบกับการรักษาแบบ CBT ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic Low Back Pain = CLBP) ว่ามีความสัมพันธ์กันกับอาการทางด้านร่างกายและการไร้ความสามารถทางด้านสังคมจิตใจอย่างไร เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยการศึกษาแบบ Randomized controlled study โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ประเทศเกาหลี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 40 คน ถูกสุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มควบคุมใช้การบำบัดรักษาแบบดั้งเดิม ($n = 20$) กลุ่มปัจจัยการทดลอง (intervention) คือ ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วย CBT จำนวน 6 ครั้ง ในการประเมินผลลัพธ์หลักใช้สเกลภาพใบหน้าที่แสดงความรุนแรงของการเจ็บปวด (visual analog scale) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ และดัชนีชี้วัดการไร้ความสามารถจากการเจ็บปวด ทำการประเมินก่อนและหลังการบำบัดรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวดในกลุ่ม CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) อาการของภาวะซึมเศร้า ทัศนคติที่มีต่อการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ และดัชนีชี้วัดการไร้ความสามารถจากการเจ็บปวดในกลุ่ม CBT ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการบำบัดรักษาแบบเดิม สรุป การบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วย CLBP เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือด้านจิตใจ และในการจัดการกับอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

Tumer et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพในระยะสั้นและระยะยาวของ CBT แบบสั้นสำหรับผู้ป่วยที่ปวดกระดูกขากรรไกรเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ทำการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ($n = 79$) ได้รับการบำบัดด้วย CBT จำนวน 4 ครั้ง กลุ่มควบคุม ($n = 79$) เป็นการให้ความรู้ตามปกติ 4 ครั้ง ทำการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา โดยประเมินจากความเจ็บปวด การทำหน้าที่ของขากรรไกร และภาวะซึมเศร้า มีการประเมินก่อนบำบัด และภายหลังการบำบัด 3, 6 และ 12 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่ม CBT มีอาการที่ดีขึ้นในด้านความรุนแรงของการเจ็บปวด การทำหน้าที่เกี่ยวกับการบดเคี้ยวของขากรรไกร และภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการบำบัดโดยใช้ CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการบำบัดมีตั้งแต่ 5 ครั้งจนถึง 20 ครั้ง และในการฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ของผู้วิจัยที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 6-8 ครั้ง พบกันสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดย 7 ครั้งแรก พบกันทุกสัปดาห์ และครั้งสุดท้ายพบกันภายหลังการบำบัดในครั้งที่ 7 อีก 1 เดือน เพื่อติดตามผลการบำบัดก่อนยุติการบริการ

2.10 บทบาทของพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT โดยพยาบาลมีการนำมาใช้โดย Mark (1975 cited in Stuart, 2005) เป็นจิตแพทย์และทำการวิจัยในลอนดอนจัดทำโปรแกรมโดยเตรียมพยาบาลให้มีความรู้ในการบำบัดด้วย CBT โปรแกรมนี้ยังคงนำมาใช้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันที่ สถาบันจิตเวช

ณ Maudsley ในลอนดอน ผลลัพธ์ของการบำบัดโดยพยาบาลประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับการบำบัดโดยวิชาชีพอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการคำนวณค่าใช้จ่าย พบว่า การบำบัดโดยพยาบาลประหยัดมากกว่าวิชาชีพอื่นเพราะใช้บุคลากรน้อยกว่า (Ginsberg & Mark, 1977) จากข้อค้นพบนี้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลในประเทศอังกฤษ และสกอตแลนด์ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

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

2.10.1 การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Providing direct patient care) พยาบาลจิตเวชให้บริการผู้ป่วยโดยตรงทั้งในแผนกผู้ป่วยในและหน่วยที่ให้บริการในชุมชน คุณค่าของ CBT อยู่ที่การให้การบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรักษาส่วนใหญ่จึงดำเนินการได้อย่างเหมาะสมที่หน่วยงานบริการในชุมชน และสามารถให้การบำบัดเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่จากการส่งเสริมสุขภาพถึงการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมด้วย

2.10.2 การวางแผนโปรแกรมการรักษา (Planning treatment programs) พยาบาลทำหน้าที่ในการวางแผนและประสานงานโปรแกรมการรักษาที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก เพื่อขยายผลการบำบัดรักษาให้แก่พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

2.10.3 บทบาทของครูให้กับผู้อื่นในการใช้เทคนิค CBT (Teaching others the use of cognitive) บทบาทที่สำคัญนี้ตั้งแต่การเป็นที่ปรึกษาและครูของพยาบาลอื่นๆ วิชาชีพอื่น ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสอนให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถบำบัดตนเองได้และเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ในที่สุด CBT จะมีการพัฒนาเจริญงอกงามในความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของพยาบาลจิตเวชทั้งหมดใน 10 ปีข้างหน้า

3. การสอนงาน (Coaching)

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ต้องใช้การสอนงาน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของการเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาวิชา (Clinical Nurse Specialist หรือ CNS) ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงใคร่เสนอสาระสำคัญของการสอนงาน ดังนี้

3.1 ความหมาย

จากการทบทวนความหมายของการสอนงาน อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่ให้ความหมายไม่ใช่วิชาชีพพยาบาล และเป็นวิชาชีพพยาบาล โดยมีลักษณะ ดังนี้

Benner (1984 cite in Joanner et al., 2000) ได้อธิบายถึงความหมายของสมรรถนะของ APN หมายถึงทักษะของการปฏิบัติการทั้งด้านเนื้อหา การทำหน้าที่ และความหมาย

สำหรับสมรรถนะหลักโดยทั่วไปของบทบาท APN มีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการทางคลินิก (Expert clinical practice)
- 2) การให้ความรู้ การสอนงาน และการแนะนำการปรับทักษะการปฏิบัติงาน
รายบุคคล ครอบครัวย หรือแบบกลุ่ม
- 3) การเป็นที่ปรึกษา (Consultation)
- 4) การประสานความร่วมมือ (ภายในวิชาชีพ สหวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพ
หรือระหว่างระบบ)
- 5) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)
- 6) ผู้นำทางคลินิกและวิชาชีพ
- 7) ใช้และทำการวิจัย
- 8) ดัดลีนใจทางจริยธรรม
- 9) การประเมินผลลัพธ์
- 10) การประกันคุณภาพ

สมรรถนะดังกล่าวข้างต้นของ APN ยังหมายรวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน (evidence-based practice) และการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (best practice) รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการผลลัพธ์

APN ต้องมีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ที่มีต่อผู้รับบริการ ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการนี้ APN จะต้องสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน (evaluation models) ที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ข้อมูลที่เน้นข้อมูลในการตัดสินใจ การวิจัยผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะรูปแบบการประเมินผลต้องสนับสนุนโดยเน้นที่การบริหารจัดการโปรแกรมที่เป็น best practice และท้ายที่สุดสมรรถนะที่ต้องเกิดขึ้น คือ การบริหารจัดการให้มีการใช้การวิจัยเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การสอนงาน (Coaching) คือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคคลในองค์กร กระบวนการสอนงานนี้เป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล และผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยมีพื้นฐานที่การบรรลุผลลัพธ์ที่สูงสุดร่วมกัน ผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดีที่สุด การสอนงานกระทำได้ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นทีม เพื่อการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ โดยการบริหารจัดการ สามารถส่งเสริมให้เกิดทีมงานและมีวิธีการปฏิบัติงานที่ดีที่สุดของผู้ที่ได้รับการสอนงาน การสอนงานเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อบริหารพยาบาลให้สามารถพัฒนาตนเองในการทำงาน รางวัลที่สำคัญสำหรับผู้สอนงานและผู้รับบริการสอนงานคือการสื่อสารที่ท้าทาย และกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้สอนงาน และผู้รับการสอนงาน (Patricia, 2007)

การสอนงาน คือการปฏิบัติงานของบุคคลที่เน้นการสื่อสารเพื่อการค้นพบ ไม่เพียงแต่การช่วยให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติงานอย่างมุ่งมั่นและเหมาะสมตามเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และทำให้งานประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในทางที่ดีขึ้น (Kinlaw, 1999 cite in Finkelmann, 2006) ช่วยให้เพื่อนร่วมงานพัฒนาประสิทธิภาพของตนเองผ่านทางการสอนงานซึ่งเกี่ยวข้องกับ 4 กลวิธีดังนี้

1) ช่วยให้เกิดการท้าทายที่สำคัญของพยาบาลในการจดจำความสำเร็จของงานที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จต่อไป

2) ใช้ประสบการณ์เป็นตัวแทนในการส่งเสริมให้เกิดการกระทำ การสอนงานคือบทบาทสำหรับช่วยเตรียมความพร้อมในการบริการแก่ผู้รับบริการ แสดงถึงความมั่นใจต่อทีมงานและแก้ไขปัญหาครอบครัวที่ยุ่งยากซับซ้อน

3) ใช้การโน้มน้าวทีมงานให้เกิดความมั่นใจในตนเองว่าสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้นโดยการสอนงาน

4) ส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น เมื่อพยาบาลมีปัญหาในการปฏิบัติงาน การสอนงานช่วยให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น กลวิธีอื่นที่สามารถใช้ในกระบวนการสอนงานรวมถึง

5) สร้างสรรค์การมองโลกในแง่บวก เน้นการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นมากกว่าการมองปัญหาและผลที่ตามมาในทางลบ

6) ให้ความเป็นจริงอย่างตรงไปตรงมา ทำให้เกิดความชัดเจนและมีการประเมินปัญหาอย่างสมบูรณ์

7) เริ่มต้นอย่างตรงประเด็น เมื่อเริ่มต้นกระบวนการสอนงานควรเน้นที่คุณภาพการทำงานของทีมงานมากกว่าการกระโดดไปแก้ปัญหา

8) เสนอปัญหาอย่างรัดกุม มองจากผลกระทบของปัญหาที่มีต่อทีมงาน หน่วยงาน กลุ่มงานและองค์กร

9) ชักถามเกี่ยวกับมุมมองของพยาบาลที่มีต่อปัญหา โดยใช้คำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับทีมงาน สรุปและชักถามซ้ำเกี่ยวกับประเด็นปัญหา หลีกเลี่ยงการโยนความผิดและให้ความสำคัญมากเกินไปในความขัดแย้งจนเคืองใจที่อาจจะเกิดขึ้น แต่จะเน้นที่สาเหตุสำคัญมากกว่า

10) การค้นหาเนื้อหาเกี่ยวกับพยาบาลโดยการถามพยาบาลว่าทำอะไรในการแก้ไขปัญหา หลีกเลี่ยงการยั่วในการค้นหาเนื้อหาที่เข้มงวดเพื่อต้องการระบุคนที่ทำให้เกิดปัญหา

การสอนงานในมุมมองของวิชาชีพอื่นให้ความหมายการสอนงาน คือ การทำงานโดยมีพนักงานที่ชำนาญ หรือผู้บังคับบัญชาเป็นผู้เลี้ยงสอนงานให้อย่างมีขั้นตอน แล้วให้พนักงานลงมือทำการติดตามประเมินผล เพื่อให้พนักงานมีการนำไปใช้ คิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ (ชนิตร์สรณ์ ตรีวิทยานุมิ, 2549)

การสอนงาน หมายถึง การช่วยให้ผู้เรียนได้พบคำตอบได้ดีกว่า และเอื้ออำนวย การเรียนรู้ได้ลึกซึ้งกว่า เป็นการช่วยแต่ละบุคคลในเชิงลึก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระบุถึง ช่องว่างระหว่างสิ่งที่พวกเขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน และสิ่งที่ต้องการต่อไปข้างหน้า ในแต่ละระยะจะเป็น การกระทำด้วยตัวของพวกเขาเอง และสร้างความสามารถอย่างต่อเนื่อง (John, 1998)

การสอนงาน เป็นรูปแบบการจัดการแบบหนึ่ง โดยอาศัยความเป็นผู้นำในการสนับสนุน บุคคล เพื่อบรรลุความสามารถสูงสุดของเขา เน้นที่บรรลุผลการทำงานที่ดีของสมาชิก แต่ละคน (Umiker, 1998)

การสอนงาน (Coaching) หมายถึงศิลปะของการเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำ การพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ในผู้อื่น การสอนงานสามารถเน้นเฉพาะประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิตของ บุคคล เพื่อช่วยให้บุคคลเจริญพัฒนา (Downey, 1999)

การสอนงานที่ชำนาญ เป็นวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง โดยการออก ติดตามเยี่ยม มีจุดมุ่งหมายให้เกิดผลผลิตองค์ความรู้โดยเฉพาะ (Van, 1999)

การสอนงาน เป็นวิธีการที่นำสมัยช่วยให้เกิดความเจริญงอกงามอย่างรวดเร็ว สำหรับ ช่วยคนอื่นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุง เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ช่วยให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จ บรรลุจุดมุ่งหมาย และจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทาย (Chapman, 2004)

จะเห็นได้ว่าการสอนงานโดยทั่วไป จะเน้นที่ความเป็นผู้นำ เป็นผู้ชำนาญ หรือผู้บังคับ บัญชา มีการสอนงานอย่างมีขั้นตอน เป็นการสอนเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ในเชิงลึก ให้เกิด การเรียนรู้ด้วยตนเองในทักษะใหม่เน้นการติดตามเยี่ยม พัฒนาให้เกิดความสามารถสูงสุดของสมาชิก บรรลุผลสำเร็จของการทำงานที่ดี และเกิดองค์ความรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ ท้าทาย

สำหรับการสอนงานในวิชาชีพพยาบาล เป็นคำที่นำมาใช้บ่อยๆในวิชาชีพนี้ ทั้งในอดีต และปัจจุบัน แต่จะมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในบทบาทของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurses = APNs)

ตัวอย่างการสอนงานของวิชาชีพพยาบาลที่เป็นการสอนงานทางคลินิก ดังเช่น American University of Beirut Medical Center (AUBMC, 2006) ได้พัฒนาบริการทางการแพทย์ โดยการสอนงานทางคลินิก เพื่อสร้างไว้ซึ่งการพัฒนามาตรฐานการดูแลและส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม ในการปฏิบัติงานทางด้านคลินิก

การสอนงานทางคลินิก ตามความหมายของ AUBMC จึงหมายถึง กระบวนการ ที่อยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การทำงานทางคลินิก ระหว่างพยาบาลปฏิบัติการ และพยาบาลที่สอนงานทางคลินิก การสอนงานต้องมีการเตรียมการสอนทางคลินิกอย่างสมบูรณ์แบบ เพื่อการวางแผนและการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ การสอนงานเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ ความรู้ ประสบการณ์ และหลักฐานการปฏิบัติงานที่ดี โดยการช่วยเหลือกันของเพื่อนร่วมงาน เพื่อพัฒนาคุณค่าของการทำงาน ความรู้ สมรรถนะในการทำงาน และการตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้ การสอนงานทางการแพทย์ยังเป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่อง เพื่อขยายความสัมพันธ์

ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างพยาบาลปฏิบัติการและพยาบาลสอนงานทางคลินิก โดยอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน และมีข้อกำหนดที่เป็นหัวใจสำคัญคือ เพื่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ดี (AUBMC, 2006)

3.2 สมรรถนะหลักในการสอนงานทางการพยาบาล

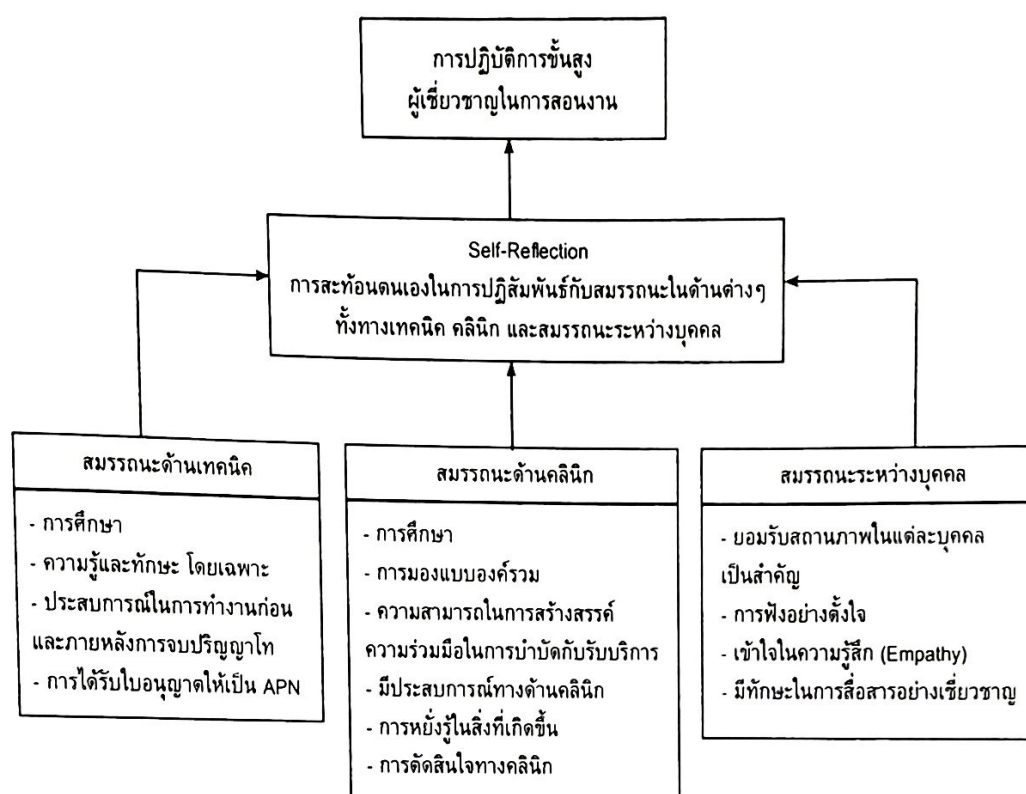
สมรรถนะหลัก (Core competency) ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การประสานความร่วมมือ เป็นผู้เชี่ยวชาญ การสอนงานและการให้คำแนะนำ การทำวิจัย การตัดสินใจทางจริยธรรม การเป็นที่ปรึกษาและมีภาวะผู้นำ ในการสอนงานนั้น APN จะต้องมียสมรรถนะ 4 ประการซึ่งสัมพันธ์กันคือ (Hamric et al., 2000)

3.2.1 สมรรถนะทางเทคนิค (Technical competence) พยาบาลที่สอนงานต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีความชำนาญด้านเทคนิค โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมทั้งการศึกษาด้วยตนเอง การฝึกอบรม หรือการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เช่น ปริญญาโท มีความรู้ และทักษะ โดยเฉพาะเรื่องที่เชี่ยวชาญนั้น มีประสบการณ์การทำงานทั้งก่อนและภายหลังจากจบปริญญาโท ในเรื่องที่พัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จนกระทั่งสามารถใช้เทคนิคในการบำบัดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยบริการ จากความเชี่ยวชาญดังกล่าวนอกจากประสบการณ์ด้านเทคนิคที่มีการพัฒนายิ่งขึ้น การสอบผ่านจนได้รับอนุญาตให้เป็นพยาบาล APN ก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับสมรรถนะทางเทคนิคที่เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ

3.2.2 สมรรถนะทางคลินิก (Clinical competence) ต้องมีการศึกษาพัฒนาตนเองเช่นเดียวกับข้อ 5.2.1 ให้บริการผู้ป่วยโดยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) และพัฒนาความร่วมมือที่ดีในการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยบริการ มีประสบการณ์ในการทำงานในคลินิก และมีการบูรณาการความรู้ ทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญเพื่อตัดสินใจในการบำบัดรักษาหรือยุติบริการ หรือพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยสู่การรักษาที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ สมรรถนะในด้านนี้จะช่วยให้พยาบาล APN สามารถสอนงานแก่พยาบาลระดับปฏิบัติให้สามารถตัดสินใจทางคลินิก และให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วย

3.2.3 สมรรถนะระหว่างบุคคล (Interpersonal competence) พยาบาล APN ต้องยอมรับและเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลแต่ละคนที่ไม่สอนงานว่าอาจมีความรู้ และทักษะแตกต่างกัน โดยทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพแต่ละคนให้มีความสามารถใกล้เคียงกัน ซึ่งต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ จับประเด็นปัญหา หรือสาระสำคัญที่ผู้ปฏิบัติสื่อสารให้พยาบาล APN ฟังทั้งนี้เพื่อทำให้เราเข้าใจ เห็นใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา ฉะนั้นความเชี่ยวชาญในการสื่อสารจึงเป็นทักษะที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ที่เราไปสอนงานเกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี

3.2.4 การสะท้อนตนเอง (Self-reflection) เป็นการสะท้อนตนเองในด้านสมรรถนะทั้ง 3 ด้านว่าตนเองมีจุดแข็ง จุดอ่อนที่ต้องพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในด้านใดบ้าง ซึ่งพยาบาล APN ต้องสะท้อนตนเองอย่างสม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ของทั้ง 4 สมรรถนะ ปรากฏในภาพที่ 5 ดังนี้



ภาพที่ 5 สมรรถนะการสอนงานของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Hamric et al., 2000)

3.3 กระบวนการสอนงาน

กระบวนการการสอนงาน มี 4 ระยะ ซึ่งในทุกระยะ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดการสอนงานที่มีประสิทธิภาพ (Alberta Government, 2004) ดังนี้

3.3.1 การระบุโอกาสในการสอนงาน (Identify an Coaching Opportunity)

3.3.1.1 ระบุถึงความต้องการในการสอนงาน หรือโอกาส

3.3.1.2 อภิปรายถึงความต้องการ หรือโอกาสในการสอนงานตามศักยภาพ

หรือความสามารถของแต่ละบุคคล

3.3.2 การพัฒนาแผนการสอน (Develop a Coaching Plan)

1) ยอมรับกับผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น

2) ค้นหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนที่วางไว้

3) ยอมรับในกระบวนการสอนงาน บทบาท และความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

3.3.3 การสอนงาน (Coaching)

- 1) ลงมือปฏิบัติตามแผนการสอน
- 2) เตรียมการประเมินสะท้อนกลับ (feedback)

3.3.4 การติดตามผล (Follow-up)

- 1) การอภิปรายความก้าวหน้าของการดำเนินงานหลังการสอนงาน
- 2) ยอมรับผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

3.4 วิธีการสอนงาน

3.4.1 โดยการให้คำปรึกษา

การสอนงานที่นำไปใช้ในการบริหารงานโดยการขยายหน่วยให้บริการสู่ชุมชน และมีการสอนงานและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น จากการศึกษาของ Schnell (2005) เป็นกรณีศึกษาที่ติดตามวิวัฒนาการของการบริหารและการสอนงาน โดยเป็นที่ปรึกษาให้แก่หัวหน้าศูนย์บริการมากกว่า 5 ปี เนื่องจากมีการขยายบริการ โดยนัดหมายผู้ป่วยไปรับบริการ ณ ศูนย์บริการ ในชุมชนของศูนย์วิชาการทางการแพทย์ (academic medical center) ในสหรัฐ เป็นศูนย์ที่อยู่ในความรับผิดชอบของมหาวิทยาลัย Johns Hopkins จึงจัดให้มีการสอนงาน โดยการเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการให้แก่ศูนย์บริการเหล่านี้ จากการดำเนินงานโดยการบริหารการสอนงานแบบนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และความเจริญงอกงามของศูนย์บริการอย่างไม่น่าเชื่อ เกิดการกระจายบทบาทของภาวะผู้นำ กลไกการขับเคลื่อนความเป็นภาวะผู้นำในโครงสร้างองค์กรที่จัดตั้งขึ้น ความท้าทายของความเจริญที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จุดสำคัญอยู่ที่ เนื้อหาการสอนงาน (Coaching content)

บทเรียนที่ได้จากประสบการณ์การสอนงาน ดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ข้อดีของการใช้การสอนงานเสริมเพิ่มเติม ในรูปแบบของการเป็นที่ปรึกษาองค์กร 2) ควรบริหารจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายของงานอย่างไร ในเวลาที่กำหนด 3) ทำอย่างไรให้เกิดความท้าทายในการสอนงานควบคู่ไปกับการเป็นผู้นำ 4) กลไกของการสอนงาน เป็นการสนับสนุนความสำเร็จของภาวะผู้นำ

3.4.2 โดยการฝึกอบรม

Schoener et al. (2006) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรม การสัมภาษณ์ด้วยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing = MI) ที่มีต่อพฤติกรรมของผู้นำบัณฑิตสุขภาพจิต โดยใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีหลายโรคร่วมกัน ทำการศึกษาโดยคัดเลือกผู้นำบัณฑิต 10 คน ที่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบจำนวนมาก ซึ่งอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่แตกต่างกัน ได้รับการ อบรมตามที่กำหนด จำนวน 2 วัน ด้วยการสอนความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ติดตามผลโดยพบกันทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 8 ครั้ง ด้วยการนิเทศงานแบบกลุ่มเล็ก (Small group supervision) การสอนงานในแต่ละครั้ง ผู้ป่วย 28 คน ถูกสุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลการบำบัด ทั้งก่อนการฝึกอบรม และภายหลังการฝึกอบรม

ผลการศึกษา พบว่า ทักษะด้าน MI ของผู้บำบัดสุขภาพจิตมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อสังเกตการณ์ภายหลังการอบรม และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน ผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความชำนาญใน MI ใช้วิธีการ 1) ใช้ตัวแทนของตัวอย่างที่เป็นผู้บำบัดสุขภาพจิตในชุมชน 2) กำหนดการประกอบด้วยการบำบัดสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการจัดการพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายโรคร่วม 3) การสัมผัสสังเกตในชั่วโมงการบำบัด 4) การประเมินผล การฝึกอบรมเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทักษะทางด้านคลินิก และการสร้างแรงจูงใจของตนเองโดยผู้ป่วย

King et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการสอนทักษะแพทย์ทั่วไปในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย CBT แบบสั้น โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม มีเนื้อหาในการอบรมแพทย์ทั่วไป 4 วัน แต่ละวันอบรมเพียงครึ่งวันโดยมีเนื้อหาในการอบรม ดังนี้

วันที่ 1 ครึ่งวัน

อาการแสดงทางคลินิกของความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยแยกโรค การทำความเข้าใจทักษะ สาเหตุทั่วไป และการรักษาด้วยยาด้านเศร้า

วันที่ 2 ครึ่งวัน

นำสู่ทฤษฎีของพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิด การประเมินการทำหน้าที่ทางความคิดที่แสดงออกให้เห็น และการใช้แบบบันทึกประจำวัน (Diaries) การตรวจสอบ และการกำหนดเป้าหมาย

วันที่ 3 ครึ่งวัน

การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมและการประเมินความคิด การกำหนดกิจกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดและแนวทางในการบำบัด

วันที่ 4 ครึ่งวัน

การแก้ไขปัญหา แนวทางสำหรับ CBT ในแพทย์ทั่วไป และการสรุปบทวน

ผลการศึกษาพบว่าไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยให้ข้อคิดที่น่าสนใจว่าแพทย์อาจไม่มีเวลาในการบำบัด หรือหลักสูตรในการอบรมน้อยเกินไป

Bount (2006) ได้รายงานว่าการฝึกอบรม การบำบัดแบบระยะสั้น ในบริการปฐมภูมิสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ที่นำมาใช้นั้นการบำบัดเรื่อง CBT และการทำครอบครัวบำบัด ซึ่งมีการออกแบบที่เหมาะสมกับการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยคาดว่าจะทำการบำบัดเฉลี่ย 3-4 ครั้ง สมรรถนะสูงสุดของบริการปฐมภูมินั้นการให้บริการด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในการอบรมใช้เวลา 1 วันในการแนะนำการบำบัดแบบสั้นสำหรับบริการปฐมภูมิ จากนั้นเป็นการฝึกประสบการณ์ในการบำบัด โดยการสังเกต และฝึกทักษะกับผู้ป่วยโดยมีการควบคุมดูแลการฝึกปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้จริงโดยมีการนิเทศ

ติดตามเป็นระยะๆ แต่ไม่ได้มีการประเมินผลในระยะยาว เน้นการพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่
ในบริการปฐมภูมิให้มีความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยใกล้บ้าน

University of Birmingham (2006) ได้จัดหลักสูตรการอบรม CBT สำหรับ
ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตของบริการปฐมภูมิ หรือ
บริการทุติยภูมิ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือในหน่วยงานปฏิบัติงานสุขภาพทั่วไป
ได้มีความรู้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ เป็นหลักสูตรหลังจบการศึกษาทางวิชาชีพ
(Postgraduate Diploma) หลักสูตร 10 วันโดยสอนวันละ ½ วัน มีจุดมุ่งหมายหลักให้ผู้เรียน

- 1) เข้าใจพื้นฐานของรูปแบบ CBT และการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มี
ความผิดปกติด้านจิตใจ
- 2) การปฏิบัติเพื่อสัมภาษณ์ และประเมินความคิดและพฤติกรรมขั้นพื้นฐาน
- 3) เข้าใจวิธีการเข้าถึงวิธีการคิด (Formulation) เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- 4) เข้าใจถึงบทบาทของแนวทางการค้นหาใน CBT และใช้คำถาม Socratic
ในระดับพื้นฐาน

- 5) เข้าใจประเภทของการช่วยเหลือของ CBT สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความวิตก
กังวล และภาวะซึมเศร้า

หลักสูตรนี้เป็นการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่หลังจากจบการศึกษา เพื่อให้สามารถ
นำไปใช้ในหน่วยบริการทุติยภูมิ แต่ไม่ได้ทำการประเมินผลหลักสูตรหลังการอบรมว่าเจ้าหน้าที่
สามารถนำไปใช้ได้ผลอย่างไร

3.5 ผลลัพธ์ของการสอนงาน

ผลลัพธ์ของการสอนงานมุ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีข้อบ่งชี้ในด้านความผาสุก
ของบุคคล บทบาทที่มีความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น มีสัมพันธภาพในทางที่ดีขึ้น คุณภาพของการพยาบาลที่ดี
(Schumacher & Meleis, 1994 cited in Hamric et al, 2000)

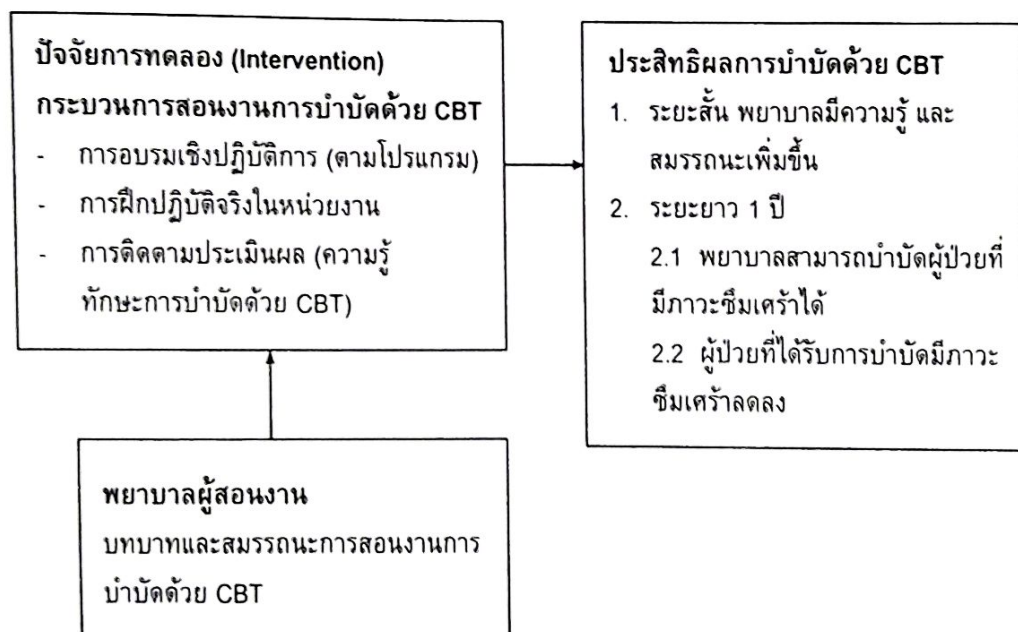
นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสอนงานดังกล่าวข้างต้น การเปลี่ยนแปลง
ทางด้านคลินิกก็เกิดผลลัพธ์ได้เช่นกัน โดยการสอนงานของ APNs เช่น การลดความพิการ
การตาย การให้ความร่วมมือในการรักษา ความรู้สึกสบายของผู้ป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย
และจิตใจ ลดระดับความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์ในการปรับตัว คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ
ของผู้ป่วย และการลดภาระของผู้ดูแล (Naylor, Munro, & Brooten, 1991; Kolcaba, 1992,
Lang & Marek, 1992; Peplau, 1994)

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยปัจจัยทดลอง (Intervention) คือกระบวนการสอนงานในการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy) เป็นโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการบำบัดด้วย CBT ของนักวิชาการหลายท่านนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT (Beck, 1995; Joyce, 1996., Fava et al., 1998; Stuart, 2005) สำหรับกระบวนการสอนงานผู้วิจัยได้ปรับมาจาก Alberta Government (2004) คือการอบรมเชิงปฏิบัติการ การนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติจริง ในหน่วยงานตนเอง และการติดตามประเมินผล ในการประเมินประสิทธิผลของการสอนงาน แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะสั้น พยาบาลที่ได้รับการสอนงานมีความรู้ และสมรรถนะในการบำบัดด้วย CBT เพิ่มขึ้น
2. ระยะยาว ภายหลังการสอนงาน 1 ปี พยาบาลนำ CBT ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับผู้วิจัยทำหน้าที่สอนงาน วิชาของพยาบาลในการบำบัดด้วย CBT 3 ด้านคือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง การวางแผนโปรแกรมการรักษา และบทบาทของครูให้กับพยาบาลในการใช้เทคนิค CBT (Stuart, 2005) และใช้สมรรถนะการสอนงานของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงใน 4 สมรรถนะ คือ สมรรถนะทางเทคนิค สมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะระหว่างบุคคล และสมรรถนะการสะท้อนตนเอง (Hamric et al., 2000) ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม แบบประเมินก่อนและหลังดำเนินการ (Quasi experimental study, one group pre-post test) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงานในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดด้วย CBT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยผ่านการอบรมการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานในหลักสูตรที่จัดอบรมมีระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน

1.2 ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

1.3 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการจนสิ้นสุดกระบวนการ

ในการศึกษาครั้งนี้มีพยาบาลวิชาชีพสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน ซึ่งพยาบาลที่ผ่านการสอนงานได้นำความรู้ไปบำบัดผู้ป่วย และได้ส่งการบันทึกเทปสนทนามาเพื่อประเมินสมรรถนะจำนวน 18 คน มีพยาบาลจำนวน 2 คนไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบขณะทำการสอนงาน 2 เดือน จึงไม่ได้ฝึกปฏิบัติจริงในการบำบัดด้วย CBT ในหน่วยงานของตน และไม่ได้บันทึกเทป จึงไม่ผ่านการประเมินสมรรถนะการบำบัดด้วย CBT

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ปัจจัยทดลอง (Intervention) ในการศึกษาวิจัยได้ใช้กระบวนการสอนงานของ Alberta Government (2004) ในการสอนการบำบัดด้วย CBT ประกอบด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การมอบหมายให้พยาบาลนำความรู้และทักษะที่ได้ไปทดลองปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในความรับผิดชอบ และติดตามประเมินผลการบำบัดทั้งระยะสั้น และระยะยาว โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับพยาบาลจำนวน 2 รุ่นๆ ที่ 1 ในวันที่ 25-26 กรกฎาคม 2549 จำนวน 14 คน รุ่นที่ 2 วันที่ 9-10 พฤศจิกายน 2549 จำนวน 6 คน ตามแผนการสอนที่พัฒนาขึ้น (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

2.2 การมอบหมายให้พยาบาลปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน ดังนี้

2.2.1 คัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนขึ้นไป โดยพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบวัดความซึมเศร้า Thai Depression Inventory ของ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับอ่อน พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ให้การบำบัดรักษาด้วย CBT ตามที่ได้รับมอบหมาย และตามคู่มือที่จัดให้ โดยพยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบในการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT อย่างน้อย 2 คน ทำการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง โดยใน 1 สัปดาห์แรก สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 วัน แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากนั้นเว้นระยะห่างอีก 1 เดือน จึงพบกับผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง เพื่อประเมินผล โดยผู้ป่วยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปีขึ้นไป) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการ

2) อายุ 20 – 60 ปี

3) รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านหนังสือออกหรือเขียนหนังสือได้

4) ไม่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงและไม่มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อน

5) มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนขึ้นไป (เมื่อวัดภาวะซึมเศร้าด้วย TDI)

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

2.2.2 ผู้วิจัยได้สอนงานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในช่วง 2 เดือนของการดำเนินงาน โดยให้พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่งแบบบันทึกเสียงการบำบัดด้วย CBT อย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง ในการบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 และมีการจัดประชุม 2 ครั้งภายหลังการอบรม 1, 2 เดือน เพื่อประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะการบำบัดร่วมกัน (ภายหลังการฟังการบันทึกเทป) เปิดโอกาสให้พยาบาลปรึกษาปัญหาในการบำบัดด้วย CBT ทั้งในการประชุม และทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้โทรศัพท์ขอคำปรึกษา 13 คน 24 ครั้ง นอกจากนี้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจะลงติดตามเยี่ยมที่คลินิกให้บริการ เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการบำบัด ศึกษาผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแนวทางแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และสาธิตบริการอีกด้วย

2.3 การติดตามประเมินผล เป็นการติดตามประเมินประสิทธิผลของการสอนงาน ดังนี้

2.3.1 ด้านพยาบาล ทำการประเมินความรู้ และทักษะการบำบัดด้วย CBT ดังนี้

1) ประเมินความรู้จากการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการของพยาบาล ด้วยแบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรม

2) ประเมินทักษะพยาบาลในการบำบัดด้วย CBT โดยเปรียบเทียบจากแบบประเมินสมรรถนะในการใช้ CBT หลังบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนนภายหลังการถอดเทปบันทึกเสียงการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับแบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought) หากพบว่าคะแนนสมรรถนะได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ และพิจารณาร่วมกับผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วย ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด

2.3.2 ด้านผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการสอนงานได้ให้พยาบาลนำความรู้และทักษะไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ ติดตามผลการบำบัดภายหลังการสอนงาน 1 ปี โดยประเมินภาวะซึมเศร้าที่ลดลงจากเดิม โดยประเมิน 3 ครั้ง ก่อนบำบัด ภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 แต่เนื่องจากพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน มีการใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลด้วย การติดตามผลการบำบัดภายหลังการสอนงาน 1 ปี จึงประเมินจากแบบวัดความวิตกกังวลที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น จะประเมินผลและนำเสนอเฉพาะผู้ป่วยที่บำบัดครบ 6 ครั้ง เท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ และทักษะของพยาบาล ได้แก่

3.1.1 แบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสุขภาพจิต งานที่รับผิดชอบ เคยผ่านการอบรม การให้การปรึกษาเมื่อไร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก ก, ข, ค, ง ใน 1 ข้อมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว แนวทางในการสร้างคำถามนำมาจากความรู้ที่ควรรู้เพื่อใช้ประกอบการบำบัดด้วย CBT ของ Beck (1979) Townsend (2003) และยุทธนา อดองสกุลม้น (2548) เมื่อได้คำถามฉบับร่าง ปรีกษา อาจารย์ที่ปรึกษาและนักจิตวิทยาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 35 คน เพื่อทดสอบภาษา และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น (alpha coefficients) เท่ากับ 0.8338

สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการในแบบประเมินความรู้ให้ผู้เข้าอบรมตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเมื่อสิ้นสุดการอบรม เพื่อนำผลที่ได้รับไปวิเคราะห์ว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ โดยพยาบาลต้องมีความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

3.1.2 แบบประเมินสมรรถนะในการใช้ CBT มีคำถามในการประเมินสมรรถนะการบำบัดด้วย CBT จำนวน 45 ข้อ ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเอง โดยนำแนวทางการสร้างคำถามจากใบตรวจสอบสมรรถนะสำหรับผู้บำบัดทางความคิด (Cognitive therapists) ของ Beck (1979) แบบประเมินนี้จะมีรายละเอียดในการประเมินเทคนิค CBT ที่พยาบาลใช้ในการบำบัด จำนวน 13 เทคนิค แต่ละเทคนิคจะมีข้อย่อยเพื่อประเมินว่าสามารถนำไปใช้อย่างเหมาะสมหรือไม่ เช่น เทคนิคการค้นหา

ความคิดอัตโนมัติมีข้อย่อยในการประเมิน 1) ผู้บำบัดใช้ทักษะเฉพาะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติอย่างเป็นระบบ 2) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยระบุความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น 3) ผู้บำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ได้จากผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ 4) ผู้บำบัดไม่ใช้วิธีการแนะนำหรือโต้แย้งความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย เป็นต้น โดยในแต่ละคำถามมีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีความรู้ มีความรู้แต่ไม่เคยนำไปใช้ มีความรู้และนำไปใช้แต่ไม่เหมาะสม มีความรู้และสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0, 1, 2, 3 คะแนนเต็มของแบบประเมินสมรรถนะ คือ 135 คะแนน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้ โดยฟังการบันทึกเทปในการบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 ร่วมกับแบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ(ภาคผนวก ค) หากพบว่าคะแนนสมรรถนะในภาพรวมได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์และพิจารณาร่วมกับผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วย ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด

ผู้ศึกษาได้มอบหมายให้พยาบาลที่เข้าอบรม บันทึกเทป (tape record) ในการบำบัดครั้งที่ 3 (เนื่องจากเป็นครั้งที่ใช้เทคนิคของ CBT สำหรับครั้งที่ 1 – 2 เป็นการใช้เทคนิคการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่) และครั้งที่ 6 ให้แก่ผู้วิจัย เพื่อผู้วิจัยจะได้ประเมินกระบวนการให้การบำบัดและเทคนิคต่างๆ ที่นำไปใช้ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะชุดนี้ประเมินผลการบำบัดร่วมด้วย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่ออธิบายลักษณะของผู้รับบริการ

3.2.2 แบบวัดความซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ของมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามสร้างจากอาการแสดงที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นคนไทยและคัดเลือกจากข้อคำถามที่ใช้บ่อยในต่างประเทศร่วมด้วย 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 ($P < 0.001$) แบบวัด TDI ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีระดับคะแนนจาก 0-3 โดย

คะแนนรวม 0 – 20	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนรวม 21 – 25	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน
คะแนนรวม 26 – 34	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนนรวม 35 ขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ในการประเมิน TDI ให้ประเมินผู้ป่วย 3 ครั้ง คือ ก่อนบำบัด ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6

3.2.3 แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought) ได้พัฒนา มาจาก สุชาติ พหลภาคย์ (2547) Joyce (1996) และ Stuart (2005) เพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึก เหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจ หรือทุกข์ใจมีทั้งหมด 5 ช่อง ซึ่งแบบบันทึกนี้ ผู้วิจัยเคยนำไปทดลองใช้ในช่วงฝึกปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน เล็บเรือกกับผู้ป่วยเบาหวาน 3 คน และผู้ป่วยจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 4 คน พบว่า ใช้ได้ง่ายและ สะดวก ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือเองได้ ก็มอบหมายให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะ อยู่ที่บ้าน และนำมาทบทวนกับผู้บำบัดในช่วงของการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติ และเชื่อมโยง อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการปรับแนวคิดในเหตุการณ์เดียวกันให้เป็นแบบอื่นๆ เพื่อช่วยให้ความรู้สึกและพฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม กว่าเดิม ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนไม่ได้ผู้บำบัดจะมอบหมายให้จดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ไม่ได้ พบกันเพื่อนำมาเล่า อธิบายในการพบครั้งต่อไปและผู้บำบัดจะช่วยเขียนเพื่อเชื่อมโยง และให้การ บำบัดเช่นเดียวกับข้างต้น รายละเอียดศึกษาในภาคผนวก ค

3.2.4 เนื่องจากภายหลังการติดตามผลไป 1 ปี พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการใช้ CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ด้วย จึงขอเสนอแบบวัด ความวิตกกังวล ซึ่งพยาบาลใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบำบัดคือ แบบวัดความวิตกกังวล ในปัจจุบัน ของ Spielberger (1970, 1975) ชื่อ The State Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526) เป็นเครื่องมือที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย แบบวัดนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ ประเมินความรู้สึกในปัจจุบัน มีคำตอบให้เลือก คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกเล็กน้อย รู้สึกค่อนข้างมาก รู้สึกมากที่สุด โดยแบ่งระดับภาวะวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ คือ 20-40 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย 41-60 คะแนน มี ภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลาง 61-70 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลในระดับสูง 71-80 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการประเมินด้วย STAI from X ในผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง คือก่อนบำบัด ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6

3.3 เครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

3.3.1 โปรแกรมการอบรม ผู้วิจัยร่างโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย แผนการสอน 5 เรื่อง คือ 1) ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน 2) หลักการบำบัดด้วย CBT 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) ทักษะการบำบัดด้วย CBT และการฝึกปฏิบัติ 5) การมอบหมายงานการฝึกทักษะ CBT ภายหลังการอบรม

ภายหลังการร่างโปรแกรม ได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง และวิธีการสอน ตามเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้ ทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ จากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไข ในการพัฒนาโปรแกรมนี้นี้ ได้จัดทำวีดิทัศน์ ประกอบการสาธิตตามแผนการสอน 1 ชุด ประกอบด้วยการสาธิตทั้งหมด 3 เรื่องได้แก่ การสาธิตการประเมินภาวะซึมเศร้า การค้นหาความคิด อัตโนมัติ ทักษะการบำบัดด้วย CBT

3.3.2 การพัฒนาฝีมือ

1) จัดทำคู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับประสบการณ์การบำบัดด้วย CBT ในการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของผู้วิจัย เนื้อหาสำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า และการประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หลักการบำบัดรักษาด้วย CBT ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT และเทคนิคที่สำคัญในการบำบัดด้วย CBT แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง และการมอบหมายงานให้พยาบาลปฏิบัติงานการบำบัดด้วย CBT ตามโครงการ โดยอยู่ภายใต้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนักจิตวิทยาที่มีความรู้ด้านนี้

2) จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วย เรื่อง ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมอย่างไร ความคิดในทางที่ดีหรือไม่ดีทำให้เกิดผลอย่างไร วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างไร และตอนสุดท้ายของคู่มือมีแบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจไม่สบายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไปทำเป็นการบ้าน

3.3.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ผู้วิจัยคนที่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มา 35 ปี (นับถึง พ.ศ. 2553) จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เคยได้รับการอบรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเวลา 3 วัน วิทยากรจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันที่ 6-9 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 และภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากการเป็นผู้บำบัดยังเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง วันที่ 29 มกราคม - 2 กุมภาพันธ์ 2550 ได้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโรคซึมเศร้าแบบ Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งจัดโดยกรมสุขภาพจิต และฝึกทักษะการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ได้รับความไว้วางใจจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้เป็นอาจารย์สอนพิเศษเพื่อฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหัวข้อวิชาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน รุ่นละ 3-8 คน และในปี พ.ศ. 2553 ได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้เป็นประธานคณะกรรมการชุมชนนักปฏิบัติการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด (Community of practices) และให้จัดระบบการให้บริการ ตลอดจนการฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพในการบำบัดด้วย CBT ในโรงพยาบาล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม สำหรับการประเมินทักษะทำการประเมินโดยการฟังการบันทึกเทปและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด และให้คะแนนตามแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจากพยาบาลที่ได้รับการสอนงานการบำบัดด้วย CBT เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทำการประเมินด้วยแบบวัด TDI ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6

4.3 การประชุมติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังการอบรม 1, 2 เดือน สำหรับรุ่นที่ 1 ได้จัดประชุม ครั้งที่ 1 ในวันที่ 30 สิงหาคม 2549 และครั้งที่ 2 ในวันที่ 13 ตุลาคม 2549 และรุ่นที่ 2 ครั้งที่ 1 ในวันที่ 15 ธันวาคม 2549 และครั้งที่ 2 ในวันที่ 12 มกราคม 2550 ในการประชุม ได้เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนที่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ นำเสนอผลการดำเนินงานในด้านกระบวนการการบำบัด เทคนิคที่ใช้ การประเมินด้วย TDI ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบำบัดซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยส่งเสริมจุดแข็งของการบำบัดโดยการชื่นชมให้กำลังใจ ให้ความรู้เพิ่มเติมในจุดอ่อนที่ต้องการพัฒนาต่อไป

4.4 การติดตามผลหลังการบำบัด 1 ปี โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพผู้รับการสอนงาน เพื่อขอผลการบำบัดของผู้ป่วยที่ทำการบำบัดครบ 6 ครั้ง โดยขอข้อมูลทั่วไป และผลการบำบัด

5. ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่เดือน เมษายน 2549 – มีนาคม 2552

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS for Windows ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test)

6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ในด้านปัญหาการสอนงานของผู้วิจัย และปัญหาการให้การบำบัดของพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน วิเคราะห์เนื้อหาโดยผู้วิจัย ทั้ง 3 คน

บทที่ 4

ผลการศึกษา และอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การปรับแนวคิด และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้รับการสอนงานเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน หลังได้รับการอบรมพยาบาลได้นำความรู้และทักษะนำไปบำบัดในผู้ป่วย ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ 1) ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน 2) ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และ 3) การเรียนรู้ที่ได้จากการสอนงานของผู้วิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน

1.1 ความรู้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่าพยาบาลผู้เข้ารับการสอนงาน เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 45.0 (อายุเฉลี่ย 39.7 ปี S.D. = 5.98 ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 50 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือสถานีนอนามัย ร้อยละ 70.0 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 15.0 โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 25.0 (ระยะเวลาเฉลี่ย 11.85 ปี S.D.=7.26 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 23 ปี) เกือบทั้งหมดได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่า 2 หลักสูตร ร้อยละ 95.0 ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ PCU ร้อยละ 70.0 รองลงมาทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 15 และแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 10.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.0
หญิง	19	95.0
อายุ		
21- 30 ปี	1	5.0
31-40 ปี	9	45.0
41-50 ปี	10	50.0
อายุเฉลี่ย 39.7 ปี S.D. = 5.98 ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 50 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	5.0
คู่	18	90.0
หย่า/หม้าย	1	5.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	20	100
สถานที่ปฏิบัติงาน		
รพ. จิตเวช	2	10.0
รพ. ทั่วไป	1	5.0
รพ. ชุมชน	3	15.0
PCU/สอ.	14	70.0
ระยะเวลาปฏิบัติงานสุขภาพจิต		
1-5 ปี	6	30.0
6-10 ปี	2	10.0
11-15 ปี	5	25.0
16-20 ปี	4	20.0
21-25 ปี	3	15.0
ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.85 ปี S.D.= 7.26 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 23 ปี		
การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต		
Csg และ Family Csg	1	5.0
มากกว่า 2 หลักสูตร	19	95.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน (n = 20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
งานที่รับผิดชอบ		
งานสุขภาพจิตใน PCU	14	70.0
จิตสังคมบำบัดของ รพ.	1	5.0
ผู้ป่วยใน รพ. จิตเวช	2	10.0
งานสุขภาพจิตและยาเสพติด	1	5.0
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	1	5.0
ผู้ป่วยใน รพ. ฝายกาย	1	5.0

1.1.2 ความรู้ของพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนต่ำกว่า 30 คน ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบการกระจายของคะแนนที่ได้ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการกระจายของคะแนนเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) จึงใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่เข้ารับการอบรมด้วยหลักสูตร CBT ก่อนอบรมและหลังการอบรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการอบรม 8.80 คะแนน (S.D. = 2.628) หลังการอบรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 17.65 คะแนน (S.D. = 1.565) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรม แตกต่างจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมด้วยหลักสูตร CBT ก่อนการอบรมและหลังการอบรมด้วยการทดสอบค่าที (n = 20)

การอบรม	n	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
ก่อนอบรม	20	8.80	2.628	14.552	.001
หลังอบรม	20	17.65	1.565		

1.1.3 สมรรถนะของพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน

การประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน ในการนำการบำบัดด้วย CBT ไปบำบัดผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการถอดการบันทึกเทป ร่วมกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในการบำบัด พบว่าพยาบาลที่ได้รับการสอนงานได้นำความรู้ ทักษะนำไปบำบัดผู้ป่วยในความรับผิดชอบ จำนวน 18 คน (พยาบาลอีก 2 คน ไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ) ในภาพรวม

มีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นจากเดิม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลที่ให้บริการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ 81.50 (S.D. = 6.41) ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 122.06 (S.D. = 7.16) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนประเมินสมรรถนะของพยาบาลที่ได้รับการสอนงานภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 (n = 20)

พยาบาลคนที่	ภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 3	ภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 6
1	81	121
2	75	131
3	73	124
4	76	120
5	74	116
6	78	116
7	75	108
8	79	118
9	78	122
10	ไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ	
11	80	124
12	ไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ	
13	84	120
14	83	120
15	93	124
16	100	128
17	89	134
18	78	120
19	83	121
20	88	130
$\bar{X}$ (S.D.)	81.50 (6.41)	122.06 (7.16)

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 135 คะแนน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการบำบัดด้วย CBT จำแนกตามเทคนิคต่างๆ โดยพิจารณาจากคะแนนเดิมในแต่ละเทคนิค เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดครั้งที่ 3 พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลเกือบทุกเทคนิคอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 60) โดยมี 2 เทคนิคที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 คือ การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์ และการประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 66.1 แต่ก็ยังถือว่าค่อนข้างต่ำ

ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 พยาบาลผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกเทคนิค ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป มีเพียง 3 เทคนิคที่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 80 คือ การมอบหมายงาน การกำหนดระเบียบวาระ และการลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิดความเชื่อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 70.0, 74.7 และ 75.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลที่ให้บริการบำบัดด้วย CBT ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และการบำบัดครั้งที่ 6 (n = 18)

เทคนิค CBT (คะแนนเดิม)	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ) หลังการบำบัดครั้งที่ 3	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ) หลังการบำบัดครั้งที่ 6
1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (12)	6.30 (52.2)	10.20 (85.0)
2. การให้ผู้ป่วยบันทึก หรือจดจำ ความคิดที่ผิดปกติ (12)	6.40 (53.3)	10.25 (85.4)
3. การสรุปความ (12)	7.10 (59.2)	10.20 (85.0)
4. การกำหนดระเบียบวาระ (15)	6.95 (46.3)	11.20 (74.7)
5. การเกริ่นนำสู่การบำบัด (6)	2.95 (49.2)	4.95 (82.5)
6. การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (6)	3.25 (54.2)	5.15 (85.8)
7. การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ ระหว่างความคิดกับอารมณ์ (9)	5.65 (62.5)	7.75 (86.1)
8. การประเมินความคิดโดยอาศัย หลักฐาน (9)	5.95 (66.1)	7.45 (82.8)
9. การคิดเป็นแบบอื่น (6)	3.35 (55.8)	4.85 (80.8)
10. การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ ความคิด ความเชื่อ (6)	2.55 (42.5)	4.50 (75.0)
11. การให้การบ้าน (21)	12.45 (59.3)	17.20 (81.9)
12. การสะท้อนกลับ (9)	4.60 (51.1)	7.55 (83.9)
13. การมอบหมายงาน (12)	5.75 (47.9)	8.40 (70.0)

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนต่ำกว่า 30 คน ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบการกระจายของคะแนนที่ได้ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการกระจายของคะแนนเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) จึงใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลังการบำบัดครั้งที่ 6 แตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลังการบำบัดครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลที่ให้บริการบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และการบำบัดครั้งที่ 6 ด้วยการทดสอบค่าที (n = 18)

คะแนนสมรรถนะ	n	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
หลังบำบัดครั้งที่ 3	18	81.50	6.412	25.202	.001
หลังบำบัดครั้งที่ 6	18	122.06	7.164		

2. ผลการศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

2.1 ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการขณะทำการสอนงาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลจำนวน 18 คน ได้ฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ขณะทำการสอนงาน มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 29 คน โดยผู้รับบริการที่มารับการบำบัดด้วย CBT ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.4 (21 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 44.8 (13 คน) รองลงมาคืออายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 27.6 (8 คน) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.5 (19 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 (20 คน) รองลงมาจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.7 (6 คน) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.5 (10 คน) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 44.8 (13 คน) รองลงมา 11-15 ปี ร้อยละ 27.6 (8 คน)

ผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (n=29) ในช่วงของการสอนงาน พบว่าก่อนบำบัด ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 44.8 หลังบำบัด ครั้งที่ 5 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่มีหรืออยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 58.6 และเมื่อบำบัดครบครั้งที่ 6 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 62.1 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT
ขณะทำการสอนงาน (n=29)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนบำบัด		บำบัดครั้งที่ 5		บำบัดครั้งที่ 6	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี/ปกติ	-	-	17	58.6	18	62.1
น้อย	13	44.8	4	13.8	3	10.4
ปานกลาง	14	48.3	2	6.9	1	3.4
รุนแรง	2	6.9	-	-	-	-
ไม่มาตามนัด	-	-	6	20.7	7	24.1
รวม	29	100.0	29	100.0	29	100.0

2.2 ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ หลังการสอนงาน 1 ปี

ภายหลังการสอนงาน 1 ปี ได้ติดตามประเมินผลว่าพยาบาลได้ใช้ความรู้ และทักษะไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งหมดตอบว่าได้นำไปประยุกต์ใช้แต่ไม่ครบ 6 ครั้ง แต่เป็นการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษา ในจำนวนนี้มีพยาบาลเพียง 16 คน ที่นำไปใช้และบำบัดครบ 6 ครั้ง โดยใช้กับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่าผู้รับบริการที่มารับการบำบัดด้วย CBT จากพยาบาลที่ได้รับการสอนงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 20.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.9 รองลงมาโสด ร้อยละ 23.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.9 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 81.6 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 13.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = 87)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	50	57.5
ชาย	37	42.5
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	4	4.6
21-30 ปี	12	13.8

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = 87) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
31-40 ปี	17	19.5
41-50 ปี	32	36.8
51-60 ปี	18	20.7
60 ปีขึ้นไป	4	4.6
สถานภาพสมรส		
โสด	20	23.0
คู่	53	60.9
หย่า/ร้าง	8	9.2
หม้าย	6	6.9
การศึกษา		
ประถมศึกษา	59	67.8
มัธยมศึกษา	14	16.1
ปวส/อนุปริญญา	5	5.7
ปริญญาตรี	9	10.3
อาชีพ		
รับจ้าง	26	29.9
แม่บ้าน	5	5.7
เกษตรกร	32	36.8
นักเรียน/นักศึกษา	4	4.6
ค้าขาย	6	6.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/		
ลูกจ้างประจำ	6	6.9
ว่างงาน	8	9.2
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-5 ปี	71	81.6
6-10 ปี	12	13.8
11-15 ปี	4	4.6
หมายเหตุ ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 15 ปี		

1.2.2 การเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ($n = 47$) ได้ทำการประเมินระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และระยะติดตามผลพบว่าการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 21.3 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.0 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 14.9 และในระยะติดตามผลพบว่าระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 87.2 รองลงมา ระดับรุนแรง ร้อยละ 6.4 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และระยะติดตามผล ($n = 47$)

ระดับ ภาวะซึมเศร้า	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี/ปกติ	-	-	39	83.0	41	87.2
น้อย	10	21.3	7	14.9	-	-
ปานกลาง	30	63.8	1	2.1	1	2.1
รุนแรง	7	14.9	-	-	3	6.4
ติดตามผลไม่ได้	-	-	-	-	2	4.3
รวม	47	100.0	47	100.0	47	100.0

1.2.3 การเปรียบเทียบระดับคะแนนความวิตกกังวล

เนื่องจากพยาบาลที่ได้รับการสอนงานได้นำการบำบัดด้วย CBT ไปบำบัดผู้ป่วยที่วิตกกังวลด้วย จึงนำเสนอผลการศึกษาการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ($n = 40$) ได้ทำการประเมินระดับคะแนนความวิตกกังวลของผู้รับบริการก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และในระหว่างติดตามผลพบว่าการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 20.0 หลังการบำบัด ส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.5 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 และในระยะติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และ ระยะติดตามผล (n = 40)

ระดับ ความวิตกกังวล	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	-	-	6	15.0	27	67.5
ปานกลาง	32	80.0	33	82.5	13	32.5
สูง	8	20.0	1	2.5	-	-
รวม	40	100.0	40	100.0	40	100.0

3. การเรียนรู้ที่ได้จากการสอนงานของผู้วิจัย

3.1 กระบวนการสอนงาน

3.1.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัยนี้มีการอบรม 2 วัน ซึ่งอาจน้อยเกินไป ควรเพิ่มเป็น 3 วัน เพื่อให้พยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีโอกาสฝึกทักษะมากกว่านี้ สำหรับ 5 แผนการสอนที่จัดอบรมมีความเหมาะสมดี หากมีการปรับเปลี่ยนเป็น 3 วัน หัวข้อวิชาที่ควรขยายเวลาในการสอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยเน้นให้ผู้เข้าอบรมได้ประเมินแบบแผนความคิดที่บิดเบือนของตนเอง จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น 2) ทักษะการบำบัดด้วย CBT และการฝึกปฏิบัติ

3.1.2 การมอบหมายงานให้พยาบาล ให้พยาบาลนำความรู้และทักษะที่ได้ไปทดลองปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ ถึงแม้ว่าก่อนเริ่มโครงการจะมีการรับสมัครพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และบอกถึงภาระงานของการฝึกทักษะภายหลังการสอนงาน และสอบถามความต้องการในการพัฒนาดตนเอง และภาระงานที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง มีพยาบาลเกือบร้อยละ 50 ขอยกออกจากโครงการก่อนการอบรม แต่ภายหลังการให้ปฏิบัติงานจริง ก็มีพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนด เนื่องจากเป็นตำแหน่งพยาบาลด้านบริหาร และต้องรับผิดชอบงานอื่น ไม่มีเวลาในการนำความรู้และทักษะไปใช้ ซึ่งมีพยาบาลออกจากโครงการจำนวน 4 คน (ทั้ง 2 รุ่น)

3.1.3 การติดตามประเมินผล กำหนดให้มีการประเมินผล ดังนี้

1) ประเมินผลระยะสั้น คือภายหลังการอบรม 1, 2 เดือน พบว่าเป็นรูปแบบการประเมินผลที่ดี ช่วยให้พยาบาลพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้ดีขึ้น ทั้งรูปแบบการเป็นที่ปรึกษาในการบำบัด การติดตามเยี่ยมในพื้นที่ให้บริการ (เฉพาะจังหวัดขอนแก่น) การเปิดโอกาสให้โทรศัพท์ปรึกษาการบำบัด การถอดเทปการบำบัดเพื่อประเมินการบำบัดด้วย CBT ในสถานการณ์จริง ตลอดจนการนำจุดเด่น และจุดอ่อนในการบำบัดมาให้ความรู้ และสาธิตบริการเพิ่มเติม ในขณะที่ติดตามเยี่ยมพยาบาลในพื้นที่ โดยให้การบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT แก่ผู้ป่วยที่พยาบาลที่ได้รับการสอนงานนัดหมายมาพบผู้วิจัยในวันที่ลงติดตามเยี่ยม และยังสาธิตการให้บริการในการประชุมประเมินผล

ภายหลังการอบรม 1, 2 เดือนดังกล่าวอีกด้วย นอกจากนี้การขึ้นชมพยาบาลที่สามารถใช้ทักษะการบำบัดได้ดี ผู้วิจัยก็นำเสนอวิธีการบำบัดในห้องประชุมด้วยช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแบบอย่างให้พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นอีกด้วย

2) การประเมินผลระยะยาว ภายหลังการสอนงาน 1 ปี (การอบรมร่วมกับสอนงานประมาณ 2 เดือนต่อรุ่น) พบว่าการติดตามระยะยาวโดยไม่กระตุ้น และให้พยาบาลดำเนินการตามปฏิบัติจริงตามบริบทของตนเอง โดยประเมินประสิทธิภาพเฉพาะที่บำบัดด้วย CBT ครบ 6 ครั้งขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่ผ่านการสอนงาน 18 คน (นำไปใช้จริงเหลือ 16 คน) ถือว่านำไปใช้กับผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบมีจำนวนน้อย (เฉพาะผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า 47 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล 40 คน) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบำบัดด้วย CBT ต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดอย่างน้อย 6 ครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยในการมาตามนัด แต่เมื่อประเมินพยาบาลถึงเหตุผลที่ใช้น้อยกว่าปกติ ให้เหตุผลว่าได้นำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาแต่ไม่ครบ 6 ครั้ง ผู้วิจัยจึงไม่นำมาประเมินร่วมด้วย เพราะมีความแตกต่างของจำนวนครั้งที่ให้การบำบัด

3.2 ความรู้และทักษะของพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน

พบว่าหลังการอบรมพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในด้านสมรรถนะถึงแม้ว่าภาพรวมจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 80 ขึ้นไปเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาเทคนิคของ CBT รายข้อ พบว่าเมื่อประเมินสมรรถนะภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คือการกำหนดระเบียบวาระ ซึ่งมีพยาบาลส่วนน้อยที่ไม่มีการใช้เทคนิคนี้ในช่วงต้นของการบำบัดเป็นเทคนิคในการกำหนดเรื่องที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง อาจมีผลต่อการบำบัดทำให้ผู้ป่วยพูดหลายประเด็นในการบำบัด ทำให้การบำบัดจึงไม่เน้นไปเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เทคนิคที่ 2 ที่ไม่ผ่านการบำบัด คือการลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิดความเชื่อ (ร้อยละ 75.0) จากการสอบถามพบว่าเทคนิคนี้เป็นเทคนิคเฉพาะ จะใช้เมื่อผู้ป่วยต้องการพิสูจน์สิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นเรื่องจริงหรือไม่ บางครั้งอาจต้องหาข้อมูลโดยสอบถามผู้ที่มีปัญหาเหมือนกับตน หรือต้องสอบถามคนในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อความสะดวกว่าสิ่งที่ตนเองคิดไม่เป็นความจริง ซึ่งเทคนิคนี้จะใช้เมื่อมีโอกาสและจังหวะของการใช้ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ทุกคน เทคนิคที่ 3 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การบำบัด คือ การมอบหมายงาน (ร้อยละ 70.0) เป็นเทคนิคเฉพาะที่ใช้ในการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยที่มีเวลาว่างมาก หรือซึมเศร้า แยกตัวเอง คิดวนเวียนหรือครุ่นคิด (ruminative thinking) แต่เรื่องที่ทำได้ทุกข้อใจ หรือคิดว่าตนเองมีแต่สิ่งที่เลวร้ายเกิดขึ้นในชีวิต เป็นต้น การมอบหมายงานที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยแก้ปัญหาในเรื่องนี้ได้ จากการเรียนรู้ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจะได้นำไปพัฒนาการสอนงานในการอบรมพยาบาลต่อไป

นอกจากนี้ในการบำบัดด้วย CBT พบว่าพยาบาลมีการใช้เทคนิคในการบำบัดได้ผ่านเกณฑ์ โดยสามารถปรับความคิดของผู้ป่วยจากการมองเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตในแง่ลบ หลังได้รับการบำบัดมีการมองเหตุการณ์ด้วยมุมมองใหม่ที่เหมาะสม และช่วยให้อารมณ์ ความรู้สึก

ของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังมีพยาบาลเพียงส่วนน้อยที่เน้นการบำบัดเฉพาะการปรับมุมมองปัญหาเสียใหม่ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องแก้ไข เช่นปัญหานี้สิน ปัญหาความสัมพันธ์กับสามี บุตร หรือเพื่อนร่วมงาน การใช้วิธีการปรับมุมมองโดยการคิดเป็นแบบอื่นอย่างเดียวยังอาจไม่ช่วยแก้ปัญหา ซึ่งต้องแก้ปัญหานั้นสาเหตุด้วย ผู้วิจัยจะได้พัฒนาการสอนในครั้งต่อไป โดยเน้นการแก้ไขปัญหานั้นด้วย

4. อภิปรายผล

4.1 กระบวนการสอนงาน

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการสอนงานของ Alberta Government (2004) เพื่อให้พยาบาลได้รับการสอนงานการบำบัดด้วย CBT ซึ่งเป็นปัจจัยทดลอง (intervention) ในการศึกษาครั้งนี้ แต่สำหรับผู้วิจัยที่เป็นผู้สอนงาน ได้ใช้บทบาทและสมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) ด้านการสอนงาน (Hamric et al., 2000 ; Stuart, 2005) จึงอภิปรายผล ดังนี้

4.1.1 กระบวนการสอนงาน โดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการระบุความต้องการ และโอกาสในการสอนงานตามศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงาน ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานมากนัก โดยมีการพัฒนาแผนการสอนงานและปฏิบัติตามแผนการสอนงาน ประเมินสะท้อนกลับภายหลังได้รับการอบรม และนำความรู้ ทักษะไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับอ่อนขึ้นไป ภายหลังการติดตามผลพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงานส่วนใหญ่ได้นำความรู้ ทักษะการบำบัดด้วย CBT ไปใช้บำบัดในผู้ป่วย และมีทักษะเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้ศึกษายังใช้วิธีการสอนงานในรูปแบบของการอบรมพยาบาล จำนวน 2 วัน ซึ่งคล้ายคลึงกับหลักสูตรของ King et al. (2002) ที่ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของการสอนทักษะแพทย์ทั่วไปในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย CBT แบบสั้นเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม ในการศึกษาของ King และคณะจัดอบรม 4 วัน แต่ละวันอบรมเพียงครึ่งวัน ซึ่งก็คือ 2 วันนั่นเอง สำหรับด้านเนื้อหาสาระก็คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันในวันแรกในการอบรม แพทย์จะเน้นอาการแสดงทางคลินิก การวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่ในการอบรมของพยาบาล จะไม่เน้นการวินิจฉัยแยกโรค และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

ถึงแม้ว่าการสอนงานในรูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาล จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และทักษะมากขึ้น แต่การฝึกทักษะในขณะอบรมไม่ใช่สถานการณ์จริงที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ซึ่งอาจมีหน้าที่ซับซ้อน หลากหลาย และพยาบาลต้องนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติจริง อาจเกิดปัญหาในการบำบัด การติดตามเยี่ยมสอนงาน ณ สถานที่ทำงานก็เป็นวิธีการที่ดีอีกรูปแบบหนึ่งเนื่องจากพยาบาลมีเวลาอภิปราย ชักถามปัญหาการบำบัดอย่างเฉพาะเจาะจงพบพวคล้ายคลึงกับของ Joyce (1996) เพราะผู้วิจัยได้นำเป้าหมายในแต่ละระยะของ Joyce มาประยุกต์ใช้ใน 5 ขั้นตอน ในการศึกษา

การติดตามผลการดำเนินงานโดยการจัดประชุมประเมินผลการดำเนินงานภายหลังการอบรม ได้จัดประชุมประเมินผล 1, 2 เดือนหลังการอบรม โดยเนื้อหาในการประชุมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบำบัดของพยาบาล และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมความรู้และทักษะในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อนของพยาบาล ซึ่งได้มาจากการติดตามเยี่ยมสอนงานในพื้นที่ ซึ่งนอกจากจะเป็นความรู้เกี่ยวกับ CBT แล้วยังเน้นความรู้ที่เกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นในการบำบัดผู้ป่วยด้วย เช่น การทำครอบครีวบำบัด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน การประสานบริการกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.1.2 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผู้สอนงาน (ผู้วิจัย) ได้ใช้บทบาทในการสอนงานการบำบัดด้วย CBT ตามแนวคิดของ Stuart (2005) โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตรงในขณะสอนงาน เช่น มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบของพยาบาลที่ได้รับการสอนงานและได้ทำการบำบัดไปแล้ว 3 ครั้ง เมื่อผู้วิจัยลงติดตามเยี่ยมในคลินิก พยาบาลได้นัดผู้ป่วยเพื่อให้ผู้วิจัยได้สาธิตบริการอีกครั้ง เพื่อความมั่นใจในการบำบัดครั้งต่อไปให้ครบ 6 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ทั้งการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงและบทบาทของครูในการสนับสนุนจุดแข็งที่พยาบาลทำได้ดี และจุดอ่อนที่ยังมีโอกาพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ทั้งในคลินิก และในการประชุมประเมินผลการสอนงาน อย่างไรก็ตามบทบาทในด้านการวางแผนโปรแกรมการรักษา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งปัจจุบันได้ใช้ในการสอนงานแก่พยาบาล และทีมสหวิชาชีพเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยอย่างมั่นใจ และการพัฒนาดังกล่าวต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการนำโปรแกรมการสอนงานนี้ไปใช้ทุกครั้ง

สมรรถนะของพยาบาลผู้สอนงาน (ผู้วิจัย) ได้ใช้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการสอนงานทั้ง 4 เทคนิคของ Hamric et al. (2000) คือ

1) สมรรถนะทางเทคนิค โดยการพัฒนาดตนเองให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะสอนงานคือเรื่อง CBT เพื่อให้มีความสามารถในการเป็นผู้ที่สอนงานพยาบาลได้อย่างเข้าใจ

2) สมรรถนะทางคลินิก มีความสามารถในการบูรณาการความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมตัดสินใจทางการพยาบาล เพื่อให้การบำบัดหรือส่งต่อผู้ป่วยสู่การรักษาที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

3) สมรรถนะระหว่างบุคคล เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลว่าพยาบาลที่ได้รับการสอนงานมีความรู้ทักษะแตกต่างกันไป ซึ่งผู้สอนงานต้องสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติ และช่วยให้พยาบาลที่ได้รับการสอนงานปฏิบัติได้จริง

4) สมรรถนะการสะท้อนตนเอง สะท้อนตนเองในสมรรถนะทั้ง 3 ว่าตนเองมีจุดอ่อนจุดแข็งอย่างไร เพื่อพัฒนาดตนเองอย่างสม่ำเสมอ และให้เกิดความเชี่ยวชาญในการสอนงาน จนเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้สอนงานเรื่อง CBT ให้กับทีมสหวิชาชีพ และเป็นอาจารย์พิเศษฝึกอบรมการบำบัดด้วย CBT แก่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโทของมหาวิทยาลัยขอนแก่นตั้งแต่ ปี 2549 - ปัจจุบัน

ประกอบกับผู้ป่วยได้รับฟังการถอดเทปที่บันทึกการบำบัด ช่วยให้เข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งของการบำบัดได้ ทำให้เกิดการพัฒนาดนเองในการบำบัดที่ดีขึ้น เพราะการสอนงานในคลินิกแก่พยาบาลช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ชำรงไว้ซึ่งมาตรฐาน และส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการปฏิบัติงานทางด้านคลินิกของวิชาชีพ (AUBMC, 2006) นอกจากนี้การสอนงานทางคลินิก หากพบว่าพยาบาลไม่มั่นใจในการใช้ทักษะต่างๆ ในการบำบัด ผู้วิจัยสามารถสาธิตการบำบัดให้แก่พยาบาล เพื่อช่วยให้เกิดความชัดเจนทั้งด้านขั้นตอน และทักษะในการบำบัดยิ่งขึ้น ซึ่งในการสอนงานผู้วิจัยได้สาธิตการบำบัดในผู้ป่วยร่วมด้วย ทั้งในคลินิกที่ให้บริการจริงๆ และในการประชุมประเมินผล

การสอนงานในรูปแบบของการเป็นที่ปรึกษา ผู้ศึกษาได้จัดแนวทางการประสานงานเพื่อขอรับการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงให้พยาบาลได้ปรึกษา ซึ่งมีพยาบาล 13 คนได้โทรศัพท์ขอคำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยได้แต่มีอายุเกิน 60 ปีควรทำอย่างไร ปัญหาการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ได้น้อยเกินไป และไม่ทราบว่าจะใช้ความคิดอัตโนมัติหรือไม่ ปัญหาการให้การบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายด้วย ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตอาการดีขึ้นแต่เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ปัญหาการเชื่อมโยง ABC การบันทึกการรายงานการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัดหมาย และปัญหาการส่งผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยงานอื่นๆ เป็นต้น การเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ปรึกษาจะช่วยให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลง และเกิดการพัฒนาดนเองได้อย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ขอคำปรึกษา เป็นผู้ที่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบต้องบำบัดทั้งสิ้น และได้ดำเนินการให้การบำบัดผู้ป่วยทันทีภายหลังการอบรมสอดคล้องกับ Schnell (2005) ได้ทำการสอนงานโดยการเป็นที่ปรึกษา พบว่าช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เจริญงอกงามในศูนย์บริการที่มาขอรับการปรึกษา ซึ่งมีจุดสำคัญอยู่ที่เนื้อหาการเป็นที่ปรึกษา ว่าสอดคล้องกับความต้องการในการบริหารจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายของงานได้อย่างไรในเวลาที่กำหนด ทำอย่างไรให้เกิดความท้าทายในการสอนงานควบคู่ไปกับการเป็นผู้นำ ซึ่งจุดนี้ผู้วิจัยได้เน้นศักยภาพที่พบในตัวพยาบาลวิชาชีพ และให้การทำท้าวการดำเนินงานครั้งนี้เป็นการพัฒนาบทบาทผู้นำบำบัดของพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระทางวิชาชีพ (Professional autonomy) ในการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า พิจารณาให้การบำบัด และยุติการบำบัดเมื่อผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ภาวะซึมเศร้าลดลง เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดีให้แก่ผู้ป่วย (Hamric et al., 2000)

ในด้านโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT ในการศึกษาทำการบำบัดจำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เช่นเดียวกับที่วางแผนไว้ คือ สัปดาห์แรก 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละครั้ง จากนั้นเว้นห่างอีก 1 เดือนพบกันอีก 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลการนำ CBT ไปใช้ในการบำบัดตนเองของผู้ป่วย ว่ามีผลเป็นเช่นใดก่อนยุติบริการ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการบำบัดทางความคิดของ Townsend (2003) ที่กล่าวว่า การบำบัดจะจำกัดเวลาในการรักษา ส่วนใหญ่ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะทำการบำบัดด้วยวิธีนี้ 4-14 ครั้ง โดยพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง และการบำบัดครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ที่ทำการศึกษารื่อง

ผลการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งจัดให้มีโปรแกรมในการให้คำปรึกษา 5 ครั้งๆ ละ 90 นาทีในทุกสัปดาห์และมีการวัดความวิตกกังวลก่อน หลังการให้คำปรึกษาติดตามผล 1 เดือนหลังการบำบัด พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถึงแม้ว่าการศึกษาของ ยูพาพัคค์ รักษมณังค์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งทำการบำบัด 6 ครั้งเช่นเดียวกับการศึกษานี้ แต่อาจแตกต่างกันในช่วงเวลาของการบำบัด คือ ใช้เวลาในการบำบัด 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3-4 วัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบำบัดจะมีความถี่มากกว่าทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นการบำบัดในผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จึงสะดวกในการนัดหมายให้บริการได้ง่ายกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน ประกอบกับผู้วิจัยต้องการประเมินผลการบำบัดด้วยว่าเมื่อไม่พบกับผู้ป่วย 1 เดือน ผู้ป่วยยังคงใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดตนเองได้หรือไม่ เพราะหลักการบำบัดที่สำคัญ คือ การบำบัดทางความคิด จะเหมือนกับการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้บำบัดให้แก่ตนเอง เป็นการสอนให้ผู้ป่วยทราบว่าความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Townsend, 2003) ฉะนั้นครั้งที่ 6 ก่อนยุติบริการผู้บำบัดจะประเมินผลในช่วงที่ไม่พบกัน 1 เดือนว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ทุกข์ใจ มีความคิดอัตโนมัติอย่างไรและปรับความคิดใหม่ที่เหมาะสม ช่วยให้อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมดีขึ้นอย่างไร

ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT จากการศึกษานี้มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด 2) การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนร่วมกับผู้ป่วย 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) 4) การปรับแนวคิด และ พฤติกรรม (Cognitive and behavior restructuring stage) เน้นการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมในแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 5) ระยะสุดท้าย (End stage) หรือระยะเตรียมสิ้นสุดบริการ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจแตกต่างจาก Joyce (1996) ที่แบ่งขั้นตอนในการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น 2) ระยะกลาง 3) ระยะสุดท้าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้แบ่งย่อยออกมาเป็น 5 ระยะ เพื่อความชัดเจนและง่ายในการทำความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามถ้าหากพิจารณาเป้าหมายในแต่ละระยะของการวิจัยนี้จะ

4.2 ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน

จากการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 20 คน ได้นำการบำบัดด้วย CBT ไปใช้บำบัดในผู้ป่วย 18 คน (มีพยาบาลจำนวน 2 คนที่ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ) ต่อมาเมื่อติดตามประเมินผลหลังการสอนงาน 1 ปี มีพยาบาลเพียง 16 คน

ที่ให้การบำบัดผู้ป่วยจนครบ 6 ครั้ง โดยบำบัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 47 คน และผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จำนวน 40 คน ในผู้ที่ให้การบำบัดไม่ครบตามกำหนด เนื่องจากผู้บำบัดติดราชการ หรือมีภาระงานอื่นต้องรับผิดชอบมาก ทำให้ไม่สามารถบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ได้ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ และไม่สะดวกในการรับการบำบัดเพราะต้องประกอบอาชีพทุกวัน ในภาพรวมพบว่า ผลการบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลลดลง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจแตกต่างจาก King et al. (2002) ที่ทำการอบรมแพทย์ทั่วไปในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย CBT (จำนวน 4 วัน อบรมวันละ ½ วัน) จากการติดตามผลการบำบัดพบว่า ไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทั้งผลการบำบัด และการนำทักษะไปใช้ จึงได้ให้ข้อคิดที่น่าสนใจว่าแพทย์อาจไม่มีเวลาในการบำบัดผู้ป่วย หรือหลักสูตรในการอบรมน้อยเกินไป ซึ่งถ้าหากเปรียบเทียบจำนวนวันในการอบรมที่ผู้วิจัยจัดในครั้งนี้ก็มีจำนวน 2 วันเช่นกัน แต่มีความแตกต่างคือผู้วิจัยได้ใช้บทบาทของพยาบาลในการบำบัดด้วย CBT ของ Stuart (2005) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง การวางแผนโปรแกรมการรักษา และบทบาทของครูให้กับผู้อื่นในการใช้เทคนิค CBT เพื่อให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก ตลอดจนใช้สมรรถนะการสอนงานตาม Hamric et al. (2000) ประกอบด้วย สมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะทางเทคนิค สมรรถนะระหว่างบุคคล และสมรรถนะการสะท้อนตนเอง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ใช้ในการสอนงานพยาบาลวิชาชีพ คนละ 1-2 ครั้งในช่วง 2 เดือน ขณะทำการบำบัดภายหลังการอบรม ร่วมกับการประชุมติดตามผลการดำเนินงาน และมีช่องทางการให้การปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับการศึกษาของ Schnell (2005) จึงอาจเป็นจุดแข็งของโครงการนี้ที่ทำให้พยาบาลสามารถใช้การบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และระดับความวิตกกังวลลดลงจากเดิม แตกต่างจากการศึกษาของ King et al. (2002) ที่ไม่ได้ดำเนินการเช่นเดียวกับการศึกษานี้

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่เป็นปัจจัยทำให้การสอนงานพยาบาลประสบความสำเร็จอย่างดี เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ จึงสามารถสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้การบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การบำบัดได้ผลดี ประกอบกับมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ตามข้อกำหนดของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ได้จัดให้มีบริการให้การปรึกษา และบริการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น ทำให้พยาบาลสามารถผสมผสานการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ด้านสมรรถนะของพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินสมรรถนะในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินภายหลังให้การบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 พบว่าในภาพรวมทุกคนมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ .001) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้วิจัยได้สอนงานโดยการจัดอบรม มอบหมายงานให้ปฏิบัติจริงในการบำบัดด้วย CBT

ณ หน่วยงานของตนเอง ติดตามประเมินผลการดำเนินงานถึงสถานที่ทำงาน จัดประชุมประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนมีช่องทางให้คำปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา ซึ่งวิธีการดังกล่าวข้างต้นเป็นการสอนงานที่ช่วยให้บุคลากรเกิดความเจริญงอกงามอย่างรวดเร็ว ช่วยให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จบรรลุจุดมุ่งหมาย และจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทาย (Chapman, 2004) นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ใช้บทบาทเฉพาะทางของพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วย CBT ของ Stuart (2005) ซึ่งเป็นบทบาทของการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) โดยสาธิตบริการ ณ หน่วยบริการที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม และใช้บทบาทของครูในการใช้เทคนิค CBT ในการสอนงานพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีสมรรถนะในการบำบัดด้วย CBT เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยเป็นที่ปรึกษา เป็นครูของพยาบาลเพื่อสอนให้กลุ่มนี้สามารถใช้ CBT บำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะบางประการของพยาบาลที่มีคะแนนสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น อาจเกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่น ตั้งใจ และสนใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้น จึงสนใจใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง นอกจากนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลบางคนกำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จึงต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องนี้ ซึ่งอาจสามารถนำไปพัฒนางานเพื่อก้าวไปสู่การศึกษาระดับสูงได้ และบางคนมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในความผิดชอบของตนเอง หรือบางพื้นที่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงต้องการพัฒนาตนเองเพื่อนำ CBT ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ทำให้คะแนนสมรรถนะภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 จึงมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกคน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ใน CBT (จากตารางที่ 4) พบว่าภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีบางเทคนิคยังมีปัญหาในการนำไปใช้ คือ 1) การกำหนดระเบียบวาระ 2) การเกริ่นนำสู่การบำบัด 3) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา 4) การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิดความเชื่อ 5) การสะท้อนกลับ ทั้งนี้อาจเป็นทักษะใหม่ที่ต้องพัฒนาทำความเข้าใจ และยกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล เพื่อให้เห็นความแตกต่างจากวิธีการที่พยาบาลใช้เทคนิคนี้กับผู้ป่วย และเมื่อปรับเปลี่ยนใหม่ในวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมโดยผู้วิจัยช่วยสอนงาน จึงช่วยให้ทุกเทคนิคมีการพัฒนาขึ้นเมื่อประเมินสมรรถนะในครั้งที่ 6 อย่างไรก็ตามสำหรับการกำหนดระเบียบวาระ พยาบาลอาจคุ้นเคยกับการให้การปรึกษาในคลินิกที่พยาบาลเคยปฏิบัติเป็นประจำ โดยการกำหนดเรื่องพูดคุยในช่วงเวลาการบำบัดแต่การบำบัดด้วย CBT จะมีความแตกต่าง คือ การกำหนดระเบียบวาระต้องขึ้นอยู่กับตรวจสอบอาการที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ ร่วมกับการทบทวนการสนทนาในสัปดาห์ที่ผ่านมา ทบทวนการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน จึงร่วมกันกำหนดระเบียบวาระหรือเรื่องที่พูดคุยแต่ละครั้ง (Townsend, 2003) ทั้งนี้เพราะการบำบัดด้วย CBT เป็นการบำบัดที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้งจึงต้องดำเนินการเช่นนี้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

ถึงแม้ว่าในการประเมินสมรรถนะครั้งที่ 6 พบว่าเทคนิคการสะท้อนกลับมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าเดิม โดยพยาบาลมีการใช้เทคนิคนี้มากขึ้น แต่พบว่าบางคน ยังใช้ในลักษณะคำถามนำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องตอบตามคำถามนำนั้นๆ อาจไม่อิสระในการตอบคำถาม หรือได้คำตอบที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง อีกเทคนิคหนึ่งที่ยังคงพบว่ามีปัญหาในการนำไปใช้ทั้งภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 คือการมอบหมายงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมอบหมายงานมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เมื่อค้นพบว่า ผู้ป่วยว่างงานมาก และคิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับเรื่องตนเอง การมอบหมายงานให้ผู้ผู้ป่วย ปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิความสนใจอยู่ทำงาน และเมื่อพยาบาลติดตามประเมินผล จะช่วยให้ผู้ป่วย ลดการคิดในทางลบกับตัวเองได้ นอกจากนี้อาจเป็นการมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยเขียนเหตุการณ์ หรือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยดำเนินการตลอดทั้งวัน เพื่อให้ผู้ป่วยพิสูจน์จากหลักฐานความเป็นจริงว่าชีวิตตนเอง ไม่ได้มีเหตุการณ์ที่โศกเศร้าเสมอไป ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการมอบหมายงานให้ผู้ผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ในการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาเหล่านี้จึงไม่นำเทคนิคนี้มาใช้

4.3 ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบริการ

การบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ประการ (Cognitive triad) คือ มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) หรือมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผล ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง สามารถเรียก อีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (distorted thinking) (Grant et al., 2004) ความคิดอัตโนมัตินี้ ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ หากผู้ป่วยยังคงมีแบบแผนความคิดแบบนี้ ไม่ได้รับการบำบัดรักษา ก็จะทำให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีระยะเวลานาน และอาจรุนแรงยิ่งขึ้น มีผลกระทบต่อกิจกรรมการแสดงออกของบุคคล และอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกาย (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) การบำบัดด้วย CBT จึงเน้นการค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วยที่เป็นความคิดเชิงลบ และปรับเปลี่ยนให้เป็นความคิดเชิงบวก (positive thinking) หรือความคิดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การปรับเปลี่ยนความคิดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเหตุผล หลักฐาน ข้อมูลที่มาสสนับสนุน หรือคัดค้านความคิดนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยปรับความคิดเป็นเชิงบวก อารมณ์ ความรู้สึกก็เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อกิจกรรมที่ดีขึ้นตามมาด้วย (ยุทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548; Townsend, 2003) ทั้งนี้การบำบัดได้ผลดีหรือไม่ ย่อมขึ้นกับสัมพันธภาพที่ดีของผู้บำบัดและผู้ป่วย การที่ผู้ป่วย และผู้บำบัดทำงานร่วมกัน โดยปฏิบัติตามกระบวนการรักษาด้วย CBT มีเป้าหมายสำคัญ คือ เมื่อผู้ป่วยฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดบ่อยๆ จะเกิดความคุ้นเคยในการคิดแบบเชิงบวกเมื่อมีเหตุการณ์ มากระทบ หรือผู้ป่วยสามารถบำบัดความคิดด้วยตนเองได้ในที่สุด ดังนั้นกระบวนการรักษาจึงต้องมีการตรวจสอบ ความเหมาะสมของความคิดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาความคิดเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง (Townsend, 2003; Stuart, 2005)

การบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น อธิบายได้ว่า ขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความคิดที่บิดเบือนทำให้มองตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคตในด้านลบ (Beck, 1995) การบำบัดด้วย CBT เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมใหม่ในแนวทางที่เหมาะสม กล่าวคือ การบำบัดด้วย CBT จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการสำรวจตนเองเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือความอัตโนมัติในเชิงลบที่ไม่ค่อยมีเหตุผล เปลี่ยนเป็นความคิดในเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์ ผู้ป่วยสามารถมองชีวิตตนเองอย่างมีความหวัง มีเป้าหมาย และสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้ตามศักยภาพ นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่มีการนำ CBT มาใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงเช่นกัน (Ever et al., 2001; Sharpe et al., 2001)

ในการศึกษาครั้งนี้ มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงานการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนหนึ่ง ได้นำการบำบัดด้วย CBT ไปประยุกต์ใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ซึ่งมีลักษณะความคิดที่บิดเบือน คือมีความวิตกกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่อง และไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับความเครียดได้ดีขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งหลักการบำบัดด้วย CBT สามารถใช้เทคนิคร่วมกันในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลแต่อาจแตกต่างกันในด้านแก่นความเชื่อหลัก (Core belief) (Grant et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐจิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายหายใจ ที่พบว่าความวิตกกังวลปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวผู้ป่วยลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่ง Proudfoot et al. (2004) และ Byrne et al. (2005) ได้ศึกษาการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ ใช้ช่วงเวลาในการบำบัด 2 เดือน คือ 1 เดือนแรก 5 ครั้ง จากนั้นเว้นไปอีก 1 เดือน พบกับผู้ป่วยอีก 1 ครั้งเพื่อประเมินผลการบำบัดก่อนยุติบริการ ในความเป็นจริงแล้วควรมีการกำหนด วันที่ให้การบำบัดเพื่อกระตุ้น (Booster session) ให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้บำบัดเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้สามารถรับมือกับปัญหา สถานการณ์ หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้หรือไม่ หรือปัญหานั้นหวนกลับคืนมาเช่นเดิมคือ ผู้ป่วยปรับความคิดตนเองในเชิงบวกไม่ได้ ทำให้มีภาวะซึมเศร้ากำเริบซ้ำ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ทั้งนี้อาจใช้โอกาสที่ผู้ป่วยมาบริการที่คลินิกตามนัดสอบถามเพื่อประเมินผลในเรื่องนี้ หากพบว่ามีปัญหาก็นัดหมายวันเวลาในการบำบัดต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม ประเมินก่อนและหลังดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 20 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเคยผ่านการอบรมการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน

ปัจจัยทดลอง (Intervention) ผู้วิจัยใช้กระบวนการสอนงานด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม บำบัด เพื่อพัฒนาความสามารถพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ CBT สำหรับพยาบาล มีแผนการสอน 5 เรื่อง คือ 1) ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน 2) หลักการบำบัดด้วย CBT 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) ทักษะการบำบัดด้วย CBT และการฝึกปฏิบัติ 5) การมอบหมายงานการฝึกทักษะ CBT ภายหลังการอบรม มีวีดิทัศน์สาริตประกอบการสอน 1 ชุด มี 3 เรื่อง ได้แก่ การสาธิตการประเมิน ภาวะซึมเศร้า การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ทักษะการบำบัดด้วย CBT และได้จัดทำคู่มือจำนวน 2 เล่ม ๆ เล่มที่ 1 เป็นคู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการปรับแนวคิด และพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง เล่มที่ 2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่อง "ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข" ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ

2. มอบหมายงานให้พยาบาลนำความรู้ ทักษะการบำบัดด้วย CBT ไปใช้บำบัดในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง

3. การติดตามประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลของการสอนงานทั้งในด้านพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ และทักษะ ของพยาบาล ได้แก่ 1.1) แบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT พัฒนาคำถามโดยนำมาจาก ความรู้ในการบำบัดด้วย CBT ของ Beck และคณะ (1979) Townsend (2003) และบุททนา องอาจสกุลมั้น (2548) 1.2) แบบประเมินสมรรถนะการใช้ CBT พัฒนามาจากใบตรวจสอบ สมรรถนะสำหรับผู้บำบัดทางความคิดของ Beck (1979) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ 2.1) แบบประเมิน Thai Depression Inventory หรือ TDI ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) และ 3) เครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของ พยาบาล ได้แก่ โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ คู่มือสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดด้วย

CBT และคู่มือสำหรับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนงาน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม สำหรับการประเมินทักษะการบำบัดด้วย CBT ทำการประเมินโดยการฟังการบันทึกเทป และให้คะแนนตามแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการบำบัดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจากพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบวัด TDI ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเนื่องจากหลังติดตามผล 1 ปี พยาบาลที่ได้รับการสอนงานได้ใช้ CBT ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปด้วย จึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการบำบัด หลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS for Windows ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ในด้านปัญหาการสอนงาน และปัญหาในด้านการบำบัดด้วย CBT วิเคราะห์เนื้อหาโดยผู้วิจัย ทั้ง 3 คน

1. สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้เข้ารับการสอนงานทั้งหมด 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คือ ก่อนการอบรมพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 8.80 คะแนน (S.D. = 2.63) หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 17.65 คะแนน (S.D. = 1.57) ด้านสมรรถนะการใช้ CBT พบว่าพยาบาลผู้รับการสอนงาน จำนวน 18 คน (อีก 2 คน ไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ) ได้นำความรู้ ทักษะการบำบัดด้วย CBT นำไปบำบัดผู้ป่วยในความรับผิดชอบภายหลังการอบรม 2 เดือน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการบำบัดด้วย CBT โดยภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 พยาบาลผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินสมรรถนะ 81.50 คะแนน (S.D. = 6.41) และหลังการบำบัดครั้งที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินสมรรถนะเพิ่มขึ้นเป็น 122.06 คะแนน (S.D. = 7.16) โดยเมื่อทำการทดสอบด้วยค่าที (t-test) พบว่ามีคะแนนความรู้ และสมรรถนะแตกต่างจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาด้านผู้รับบริการ ภายหลังการสอนงาน 1 ปี มีพยาบาล 16 คน ที่นำการบำบัดด้วย CBT ไปใช้ครบ 6 ครั้ง โดยบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 47 คน พบว่า ก่อนการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.0 และในระยะติดตามผลพบว่าระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 87.2

ภายหลังการสอนงาน 1 ปี นอกจากพยาบาลจะนำความรู้และทักษะในการบำบัดด้วย CBT ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปรวมด้วย จำนวน 40 คน ซึ่งพบว่าการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 หลังได้รับการบำบัดทันทีผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีระดับคะแนนความวิตกกังวล

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.5 แต่ในระยะติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.5

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 การนำผลการวิจัยไปใช้ หากต้องนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1 ควรประชาสัมพันธ์แจ้งคุณสมบัติของผู้เข้าอบรมที่ชัดเจน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติงานภายหลังการอบรม เพื่อให้ผู้สนใจได้พิจารณาไตร่ตรองว่าควรเข้าอบรมหรือไม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ภายหลังการอบรม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม นอกจากนี้การพิจารณาความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำงานสุขภาพจิตที่ผ่านมาร่วมกับแม่ข่ายระดับอำเภอ และจังหวัดจะช่วยให้ได้ผู้เข้ารับการอบรมที่สามารถนำความรู้ ทักษะที่ได้ไปใช้ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคทางจิต หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ไม่เกิดการสูญเปล่าภายหลังการอบรม เนื่องจากอบรมแล้วแต่ไม่นำไปใช้จึงควรมุ่งเน้นเฉพาะผู้ที่สนใจอย่างแท้จริงก่อน

2.1.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัด ควรเป็นผู้ป่วยที่สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่าน และเขียนหนังสือได้ แต่ต้องมีความจำดี ไม่เป็นอุปสรรคในการบำบัดด้วย CBT หากพบว่าอายุเกิน 60 ปี แต่ต้องการบำบัดเพราะมีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ก็ควรประเมินด้วย MMSE ก่อน ถ้าคะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน ไม่ควรรับการบำบัดด้วย CBT เพราะไม่ได้ผล ควรส่งต่อรับบริการในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2.1.3 ควรมีการขยายผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายประเภทอื่น ๆ เนื่องจากงานวิจัยหลายเรื่องก็สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้ผลดีเช่นกัน (Boyce et al., 2003; Park et al., 2003; Turner et al., 2006) และควรทำการศึกษาประสิทธิผลในการบำบัดด้วย

2.1.4 ในด้านกระบวนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ควรมีการดำเนินงานดังนี้

1) โปรแกรมในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จากการจัดอบรมครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดอบรม 3 วัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกทักษะมากยิ่งขึ้น กว่านี้ซึ่งสามารถปรับแผนการสอนขยายเป็น 3 วันได้ โดยเพิ่มเวลาในแผนการสอนที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ แผนการสอนที่ 4 ทักษะการบำบัดด้วย CBT และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งอาจเพิ่มกรณีตัวอย่างให้มีการฝึกทักษะมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม

2) วิทยากรหลัก ควรเป็นผู้มีความรู้ และทักษะในการบำบัดด้วย CBT เป็นอย่างดี และมีการประชุมวางแผนการสอนร่วมกัน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ที่ได้รับจากผู้อบรมทุกชั่วโมงการสอน มีการทำงานเป็นทีมเพื่อเสริมเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดไป หรือเป็นปัญหาที่ผู้เข้าอบรมไม่เข้าใจ และภายหลังการอบรมแต่ละวัน ควรมีการประเมินผลว่าดำเนินงานตามแผนการสอนหรือไม่ ควรปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมอย่างไร

3) วิทยากรกลุ่ม เนื่องจากการอบรมเชิงปฏิบัติการต้องมีการแบ่งกลุ่ม เพื่อฝึกทักษะ จึงต้องมีวิทยากรกลุ่ม ซึ่งหากแบ่งกลุ่มได้มากเท่าไรโอกาสที่ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้เกิดความเข้าใจในการฝึกทักษะมากยิ่งขึ้น ฉะนั้นวิทยากรกลุ่มจึงมีความสำคัญมาก โดยต้องมีคุณสมบัติพื้นฐานคือ

3.1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 3 วัน

3.2) มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษามาก่อน

3.3) ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ CBT และมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วย CBT

3) การสอนงานโดยการฝึกทักษะขณะแบ่งกลุ่ม ในการแบ่งกลุ่มเพื่อฝึกทักษะควรแบ่งกลุ่มละ 3 คน และฝึกทักษะเป็นผู้ให้การบำบัดหมุนเวียนจนครบทุกคน นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดการฝึกทักษะแต่ละครั้ง ต้องมีการประเมินผลกันเองภายในกลุ่ม และประเมินผลร่วมกันในกลุ่มใหญ่อีกครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ก่อนเริ่มฝึกทักษะในกรณีตัวอย่างในเรื่องใหม่

2.1.5 ภายหลังการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการไปแล้ว ควรมีการมอบหมายงานให้ทุกคนนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน และจัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการอบรมอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือตามความเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติงานจริงการสอนงานโดยการติดตามเยี่ยมพยาบาล ณ สถานที่ปฏิบัติงานมีโอกาสเป็นไปได้ยาก การจัดให้มีการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานจึงมีความเป็นไปได้มากกว่า เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ CBT ในการปฏิบัติงานจริง โดยวิทยากรส่งเสริมจุดเด่นให้ดียิ่งขึ้นและให้ดำรงต่อไป รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนในการบำบัดจะช่วยให้พยาบาลมีกำลังใจ มั่นใจ และพัฒนาทักษะของตนเองให้เชี่ยวชาญยิ่งขึ้น นอกจากนี้ก่อนการประชุมติดตามผลการดำเนินงาน ให้ผู้เข้าอบรมส่งเทปบันทึกเสียงการบำบัดให้ก่อนการประชุม เพื่อวิทยากรได้วิเคราะห์ผลการบำบัด และนำผลการประเมินที่ได้รวบรวมเป็นบทสรุป ให้ความรู้ และทักษะเพิ่มเติมแก่พยาบาล

2.1.6 ควรจัดให้มีช่องทางติดต่อประสานงาน เพื่อปรึกษาการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วย โดยทางโทรศัพท์เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เอื้ออำนวยแก่พยาบาลด้วย

2.1.7 ด้านการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วย

1) สถานที่ในการให้การบำบัดที่เหมาะสม และนัดหมายให้ผู้รับบริการมาตามนัดในความเป็นจริงแล้ว ผู้รับบริการอาจไม่สามารถมาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องประกอบอาชีพหารายได้ อาจต้องบูรณาการกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดสถานที่ให้อยู่ในมุมส่วนตัว ไม่มีบุคคลภายนอกรบกวนการบำบัด แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ต้องลี้ลับจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ให้การบำบัด หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนการนัดหมายให้สอดคล้องกับการมารับบริการของผู้ป่วยที่คลินิก แต่ต้องให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ตามหลักการบำบัดด้วย CBT (Townsend, 2003)

2) การสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด และสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดความไว้วางใจที่จะบอกเล่าหรือระบายปัญหาความไม่สบายใจแก่ผู้บำบัด และนั่นจึงควรคำนึงถึงเรื่องเหล่านี้ด้วย

3) การบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการบำบัดด้วย CBT เป็นการบำบัดแบบต่อเนื่อง 6 ครั้ง การบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป การใช้ทักษะการสรุปมีความจำเป็น เกี่ยวกับการให้การปรึกษาครั้งที่แล้ว การทบทวนการบ้านที่ให้และตรวจสอบการบ้าน เหตุการณ์ และปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจในปัจจุบัน และร่วมกันกำหนดระเบียบวาระหรือเรื่องที่จะสนทนา เพื่อกำหนดขอบเขตในการบำบัดในแต่ละครั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดเข้าใจตรงกัน ไม่หลงประเด็นไปสนทนาหลายเรื่อง ทำให้หัวข้อสรุปของความก้าวหน้าในการบำบัดในแต่ละครั้งไม่ได้ จึงควรตระหนักในเรื่องนี้

4) การเลือกใช้เทคนิคในการบำบัด

4.1) การค้นหาหลักฐานในกระบวนการบำบัด เพื่อสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดเดิมหรือความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อนำไปสู่การพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่ การเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยเปิดเผย เหตุผล หลักฐานต่างๆ โดยไม่ตำหนิจะช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจความคิด ความเชื่อที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ช่วยพิจารณาประโยชน์หรือโทษของการคิดแบบเดิมที่ทำให้ใจเป็นทุกข์ กับความคิดแบบใหม่ที่ทำให้จิตใจสบายขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมที่ตามมาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

4.2) การช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เป็นทักษะที่สำคัญทักษะหนึ่ง ที่ผู้บำบัดควรนำมาใช้ และฝึกฝนช่วยให้ผู้ป่วยเห็นมุมมองใหม่ในทางบวกที่แตกต่างจากความคิดเดิม มุมมองใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่สบายใจขึ้นกว่าเดิมแต่ต้องอยู่บนพื้นฐาน เหตุผลตามความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยให้ข้อมูล และให้คำนึงด้วยว่าต้องไม่ใช้การโต้แย้งหรือแก้ตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

4.3) ทักษะการสะท้อนกลับ เป็นทักษะหนึ่งที่ผู้บำบัดมักไม่นำมาใช้ แต่มีความสำคัญ คือ ช่วยสะท้อนการบำบัดของผู้บำบัดได้เป็นอย่างดี ทั้งในด้านกระบวนการบำบัด ประโยชน์และความก้าวหน้าของการบำบัด การบ้านที่มอบหมายให้ผู้ช่วยและการนัดหมาย เป็นต้น

4.4) ทักษะที่ไม่ค่อยมีการนำมาใช้ คือ การมอบหมายงาน ใช้ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยว่างมากในแต่ละวัน และไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ อยู่กับความคิดหมกมุ่นกับตนเอง ตลอดเวลา การเบี่ยงเบนความสนใจจากตนเองไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ช่วยให้ผู้ช่วยลดความคิดที่ทุกข์ใจได้ แต่การมอบหมายกิจกรรมต้องชัดเจนว่าให้ผู้ช่วยทำอะไร เวลาใด ผลของการทำกิจกรรมเป็นอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือให้ผู้บำบัดทราบเพื่อประเมินผลร่วมกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนไม่ได้อาจใช้วิธีการจดจำมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังก็ได้ หรือให้สมาชิกในครอบครัวที่เขียนหนังสือได้เขียนให้ผู้ช่วยก็ได้ นอกจากนี้ยังใช้ทักษะนี้ในการมอบหมายงานให้ผู้ช่วยเขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันให้ผู้บำบัดทราบ ในกรณีที่ผู้ป่วยคิดว่าชีวิตตนเองมีแต่เหตุการณ์ร้ายๆ หรือมีแต่ความโชคร้ายสู่ชีวิต เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันให้ผู้ช่วยเห็นว่าในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวัน มีทั้งเหตุการณ์ที่ดีและไม่ดีปะปนกันไป ช่วยให้ผู้ช่วยปรับแนวคิดในการมองเสียใหม่ โดยไม่ให้ความสำคัญหรือให้

น้ำหนักของเหตุการณ์ที่ไม่ดีว่าเป็นเรื่องใหญ่ แต่ให้น้ำหนัก หรือ ความสำคัญกับเหตุการณ์ดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วย

4.5) การสรุปความ ส่วนใหญ่พบว่าการนำทักษะนี้มาใช้แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกกระบวนการ เช่น ในขั้นเริ่มต้น นำการสรุปความมาใช้เพื่อทบทวนการบำบัดครั้งที่แล้ว ในขั้นดำเนินการบำบัด ใช้ในการช่วยสรุปเชื่อมโยง เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและในช่วงสิ้นสุดการให้บริการ ใช้ทักษะการสรุปความก่อนสิ้นสุดบริการทั้งนี้อาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้สรุปความก็ได้

2.1.8 ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังการบำบัด ทุก 6 เดือนต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี เพื่อศึกษาว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เคยลดลงในระดับปกติ เริ่มเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในเดือนใด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการบำบัด เพื่อกระตุ้น เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย

2.1.9 เครื่องมือประเมิน

1) ความเหมาะสมของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า TDI มีจำนวนข้อมากเกินไป สำหรับผู้ที่มีการศึกษา สามารถตอบแบบประเมินด้วยตนเองได้จะไม่เกิดปัญหา แต่ผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้ต้องใช้เวลาในการประเมินภาวะซึมเศร้าแต่ละคนประมาณ 20-40 นาที อาจไม่สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ในกลุ่มการศึกษาน้อย สำหรับผลดีของแบบประเมินนี้พบว่า ผลการประเมินที่ได้สามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

2) เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการบำบัด การฝึกทักษะการใช้แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง (Mini-Mental State Examination หรือ MMSE) เพิ่มเติมเมื่อใช้เครื่องมือนี้ประเมินแล้วถ้าไม่พบความผิดปกติก็ให้การบำบัดได้ จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่ได้ถูกละเลยหรือเสียโอกาสในการบำบัด

3) การประเมินสมรรถนะของพยาบาลผ่านการสอนงานโดยการฟังการบันทึกเทป เป็นสิ่งที่ดีแต่ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยก่อน ผลการฟังการบันทึกเทปพบว่า ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจกระบวนการบำบัดที่เกิดขึ้น ตลอดจนทักษะในการบำบัดของพยาบาล ว่ามีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร ช่วยในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลได้เป็นอย่างดี จากนั้นจะสอนงาน ภายหลังการฟังการบันทึกเทปทันที เป็นการสะท้อนกลับการบำบัดที่เกิดขึ้น และสิ่งที่พยาบาลต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อการบำบัดที่ดียิ่งขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อนุญาตหรือมีปัญหาในการบันทึกเทป (บันทึกเทปแล้วไม่มีเสียง เสียงไม่ชัดเจน) ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์กระบวนการบำบัด ทักษะและให้พยาบาลสะท้อนกลับด้วยตนเอง และศึกษาจากแบบบันทึกความคิดผิดปกติ แบบบันทึกการรายงานการบำบัดด้วย CBT หรือให้พยาบาลเขียนบทสนทนาภายหลังการบำบัด และนำมาพิจารณาไปด้วย

2.1.10 การสอนงานบันทึกการรายงานการบำบัด

1) การบันทึกขณะบำบัด เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และอารมณ์ความรู้สึกได้ ให้พยาบาลบันทึกในแบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ พร้อมให้ผู้ป่วยให้คะแนนความคิด ความรู้สึกด้วย เมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีเหตุผล และมีอารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ในทางที่ดีขึ้น ก็ให้บันทึกเช่นกันพร้อมให้คะแนนด้วย เพื่อเปรียบเทียบและสรุปให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่าง ความก้าวหน้าในการปรับแนวคิดเดิมซึ่งเป็นเชิงลบให้กลายเป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น มีผลในทางที่ดีในการดำรงชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเอง

2) การบันทึกภายหลังการบำบัด การบันทึกการรายงานการให้การบำบัดด้วย CBT ภายหลังการบำบัด เนื่องจากเนื้อหาสาระในการบำบัดแต่ละครั้งค่อนข้างมาก จึงควรบันทึกทันทีหลังการบำบัดเรียบร้อยแล้วในแต่ละครั้ง

2.1.11 การบูรณาการงานสุขภาพจิตผนวกกับงานประจำ จากการติดตามเยี่ยมและสอนงานการบำบัดด้วย CBT พบว่าคลินิกส่วนใหญ่จะนัดผู้ป่วยมารับบริการทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้งเพื่อรับการตรวจ ก่อนจ่ายยาให้ไปรับประทานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน การจัดให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบมีอาการซึมเศร้า ก็ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้า และหากพบว่ามีความเสี่ยงระดับอ่อนขึ้นไป ก็ให้การบำบัดด้วย CBT การนัดหมายอาจนัดหมายพบกันเดือนละ 1-2 ครั้งขึ้นกับความรุนแรงของอาการ โดยนัดมารับบริการที่คลินิก หรือถามความพร้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย หากอาการไม่รุนแรงมากอาจนัดเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเอื้อประโยชน์แก่ผู้ป่วยทำให้ไม่เสียเวลาหรือเสียรายได้ในการมารับบริการบ่อยครั้ง หากผู้ป่วยไม่พร้อมมารับบริการตามนัด การให้บริการขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านก็เป็นอีกหนทางหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการบำบัด

2.1.12 คำพูดที่ใช้แทนคำศัพท์เทคนิคต่างๆ ที่ได้ เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจยิ่งขึ้น เป็นคำพูดที่พบจากคำศัพท์ มีดังนี้

1) ความคิดอัตโนมัติ พบว่าถ้าใช้ประโยคว่า ความคิดแว็บแรก หรือความคิดที่แล่นเข้ามาโดยไม่ทันยังคิดทำให้ตนเองเกิดอารมณ์ไม่ดี ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจได้ดีกว่า

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้คำว่าแบบประเมินภาวะเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทุกข์ใจ

3) การบำบัด ควรเปลี่ยนเป็นคำว่า การให้การปรึกษา ไม่ควรใช้การบำบัดเพราะไปซ้ำกับการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเข้าใจผิดไม่ยอมรับการบำบัดได้

4) การปรับแนวคิดและพฤติกรรม เปลี่ยนเป็นการปรับความคิดใหม่ เพื่อให้จิตใจดีสบายใจขึ้น หรือการปรับความคิดเพื่อชีวิตมีความสุข

สรุป การที่พยาบาลที่ได้รับการสอนงาน สามารถนำความรู้และทักษะในการบำบัดด้วย CBT ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้เป็นอย่างดี การฝึกทักษะให้พยาบาลมีความสามารถดังกล่าวคงใช้วิธีการอบรมโดยทั่วไปไม่ได้ การใช้กระบวนการสอนงานซึ่งประกอบด้วยกรอบเชิงปฏิบัติการ การมอบหมายงานให้ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ผู้สอนงานเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง และกำหนดให้พยาบาลส่งเทปบันทึกเสียงการบำบัด และผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงเพื่อวิเคราะห์เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน สรุปนำเสนอต่อการประชุมประเมินผลการบำบัด เดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 เดือน ช่วยให้พยาบาลที่ได้รับการสอนงานเกิดความมั่นใจในการนำไปบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT ต่อไปในอนาคต

2.2 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานศึกษาต่อไป

2.2.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ CBT ในผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะโรคต่างๆ และพิสูจน์ประสิทธิผลโดยการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

2.2.2 การกระตุ้นการบำบัด (Booster session) ศึกษาต่อไปว่าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการบำบัดด้วย CBT เมื่อยุติบริการไปแล้ว ทุก 6 เดือน ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดซ้ำ และควรดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งควรได้รับยาอย่างน้อย 6 เดือน แต่ถ้ามีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) คือมีอาการต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ปี (สุรพล วีระศิริ, 2547; Kaplan & Sadock, 1998) ทั้งนี้เพื่อช่วยบำบัดไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้า หรือเป็นโรคซึมเศร้าภายหลัง อย่างไรก็ตามควรทำการศึกษาวิจัยต่อไปด้วยว่าได้ผลอย่างไร

2.2.3 ทำการศึกษาต่อเนื่องต่อไปว่าเมื่อครบ 1 ปี ในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดครบ 6 ครั้ง ควรศึกษาต่อไปว่ามีการดำเนินของโรคเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ตามมาหรือไม่ มีปัจจัยใดสนับสนุนให้เกิดโรค หรือปัจจัยใดเป็นปัจจัยปกป้อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. มหันตภัยโรคซึมเศร้ามาแรงสู่วิถีชีวิต. เข้าถึงได้ที่ <http://www.thaihealth.or.th/node/11305> [16 พฤศจิกายน 2552]
- _____. รายงานสรุปแบบแผนการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง: กรมสุขภาพจิต
 รง 506. DS. เข้าถึงได้ที่ <http://www.depressionthai.com/> [16 พฤศจิกายน 2552]
- _____. สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
- ชนิตร์สรณ์ ตรีวิทยานุกูล. นิยามธุรกิจ: การบริหารทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- ณัฐทิพร ชัยประทาน. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด
 และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกฝนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. รายงานการศึกษา
 อีสารปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2540). แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตแบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรค
 ซึมเศร้าในประเทศไทย. Journal Medical Association Thai 2540; 80(10): 647-57.
- _____. โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2542.
- ทวี ตั้งเสรี. การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD - 10. นครพนม: โรงพยาบาลจิต
 เวชนครพนม; 2541.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณกิตติวัฒนากุล, ทศนีย์กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชริน หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์,
 ไพโรจน์ ปรัญญกุล. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น:
 พระธรรมชนน; 2546.
- ธวัชชัย วรพงษ์, วงเดือน ปันดี และสมพร เจริญชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความ
 ซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).
 วารสารจิตวิทยาคลินิก 2533; 21(2): 25-45.
- นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร, มาลี นิสสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล (อัดสำเนา).
 ม.ป.ท.; 2526.
- พูนศรี รัชชัย. ความผิดปกติทางอารมณ์. ใน ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล
 และเดชา ปิยะวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์.
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546:193-94.
- มานิช หล่อตระกูล. (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์.
 นนทบุรี: เริดิเอชั่น; 2544.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 2542; 20(1): 17-9.
- _____. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(4): 235-46.
- ยุทธนา อดาสกุลมณี. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 23(2): 114-23.
- ยุพาพัทธ์ รักษ์เมธีวงศ์. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
- รณชัย คงสกรณ์, วีระเดช วีรพงศ์เศรษฐ์, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีณท์พลาซ่า กรุงเทพฯ; 2548: 176.
- วัชณี หัตถพนม. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคนมิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
- สมภพ เรืองตระกูล. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
- สุจิตรา กฤติยารรณ. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
- สุชาติ พหลภาคย์. Cognitive therapy. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

- สรยุทธ วาลิกนันท์. กลุ่มโรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี (บรรณาธิการ). การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
- สุรพล วีระศิริ. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders). ใน พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะ ประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2547.
- สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (บรรณาธิการ). ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสูงระบบบริการที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2545.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(1): 2-13.
- เอื้อมเดือน เนตรแหม. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
- Alberta Government. The coaching process. Retrieved from <http://www.pao.gov.ab.ca/Toolkit/coaching/the-coaching-process.htm>. [2004 Mar 5]
- American University of Beirut Medical Center. Nursing services. Retrieved from <http://nursingservice-lb.aub.edu.lb/users/subpage.asp?id=72>. [2006 May 5]
- Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorder. New York: International Universities Press; 1976.
- _____. Beck Depression Inventory. New York: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Javanovich; 1987.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
- Beck, J. S. Cognitive therapy : basic and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
- Bount, A. Consulting for integrated primary care. Department of Family Medicine and Counseling Health. Retrieved from <http://www.integratedprimaryare.com/consulting>. [2006 Jan 2]
- Boyce, P.M., Talley, N.J., Balaam, B., Koloski, N.A., & Truman, G. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. The American Journal of Gastroenterology 2003; 98 (10): 2209-18.

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. The empirical status of cognitive behavioral therapy : a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006; 26(1): 17-31.
- Byrne, R., Craske, G., Stein, B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Wayne Katon, W. & et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 290-98.
- Chapman, A. Life coaching and personal coaching. Retrieved from <http://www.businessballs.com/lifecoaching.htm>. [2004 May 5]
- Downey, M. Effective coaching. London: Orion Business Book; 1999.
- Dryden, J. New exploration into mind body connections: cognitive behavior therapy helps control depression and blood glucose in patients with diabetes. Retrieved from <http://record.wustl.edu/archive/1998/10-29-98/articles/diabetes.html>. [2006 Jan 23]
- Ever, A.W., Kraaimaat, F.W., Riel, P.L., & Jong, A.J. Tailored cognitive behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: randomized controlled trial. *Pain* 2001; 100: 141-53.
- Fadwa, A.A. Advanced nursing practice. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 816-20.
- Finkelman, A.W. Leadership and management in nursing. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
- Ginsberg, G., & Mark, I. Cost and benefits of behavioral psychotherapy : a pilot study of neurotics treated by nurse therapists. *Psychol Med* 1977; 7: 685.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., & Short, N. Cognitive behavioral therapy in mental health care. London : Sage; 2004.
- Hamric, A., Spross, J., & Hanson, C. Advanced practice nursing. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.
- Joanne, V.H., Ouimette, R.M., Venegoni, S.L. Advanced practice nursing: changing roles and clinical applications. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- John, W. Coaching for performance. Retrieved from <http://www.luc.edu/schools/nursing/perceptor/6 A.pdf>. [1998 May 5]
- Joyce, B.S. Cognitive therapy. In Lego, S. (Eds). *Psychiatric nursing a comprehensive reference*. Pennsylvania: Lippincott-raven Publishers; 1996: 121-28.

- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
- King, M., Davidson, O., Taylor, F., Haines, A., Sharp, D., & Turner, R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression : randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 20 (324): 947-50.
- Kolcaba, K. Holistic comfort : operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science* 1992; 15(1): 1-10.
- Lang, N., & Marek, K. Outcomes that reflect clinical practices. In *Patient outcomes research examining the effectiveness of nursing practice*. Rockville : National Institutes of Health; 1992: 27-38.
- Lewinsohn, P.M., Monoz, R.E., Youngren, M.A., & Zeiss, A.M. *Control your depression*. London: Prentice – Hall; 1978.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., & Clouse, R.E. (). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613-621.
- McCrone, P., Knapp, M., & Proudfoot, J. Cost-effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 55-62.
- National Institute on Drug Abuse. Behavioral therapies development program. Retrieved from <http://www.nida.nih.gov>. [2003 Jan 20]
- Naylor, M., Munro, B., & Broton, D. Measuring the effectiveness of nursing practice. *Clinical Nurse Specialist* 1991; 5: 210-5.
- Online Psychological Services. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Retrieved from <http://www.psychology.net/or/major.html>. [2004 Jan 8]
- Park, M., Yong, M.N., Lim, K.B., & Lee, H.J. Cognitive behavioral therapy in chronic low back pain, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; 84(9): 25.
- Patricia, S.Y.W. *Leading and managing in nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2007.
- Peplau, H. Quality of life : an interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly* 1994; 7(1): 10-5.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D.A., Goldberg, D., Mann, A. & et al. Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 46-54.

- Schechter, L.E., Ring, R.H., Beyer, C.E., Hughes, Z.A., Khawaja, X., Malberg, J.E. and et al. Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: current and future strategies. *NeuroRx* 2005; 2(4): 590-611
- Schnell, E.R. A case study of executive coaching as a support mechanism during organizational growth and evolution. *Consulting Psychology Journal: Practice and research* 2005; 57(1): 41-56.
- Schoener, E.P., Madeja, C.L., & Handerson M.J. Effect of motivational interviewing training on mental health therapist behavior. *Drug and Alcohol Dependence* 2006; 82(3): 269-75.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C.R., & Allard, S. A blind, randomized, control trial of cognitive behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis : preventing psychological and physical morbidity. *Pain* 2001; 89: 275-83.
- Spielberger, C.D. STAI Manual. California: Consulting Psychologists Press; 1970.
- Spielberger, C.D. The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Emotion*; 1975: 713-25.
- Stuart, G.W. Cognitive behavioral therapy. In Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (Eds.). *Principle and practices of psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1998: 641-56.
- _____. Cognitive behavioral treatment strategies. In stuart, G.W., & Laraia, M.T. (Eds). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St.Louis: Elsevier Mosby; 2005: 654-67.
- Thase, M.E., Friedman, E.S., Berman, S.R., Fasiczka, A.L., Lis, J.A., Howland, R.H. & et al. Is cognitive behavior therapy just a nonspecific intervention for depression: a retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo. *Journal of Affective Disorders* 2000; 57: 63-71.
- The Joanna Briggs Institute. Best practice: evidence based practice information sheets for health professionals. 1999; 3(2): 1-6.
- Townsend, M.C. *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. 4th ed. Philadelphia. F.A.: Davis; 2003.
- Turner, J.A., Manel, L., & Aaron L.A. Short-and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patient with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized controlled trial. *Pain* 2006; 121(3): 181-94.
- Umiker, W. *Management skill for the new health care supervisor*. 3rd ed. Maryland: Aspen Publishers, Gaithersburg; 1998.

- University of Birmingham. Cognitive behavior therapy courses. Department of Primary Care and General Practice. Retrieved from http://pepoh.bham.ac.uk/primary_care/research/mental-health/CBT-IPC.htm. [2003 Jan 20]
- Van, H.G. Expert coaching : continuing education for the 21st century. INFI Newsletter 1999; 1: 10-2.
- World Health Organization. Depression. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. [2006 Apr 4]
- Wright, J.H., & Beck, A.T. Cognitive therapy. In Hales, R. (Eds.). Textbook of psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995: 1011-38.
- Zung, W.K. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- . Zung Depression Inventory. Retrieved from <http://www.wellbutrinsr.com/hep/graphics/zung.pdf>. [2003 Sep 9]

ภาคผนวก

- ก. แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล เรื่อง การปรับแนวคิดและพฤติกรรม
บำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง
- ข. คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล เรื่อง การปรับแนวคิด
และพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง
- ค. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ
- ง. คู่มือสำหรับผู้รับบริการ เรื่อง ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข

ภาคผนวก ก

แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล เรื่อง การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด
เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล
เรื่อง การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด
เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

เวลา ว.ด.ป.	8.30-9.00	9.00-9.30	9.30-12.00	12.00-13.00	13.00-14.30	14.30-16.30	
วันที่ 1	- ลงทะเบียน - ทำ Pre-test	กลุ่มสัมพันธ์	ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน	ระ เห อ ห น แ ะ ก ร บ ห ุ	หลักการบำบัดด้วย CBT	การค้นหาความคิดอัตโนมัติ	
วันที่ 2	9.00-9.15	9.15-12.00			13.00-14.30	14.30-16.00	
	การสรุปการเรียนรู้โดยผู้เข้าอบรม	ทักษะการบำบัดด้วย CBT และการฝึกปฏิบัติ			16.00-16.30		
					การฝึกปฏิบัติ การบำบัดด้วย CBT (ต่อ)	การมอบหมายงานการฝึกทักษะ CBT ภายหลังการอบรม	
						- Post-test - ปิดการอบรม	

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มช่วงเช้า เวลา 10.30-10.45 ช่วงบ่าย เวลา 14.30-14.45 น.

แผนการสอนที่ 1
เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน
เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถ

1. บอกถึงความหมายของภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการและการรักษาได้
2. บอกถึงวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) ได้

สาระสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด อาจแสดงออกในรูปของอาการผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก และความผิดปกติด้านร่างกาย พฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักมีความคิดบิดเบือน ใน 3 เรื่อง คือ การมองตนเอง มองคนรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ประการ คือ สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม สาเหตุทางชีววิทยา สาเหตุทางพันธุศาสตร์ ในด้านอาการอาจแบ่งอาการของภาวะซึมเศร้าออกเป็นความผิดปกติใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ในการประเมินว่าบุคคลใดมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ มีวิธีการใหญ่ๆ 2 วิธี คือ การตรวจสภาพจิต (Mental status examination) และการใช้แบบประเมินหรือคัดกรอง ซึ่งแบบหลัง การนำมาใช้ก็ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และความยากง่ายของเครื่องมือว่าเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาหรือไม่

กิจกรรมการเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง • ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยการถามผู้เข้าอบรมว่า เคยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ จากสาเหตุอะไร และมีอาการเป็นอย่างไร โดยสุ่มถามผู้เข้าอบรม 5-6 คน วิทยากรเขียนคำตอบลงบนกระดาน - สรุปโยงเข้าสู่เรื่องที่จะแบ่งกลุ่ม	- กระดาษ - ปากกา - เครื่องฉายกระดาน
• สะท้อนความคิดและอภิปราย กลุ่มละ 5-10 คน (35 นาที)	- แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นตามใบกิจกรรม - ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานกลุ่มๆ ละ 5 นาที - วิทยากรสรุปเชื่อมโยงผลงานกลุ่มสู่การบรรยายเพิ่มเติม	- ใบกิจกรรมที่ 1 - กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉายกระดาน - ใบความรู้ที่ 1
2. ขั้นลงมือกระทำ • ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (45 นาที)	- วิทยากรบรรยายวิธีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI) ให้ทุกคนเข้าใจที่ละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจความหมาย หรืออาจมีปัญหากับภาษาท้องถิ่น - ให้ผู้เข้าอบรมดูวีดิทัศน์การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ใน 3 แบบ - อภิปราย ซักถาม	- คู่มือการอบรม - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI) - วีดิทัศน์วิธีการประเมิน
• ประยุกต์แนวคิด กลุ่ม 3 คน (45 นาที)	- ให้ผู้เข้าอบรม ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่เป็นโรคซึมเศร้า ณ ดิक्ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามใบกิจกรรมที่ 2 - ภายหลังสิ้นสุดการประเมินภาวะซึมเศร้า วิทยากรสอบถามผู้เข้าอบรมถึงผลการฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้อภิปราย ซักถาม - วิทยากรสรุปเนื้อหา ผลการปฏิบัติเชื่อมโยงกับใบความรู้ทั้งหมด	- ใบกิจกรรมที่ 2 - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI) - กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉายกระดาน

การประเมินผล

1. การสังเกตจากความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. การซักถาม อภิปราย และการนำเสนอผลงานกลุ่ม
3. จากการฝึกการสัมภาษณ์แบบประเมิน TDI
4. จากการทำแบบทดสอบ ก่อนและหลังการอบรม

ใบกิจกรรมที่ 1

แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มอภิปราย และแสดงความคิดเห็นในเรื่อง (กลุ่ม 1-2 อภิปรายในข้อ 1, 2, 3 กลุ่มที่ 3 อภิปรายในข้อ 4, 5, 6)

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า
2. สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า
3. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
4. มีวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการใดบ้าง
5. การบำบัดรักษา
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างไร

ให้เวลาในการทำกลุ่ม 20 นาที นำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

หมายเหตุ การแบ่งจำนวนกลุ่มว่าควรมีจำนวนเท่าใด และรับผิดชอบหัวข้อใด ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม

ใบความรู้ที่ 1

ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าที่เป็นติดต่อกัน ยืงนานก็มักพบอาการร่วมได้บ่อย เช่น ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร เบื่อที่จะพบคนอื่นๆ เบื่อชีวิต เชื่องซึม เป็นต้น ในช่วงเวลาที่เกิดกลุ่มอาการนี้เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญ คือ มีอึดมโนทัศน์ในทางลบ ดำหนดตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกและสิ่งแวดล้อม อนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) หรือเรียกว่า ความคิดที่บิดเบือน 3 ประการ

สาเหตุ ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม เช่น การมีปัญหาชีวิตอย่างรุนแรง และเรื้อรัง มีบุคลิกภาพที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ที่อยู่ในภาวะหมดกำลังใจ ไม่สู้หรือไม่เคยได้รับ

คำชมเชย หรือไม่เคยประสบความสำเร็จใดๆ เลย อารมณ์เศร้าเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือน 3 ประการดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ ยังมีบุคลิกภาพบางอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกภาพอื่น ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ย่ำแย่ย่ำคิด บุคลิกภาพที่เรียกร้องความสนใจ

2. สาเหตุทางชีววิทยา เกิดจากสารสื่อประสาทในสมอง มีความผิดปกติโดยเฉพาะ Serotonin ลดลงจากเดิมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. สาเหตุทางพันธุศาสตร์ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้ในญาติสายตรงร้อยละ 20-25 และเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ของบุตรจากพ่อแม่ที่ป่วยถึงร้อยละ 50

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการแสดง ซึ่งจะประกอบด้วยความผิดปกติใน 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ร้องไห้ง่าย อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ไม่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น

2. ด้านความคิด มีการประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มีความคิดบิดเบือน 3 ประการ มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน รู้สึกเหนื่อยหน่าย ต้องการหลบเลี่ยง แยกตัวออกจากสังคม ต้องการที่จะตาย

4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง มีปัญหาในการนอน นอนไม่หลับ หลับยาก หรือตื่นเช้าผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติของร่างกาย

ภาวะซึมเศร้ากับโรคซึมเศร้า

Townsend (2003) ได้กล่าวถึงกระบวนการของภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ (process to depressive disorders) ในการปฏิบัติการพยาบาลว่า อาการของภาวะซึมเศร้าสามารถมองตามความต่อเนื่องตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจากช่วงเวลาหนึ่งไปสู่ช่วงเวลาหนึ่ง ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าที่เกิดชั่วคราว (Transient depression) ในแต่ละวันเมื่อพบกับความผิดหวังในชีวิต ตัวอย่าง เช่น การสอบตก ออกจากคนรัก เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวของภาวะซึมเศร้าจะมีอาการรุนแรงเฉียบพลันหรือไม่ขึ้นกับแต่ละบุคคล ว่ามีผลกระทบต่อนเป้าหมายและความสำเร็จต่างๆ ของชีวิตอย่างไร

2. ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (Mild depression) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการกระตุ้นจากกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งเป็นการตอบสนองจากภาวะสูญเสียที่กระทบต่อคุณค่าของชีวิต การสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของรัก เพื่อน บ้านที่อยู่อาศัย หรือ บุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ

ถ้าบุคคลสามารถผ่านระยะต่างๆ ของการเศร้าโศก (stage of grief) ไม่ได้ ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น อาการต่างๆ จะดีขึ้น การดำรงชีวิตประจำวันจะกลับมาเป็นเช่นเดิมภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ แต่ถ้ากระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้นใช้ระยะเวลานาน หรือ มีความรุนแรงมากขึ้น อาการต่างๆ ยิ่งรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

3. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) เกิดขึ้นเมื่อความเศร้าโศกมีระยะเวลานานหรือทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น บุคคลจะเกิดปัดติดในระยะของความโกรธ (anger stage) ในการตอบสนองความเศร้าโศกนั้น และความรู้สึกโกรธนี้จะย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง และบุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้โดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ Dysthymic disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้าปานกลาง

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าระดับปานกลาง บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจแสดงให้เห็นการสูญเสียการติดต่อกับโลกตามความเป็นจริง ระดับนี้เกี่ยวข้องกับการขาดความยินดีกับกิจกรรมทั้งหมด และมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติ Major depressive disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดังภาพที่ 1

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

ภาพที่ 1 ความต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้า (A continuum of depression)

ในทางจิตเวชศาสตร์ ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ เช่นกันทั้ง 3 ระดับอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า คือ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และ รุนแรง โดยต้องมีระยะเวลาของอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตามยังมีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มที่มีอาการระยะเวลานานเป็นปี และบางครั้งนานเกือบตลอดชีวิตเรียกว่ามีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง เรียกว่า Dysthymia

การบำบัดรักษา

1. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการให้การปรึกษาตามปัญหา
2. การรักษาด้วยยา โดยให้ยาแก้มือเศร้า ปกติได้ผลหลังให้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์
3. การทำครอบครัวบำบัด หากพบว่าภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว
4. การทำจิตบำบัดแบบการปรับแนวคิดและพฤติกรรม

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ความเชื่อมโยงระหว่างโรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากเป็น 3 เท่าของประชากรทั่วไป สำหรับในต่างประเทศก็มีการศึกษา พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.0 ถ้าสำรวจโดยการประเมินด้วยแบบสอบถามด้วยการประเมินตนเอง และพบความชุกร้อยละ 11.0 ถ้าใช้ Standardized diagnostic interview

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทำให้ฮอร์โมนและสารสื่อประสาทในสมองลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามากๆ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายได้ง่าย ได้แก่ โรคหัวใจ พยาธิสภาพต่อตา ไต ระบบประสาท ระบบหลอดเลือด เป็นต้น การเกิดโรคแทรกซ้อน ก็ยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งแย่ลงอีกด้วย ฉะนั้น การบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยให้ลดลง นอกจากช่วยในเรื่องภาวะซึมเศร้าให้มีอาการดีขึ้นแล้วยังช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นด้วย รวมทั้งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคทางกายของผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วย

การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินด้วยวิธีการ

1. การตรวจสภาพจิต (Mental status examination) ซึ่งจะไม่กล่าวถึงรายละเอียดในการอบรมนี้

2. การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในโครงการนี้จะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) มีทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยถ้าตอบ

ข้อ ก	เท่ากับ	3	คะแนน
ข	เท่ากับ	2	คะแนน
ค	เท่ากับ	1	คะแนน
ง	เท่ากับ	0	คะแนน

วิทยากรร่วมกันอ่านและทำความเข้าใจรายข้อกับผู้เข้าอบรม

คำถามที่อาจพบปัญหาได้ ได้แก่ ข้อ 14 เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางเพศอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายเป็นโสด บางรายหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่เพราะสามีไปทำงานอยู่ต่างประเทศ เมื่อถามคำถามข้อนี้ผู้ป่วยอาจตอบว่าไม่มีปัญหาเพราะไม่ได้อยู่ด้วยกัน หรือยังไม่แต่งงาน อาจทำความเข้าใจใหม่กับผู้ป่วยว่า “ความสนใจทางเพศที่จะถามในเรื่องนี้ขอให้เปรียบเทียบกับความรู้สึกของตนเอง 2-3 เดือนก่อนหน้านี้ กับปัจจุบันว่าแตกต่างจากเดิมหรือไม่” จากนั้นค่อยเริ่มอ่านข้อ ก, ข, ค, ง ให้ฟังอีกครั้ง

ข้อ 16 เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อว่าคุณเองมีโรคทางร่างกายแน่ วิธีแยกว่าผู้ป่วยมีอาการข้อนี้จริงไหม จะต้องเป็นโรคที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

อย่างไรก็ตามการสอบถามผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าว่ามีอาการเป็นอย่างไรบ้าง ต้องอยู่บนพื้นฐานของ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล สถานที่ที่เป็นส่วนตัว ผู้ป่วยจึง จะเกิดความไว้วางใจพยาบาล และบอกข้อมูลรายละเอียดได้ตรงกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากที่สุด นอกจากนี้หากผู้ป่วยยังมีภารกิจส่วนตัวไม่พร้อมให้พยาบาลทำการประเมิน หากพยาบาลยังคง ยืนยันขอประเมินภาวะซึมเศร้าเช่นเดิม อาจมีผลกระทบต่อคำตอบและผลรวมของคะแนนตลอดจน การแปลผลได้ นอกจากนี้การใช้ภาษาท้องถิ่นสอบถามผู้ป่วยก็จะช่วยให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและ พยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดี และช่วยให้ได้คำตอบที่ตรงตามจริงมากขึ้น

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือได้คงไม่มีปัญหา แต่ถ้าเป็นกรณี ที่อ่านหนังสือไม่ได้สามารถใช่วิธีการประเมินใน 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 อ่านหนังสือไม่ได้แต่จำคำถามได้ดี พยาบาลใช้วิธีการอ่านให้ผู้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ผู้ป่วย เลือกคำตอบเมื่ออ่านจบตั้งแต่ ก, ข, ค ถึง ง ถ้าผู้ป่วยไม่แน่ใจคำตอบระหว่าง 2 ตัว เลือกที่ใกล้เคียงกัน ก็สามารถอ่านเปรียบเทียบให้ผู้ผู้ป่วยเลือกได้ เมื่อได้คำตอบให้อ่านคำตอบที่ได้ให้ผู้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง

แบบที่ 2 อ่านหนังสือไม่ได้แต่จำคำถามไม่ค่อยได้ พยาบาลใช้วิธีอ่านคำถามในข้อย่อย ก-ง แต่ให้อ่านทีละข้อและถามผู้ป่วยว่ามีอาการข้อนี้หรือไม่ ในข้อย่อยแต่ละข้อ กรณีไม่แน่ใจระหว่าง ข้อย่อย ก - ง พยาบาลอ่านเปรียบเทียบให้ผู้ผู้ป่วยฟังอีกได้ และให้ผู้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ

แบบที่ 3 อ่านหนังสือได้บ้างแต่ค่อนข้างช้า พยาบาลให้ผู้ผู้ป่วยถือแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าอ่านร่วมด้วย ในขณะที่พยาบาลอ่านคำถามแต่ละข้อย่อยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกเช่นเดียวกับแบบที่ 2

การแปลผล โดยการรวมคะแนนรายข้อ เป็นผลรวมของคะแนนทั้งหมดซึ่งมีความหมาย ดังนี้

0 – 20 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21 – 25 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนหรือเล็กน้อย
26 – 34 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
35 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ใบกิจกรรมที่ 2

ให้ผู้เข้าอบรมทุกคน ฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) โดยจับคู่กัน และสลับกันเป็นผู้สัมภาษณ์ และผู้รับบริการ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20 นาที หลังจากนั้นให้ สรุปผลการฝึกปฏิบัตินำเสนอต่อที่ประชุม

อย่างไรก็ตามการสอบถามผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าว่ามีอาการเป็นอย่างไรบ้าง ต้องอยู่บนพื้นฐานของ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล สถานที่ที่เป็นส่วนตัว ผู้ป่วยจึง จะเกิดความไว้วางใจพยาบาล และบอกข้อมูลรายละเอียดได้ตรงกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มาก ที่สุด นอกจากนี้หากผู้ป่วยยังมีธุรกิจส่วนตัวไม่พร้อมให้พยาบาลทำการประเมิน หากพยาบาลยังคง ยืนยันขอประเมินภาวะซึมเศร้าเช่นเดิม อาจมีผลกระทบต่อการตอบและผลรวมของคะแนนตลอดจน การแปลผลได้ นอกจากนี้การใช้ภาษาท้องถิ่นสอบถามผู้ป่วยก็จะช่วยให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและ พยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดี และช่วยให้ได้คำตอบที่ตรงตามจริงมากขึ้น

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือได้คงไม่มีปัญหา แต่ถ้าเป็นกรณี ที่อ่านหนังสือไม่ได้สามารถใช้วิธีการประเมินใน 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 อ่านหนังสือไม่ได้แต่จำคำถามได้ดี พยาบาลใช้วิธีการอ่านให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วย เลือกคำตอบเมื่ออ่านจบตั้งแต่ ก, ข, ค ถึง ง ถ้าผู้ป่วยไม่แน่ใจคำตอบระหว่าง 2 ตัว เลือกที่ใกล้เคียงกัน ก็สามารถอ่านเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเลือกได้ เมื่อได้คำตอบให้อ่านคำตอบที่ได้ให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง

แบบที่ 2 อ่านหนังสือไม่ได้แต่จำคำถามไม่ค่อยได้ พยาบาลใช้วิธีอ่านคำถามในข้อย่อย ก-ง แต่ให้อ่านทีละข้อและถามผู้ป่วยว่ามีอาการข้อนี้หรือไม่มี ในข้อย่อยแต่ละข้อ กรณีไม่แน่ใจระหว่าง ข้อย่อย ก - ง พยาบาลอ่านเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยฟังอีกได้ และให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ

แบบที่ 3 อ่านหนังสือได้บ้างแต่ค่อนข้างช้า พยาบาลให้ผู้ป่วยถือแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าอ่านร่วมด้วย ในขณะที่พยาบาลอ่านคำถามแต่ละข้อย่อยให้ผู้ป่วยเลือกเช่นเดียวกับแบบที่ 2

การแปลผล โดยการรวมคะแนนรายข้อ เป็นผลรวมของคะแนนทั้งหมดซึ่งมีความหมาย ดังนี้

0 – 20 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21 – 25 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนหรือเล็กน้อย
26 – 34 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
35 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ใบกิจกรรมที่ 2

ให้ผู้เข้าอบรมทุกคน ฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) โดยจับคู่กัน และสลับกันเป็นผู้สัมภาษณ์ และผู้รับบริการ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20 นาที หลังจากนั้นให้ สรุปผลการฝึกปฏิบัตินำเสนอต่อที่ประชุม

แผนการสอนที่ 2

เรื่อง หลักการบำบัดด้วย CBT

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถ

1. บอกถึงความหมาย วัตถุประสงค์ และหลักการบำบัดด้วย CBT ได้
2. บอกถึงกรอบแนวคิดในการบำบัดด้วย CBT ได้

สาระสำคัญ

จิตบำบัดแบบการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) เป็นการบำบัดทางความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรา มีอิทธิพลมาจากความคิด การบำบัดโดยการปรับมุมมองความคิด ในการมองปัญหา สถานการณ์เสียใหม่ จะช่วยให้อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม วัตถุประสงค์สำคัญของการบำบัดด้วย CBT จึงมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ไปในแนวทางที่เหมาะสม จะช่วยลดอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

หลักการที่สำคัญของการบำบัดทางความคิด ต้องเข้าใจวิธีคิดและแบบแผนความคิดของผู้ป่วย เน้นความร่วมมือกันทั้งผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดต้องมีคุณสมบัติของผู้ให้การรักษาที่ดีเป็นพื้นฐาน การบำบัดเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความเชื่อที่ทำให้ตนเองทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันไม่ได้ และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อนั้น ซึ่งจะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยประเภทใด

กรอบแนวคิดในการบำบัดด้วย CBT คือ เน้นการหาวิธีคิดและแบบแผนความคิดของผู้ป่วย การเข้าใจวิธีคิด และแบบแผนความคิด ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมการเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
• ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที) • ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (50 นาที) • สะท้อนความคิด และอภิปราย กลุ่มละ 5-7 คน (20 นาที) • ประยุกต์แนวคิด (ให้จับกลุ่มเดิม) (10 นาที)	- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยการถามผู้เข้าอบรมว่า เคยมีความรู้เรื่อง CBT หรือไม่ มีหลักการที่สำคัญอย่างไร สุ่มถามผู้เข้าอบรม 4-5 คน เขียนคำตอบลงบนกระดาน - วิทยากรสรุปโยงเข้าสู่เรื่องที่จะบรรยาย - วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ - เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมอภิปราย ชักถาม - แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นตามใบกิจกรรม - วิทยากรสุ่มถาม 1 กลุ่มให้นำเสนอผลงานกลุ่ม และเปิดโอกาสให้กลุ่มที่มีความคิดเห็นแตกต่างนำเสนอ และอภิปราย ชักถาม - วิทยากรบรรยายเพิ่มเติมและสรุปซ้ำในประเด็นสำคัญ - ให้ผู้เข้าอบรมภายในกลุ่มตอบคำถามว่า จากความรู้ที่ได้ จะนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่นได้อย่างไร - วิทยากรสรุปจากผู้เข้าอบรม เชื่อมโยงกับใบความรู้	- กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉาย กระดาน - ใบความรู้ที่ 1 - เครื่องฉาย กระดาน - ใบกิจกรรมที่ 1 - กระดาษ/ปากกา เครื่องฉาย กระดาน - ใบความรู้ที่ 2 - กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉาย กระดาน

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. การชักถาม อภิปราย และการนำเสนอผลงานกลุ่ม
3. การประยุกต์แนวคิดที่ได้ปรับใช้กับตนเองและผู้อื่น
4. จากการทำแบบทดสอบ ก่อน-หลังการอบรม

ใบความรู้ที่ 1

ความหมายของ CBT

เป็นการบำบัดความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษา จะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์แย่ลง ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการรักษา

เพื่อค้นหาความคิดด้านลบ และเปลี่ยนความคิดด้านลบเป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น ในระยะแรกของแนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อระบุและเปลี่ยนความคิดด้านลบเพื่อลดอาการของผู้ป่วย ส่วนในระยะต่อมามีเป้าหมายเพื่อปรับความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

หลักการของการบำบัดทางความคิด

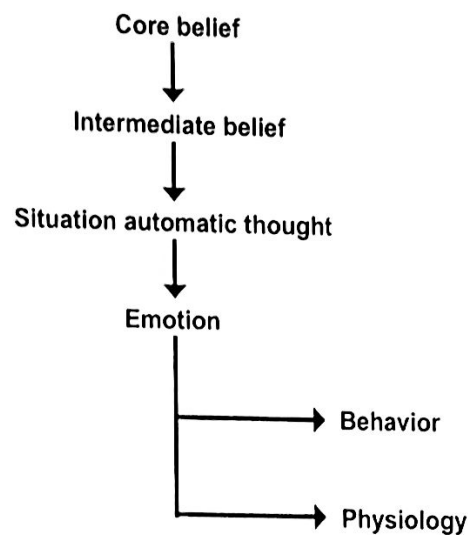
1. พยายามเข้าใจวิธีการคิด (formulation) และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในแง่ความคิด
2. ต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่สามารถให้การปรึกษาโดยการสร้างความร่วมมือในการบำบัด โดยผู้บำบัดต้องมีคุณสมบัติของการให้การปรึกษาที่ดี
3. เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมโดยตรงทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
4. การรักษา มีจุดมุ่งหมายที่การแก้ไขปัญหาในการพบกับผู้ป่วยครั้งแรก จึงเป็นการประเมินว่ามีกี่ปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมาย
5. เน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเน้นที่เหตุการณ์ สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจโดยเฉพาะ
6. การบำบัดแบบนี้ เหมือนกับการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะเป็นได้เป็นผู้บำบัดตนเอง จะเน้นการป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และกระบวนการรักษาจะเป็นอย่างไร
7. การบำบัดทางความคิด จะจัดเวลาในการบำบัดผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ด้วยวิธีนี้ 4-14 ครั้ง ผู้รักษาพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากจะพบกันบ่อยขึ้น
8. การบำบัดทางความคิด มีโครงสร้างการทำงานในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย การตรวจสอบอาการ (ยกตัวอย่างอารมณ์) สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ ร่วมกันกำหนดเรื่องที่จะสนทนา

- การให้การบ้าน ก่อนจบแต่ละครั้งต้องมีการสะท้อนกลับ (feedback) ทุกครั้ง
9. การบำบัดทางความคิด โยนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความเชื่อที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้ให้พบและประเมินความคิด ความเชื่อนั้น และตรวจสอบพฤติกรรมที่เราตอบสนองต่อความคิด ความเชื่อนั้น
 10. การบำบัดทางความคิดเป็นการเปลี่ยนแปลงการคิด อารมณ์ และวิธีต่างๆ หลายวิธี ขึ้นกับเราจะเลือกวิธีใด เหมาะสมกับผู้ป่วยประเภทใด และวัตถุประสงค์ของการบำบัดนั้นๆ

กรอบแนวคิดในการบำบัดด้วย CBT

กรอบแนวคิดการบำบัดโดยใช้ CBT เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดเข้าใจวิธีการคิดของผู้ป่วยก่อนการบำบัดรักษา ประกอบด้วย

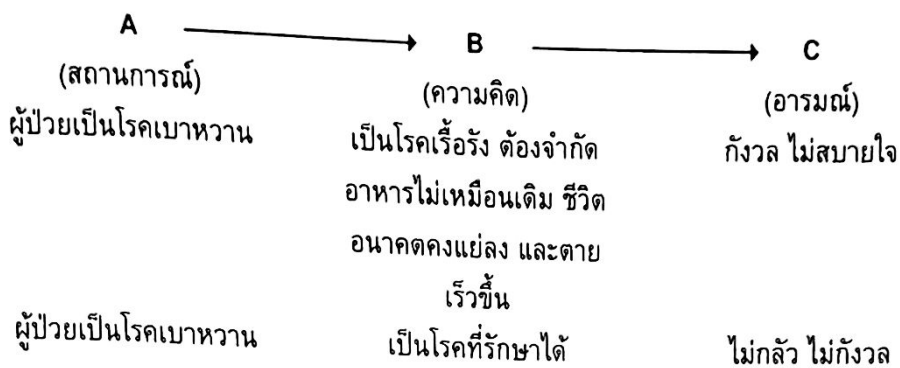
1. การค้นหาวิธีการคิดและแบบแผนความคิดของผู้ป่วย (formulate case) ทั้งความคิดอัตโนมัติ และแบบแผนความคิดเชิงลบ โดยต้องทราบผู้ป่วยวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร ปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยคืออะไร พัฒนาขึ้นมาได้อย่างไร คงอยู่ได้อย่างไร
2. การทำความเข้าใจวิธีการ ความเชื่อที่ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยผิดปกติไปจากเดิม (Dysfunctional Thought and Dysfunctional Belief) ที่เกิดร่วมกับปัญหานี้ และนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเชื่อ ความคิดที่นำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

สำหรับความคิดอัตโนมัติและแบบแผนความคิดด้านลบ จะอธิบายรายละเอียดในแผนการตอนที่ 3 ต่อไป

3. การสอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม โดยใช้วิธีการดังนี้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นที่ A (Activating event) ผู้ป่วยจะเกิดความคิดและความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งเป็น B (Belief) ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมต่างๆ เกิด C (Emotional consequence) ตามมา



เมื่อพิจารณาระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์ อธิบายได้ว่า

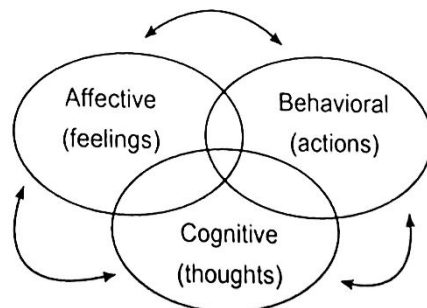
อารมณ์มีอิทธิพลต่อความคิด

ความคิดมีอิทธิพลต่อการกระทำ

การกระทำมีอิทธิพลต่อความรู้สึก

ในการประเมินแต่ละด้านจึงมีความสำคัญในการเข้าใจปัญหาและทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

ประเด็นอื่นๆ ที่ควรพิจารณาในกระบวนการประเมิน คือ ปัญหาที่แสดงออกมาควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้



ภาพที่ 3 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์ (Interaction system in human behavior)

4. การบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม จากตัวอย่างในข้อ 3 เพียงปรับความคิดและมุมมองปัญหาเสียใหม่ อารมณ์ ความรู้สึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทันที สำหรับการคิดทั้ง 2 แบบข้างต้น ผู้บำบัดต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาหลักฐานเพื่อสนับสนุนความคิดดังกล่าวด้วย เพราะบางครั้งเป็นความเชื่อ และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง

ใบความรู้ที่ 2

ความแตกต่างระหว่าง Counseling และการบำบัดด้วย CBT

Counseling	CBT
ความหมาย การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ในการสำรวจปัญหา สาเหตุความต้องการ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา โดยอิงตามศักยภาพของผู้รับบริการ หลักการ เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ โดยเน้นความร่วมมือในการค้นหาปัญหา สัมพันธภาพ ที่ดีต่อกันยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเน้นปัญหาที่เป็นปัจจุบัน และผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระบวนการให้การปรึกษา แบ่งออกเป็น 4 ระยะ 1. การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ 2. การสำรวจปัญหา ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ 3. การวางแผนแก้ไขปัญหา 4. การยุติบริการ	ความหมาย การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประเมินความคิดดังกล่าว และตอบสนองต่อสถานการณ์ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หลักการ สร้างความร่วมมือในการบำบัด พยายามค้นหาและเข้าใจวิธีการคิดของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ ทำให้ตนเองทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้ และประเมินความคิด ความเชื่อ ตรวจสอบอารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดความเชื่อนั้น ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ การบำบัดนี้เน้นการสอนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดแก่ตนเอง กระบวนการบำบัด แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

Counseling

CBT

ทักษะที่ใช้ในการปรึกษา ประกอบด้วย การถาม ฟัง ทวนความ สะท้อนความรู้สึก เจียบ สรุป ปรึกษา ร่วมกับทักษะเฉพาะของ CBT เพิ่มขึ้น
 ความ การให้ข้อมูล คำแนะนำ การให้กำลังใจ จากเดิม
 และการพิจารณาทางเลือก

จำนวนครั้งในการให้การปรึกษา ไม่แน่นอน ขึ้นกับปัญหา อาจพบกันเพียงครั้งเดียวแล้วยุติ บริการก็ได้ หรือนัดหมายอีกหลายครั้งถ้ามีปัญหา ซ้ำซ้อน
 จำนวนครั้งในการบำบัด จำนวน 4-14 ครั้ง หรืออาจมากกว่านี้ขึ้นกับความซับซ้อนของปัญหา มีการนัดหมายห่างกันอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หรือระยะห่างกว่านี้ขึ้นกับอาการผู้ป่วยมีการ มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปทำและติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ใบกิจกรรมที่ 1

แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นและอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้

จงบอกถึงความแตกต่างระหว่างการให้การปรึกษา (counseling) และการบำบัดด้วยการปรับ
 แนวคิดและพฤติกรรม

แผนการสอนที่ 3
เรื่อง การค้นหาความคิดอัตโนมัติ
เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถ

1. บอกถึงความหมาย ของความคิดอัตโนมัติ หรือความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)
2. ค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเองและของผู้อื่นได้

สาระสำคัญ

การค้นหาความคิดอัตโนมัติ เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดด้วย CBT เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่รู้ตัวว่า เกิดความคิดนี้กับตนเอง เป็นความคิดค่อนข้างไม่มีเหตุผล บิดเบือนไม่เป็นความจริง ทั้งนี้ อาจเกิดจากพยาธิสภาพของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น การค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมได้ ซึ่งนำไปสู่การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมต่อไป

กิจกรรมการเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
1 ชั่วโมงครึ่งเห็นจริง • ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยสรุปเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในช่วงที่ผ่านมา ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร - วิทยากรถามผู้เข้าอบรมว่า “ท่านเคยมีประสบการณ์ที่คิดแล้วรู้สึกทุกข์ใจในเรื่องใดบ้าง และมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมอย่างไร” สุ่มถาม 3-5 คน เขียนลงในกระดาษ - วิทยากรถามต่อไปว่า “เคยมีบ้างไหมที่มีเหตุการณ์มากระทบ และเกิดอารมณ์ความรู้สึกทันทีและตอบโต้ออกไป โดยไม่รู้ตัว” ให้ยกตัวอย่างให้เพื่อนๆ ฟัง โดยสุ่มถาม 3-5 คน จากนั้นเขียนลงในกระดาษ	- กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉาย - กระดาษ - กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉาย - กระดาษ

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
• ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (40 นาที)	- วิทยากรสรุปเชื่อมโยงจากกระดานที่เขียนไว้สู่การบรรยายตามใบความรู้ เปิดโอกาสให้อภิปรายซักถาม กรณีมีข้อสงสัย - ให้อบรมดู วีดิทัศน์ ถึงวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนจากวีดิทัศน์ โดยวิทยากรสุ่มถามจากกลุ่มใหญ่ 3-5 คน ถึงวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ค้นหาความคิดที่บิดเบือน ตลอดจนการมองตนเอง มองโลก และอนาคตในด้านลบ (cognitive triad)	- ใบความรู้ที่ 1 - วีดิทัศน์ ชีวิตนางผี
2. ขั้นลงมือกระทำ • ประยุกต์แนวคิด กลุ่ม 3 คน (30 นาที)	- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมทดลองฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยการแบ่งกลุ่มๆ ละ 3 คน - สุ่มถามผู้เข้าอบรม 4-5 กลุ่ม ถึงผลการฝึกปฏิบัติ - อภิปราย ซักถาม - วิทยากรเขียนลงบนกระดานในประเด็นสำคัญและอธิบายเพิ่มเติม - วิทยากรสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ จากนั้นถามความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้นในแต่ละกลุ่มโดยบันทึกลงในแบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ	- ใบกิจกรรมที่ 1 - กระดาษ/ปากกา - เครื่องฉายกระดาน
• สะท้อนความคิด อภิปราย กลุ่มเดิม (15 นาที)	- วิทยากรแบ่งกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม - สุ่มตัวแทน 3 กลุ่ม นำเสนอและให้กลุ่มที่มีความคิดเห็นแตกต่างนำเสนอเพิ่มเติม - เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมซักถาม - วิทยากรสรุป	- ใบกิจกรรมที่ 2
• ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (5 นาที)	- วิทยากรมอบหมายการบ้านให้ผู้เข้าอบรมค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างน้อย 1 เหตุการณ์และเขียนลงในแบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (ลงเฉพาะช่อง 1-3) นำมาส่งวิทยากรในวันรุ่งขึ้น	- แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ

การประเมินผล

1. สังเกตจากความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. ผลการฝึกปฏิบัติการค้นหาความคิดอัตโนมัติ
3. จากใบการบ้านที่นำมาส่งวิทยากรในวันรุ่งขึ้น

ใบความรู้ที่ 1

ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผล ไม่เป็นความจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error หรือ Cognitive distortion) สำหรับความคิดที่บิดเบือนที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. การตีตราตนเอง (Labeling) คือการบอกหรือตอกย้ำหรือคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี เป็นการตอกย้ำในทางลบ
2. การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยขาดหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune-telling)
3. ความเชื่อในผลลัพธ์บางสิ่งบางอย่าง หรือการมองเหตุการณ์ การมองบุคคลไปในทางร้าย หรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
4. การยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปว่านักเรียนเพื่อการสอนของตนทั้งๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีท่าที เบื่อหน่าย
5. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/minimization)
6. คิดว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism)
7. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
8. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization)
9. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking)
10. การอ่านใจผู้อื่น (Mind reading) ในแง่ลบโดยไม่มีเหตุผลมาสนับสนุน

วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติ คือการใช้คำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุปของความคิดผู้ป่วย

1. วิธีการค้นหาโดยใช้ทักษะในชั่วโมงการบำบัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติดของตนได้ชัดเจน ทักษะนี้เรียกว่า การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery)

การค้นหา ความคิดอัตโนมัติส่วนใหญ่จะใช้คำถามปลายเปิด คำถามมาตรฐานในการค้นหาความคิดอัตโนมัติ คือ "อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจขณะนั้น" หรือ

- 1.1 ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามนี้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยสังเกตเห็นสีหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนไปหรือสีหน้าแสดงอารมณ์รุนแรงขึ้น

- 1.2 ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออธิบายช่วงที่อารมณ์เปลี่ยนแปลง แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

- 1.3 ถ้าจำเป็นให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา บรรยายให้ชัดเจนเหมือนกับกำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

1.4 ถ้าจำเป็นให้เล่นตามบทที่สมมติขึ้น (role play) โดยเล่นเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่เป็
นปัญหาแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

นอกจากวิธีการดังกล่าวข้างต้น จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา ได้ใช้ทักษะพื้นฐานของ
การให้การปรึกษาค้นหาความคิดอัตโนมัติ ก็ได้ผลดีเช่นกัน โดยใช้คำถามปลายเปิด ทวนความ
สะท้อนความรู้สึก และสรุปความ ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบรรยายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ
ไม่สบายใจ โดยใช้เทคนิคพื้นฐานของการให้การปรึกษา

2. เมื่อได้เหตุการณ์ และความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์แล้วให้สรุปความให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อ
ตรวจสอบว่าตรงกับที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังหรือไม่

3. จากนั้นใช้คำถามปลายเปิดว่า “ที่คุณรู้สึก.....ขณะนั้นคุณคิดอะไรอยู่” หรือ “คุณคิด
อย่างไรถึงทำให้คุณมีความรู้สึกอย่างนั้น”

4. สรุปความเชื่อมโยง A-B-C เพื่อตรวจสอบกับผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่

2. การค้นหาโดยใช้แบบฟอร์มร่วมด้วย

ในการที่จะเข้าใจความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ อารมณ์ และพฤติกรรม
ที่เกิดขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ หรือสถานการณ์มากระทบ และพิจารณาว่า ขณะนั้น ตนเองคิดอะไรอยู่
ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ แบบบันทึกนี้เรียกว่า แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ
(Recording dysfunctional thought)

ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้น และให้ ค่าคะแนน ความรุนแรง ของความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่เกิดขึ้น และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล และให้ค่าคะแนน ความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่ เกิดขึ้นใหม่ และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน

การใส่คะแนนจะเกิดผลดี คือ เมื่อผู้ป่วยปรับความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นเดิม เป็นความคิดใหม่
ที่เหมาะสม จะเห็นการพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น ทั้งความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม โดยดูจาก
คะแนนที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

ใบกิจกรรมที่ 1

แบ่งกลุ่มๆ ละ 3 คน โดย A เป็นผู้ป่วย B เป็นผู้ให้บริการ C เป็นผู้สังเกตการณ์ ให้ทำกิจกรรม
ดังนี้

ให้สมมติบทบาท A เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามานาน 3 ปี และเป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี ชื่อ
นางสมใจ อายุ 50 ปี รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับโรคที่เป็นอยู่ ขณะนี้มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ
ตื่นบ่อย กลางคืนนอนได้ประมาณ 3-4 ชั่วโมง มีอาการมา 3 สัปดาห์ โดย 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
บุตรชายมาขโมยเงินไปดาวน์รถ เพื่อเอารถไปวิ่ง 2 แถว และนางสมใจ ใจอ่อนให้บุตรชายไป 5 หมื่น
ผู้ป่วยคิดมาก ถ้าลูกไม่เอาเงินมาคืนตนเอง จะไม่มีเงินสำหรับรักษาตัว และใช้จ่ายยามฉุกเฉิน
อาจทำให้เจ็บป่วยหนักถึงแก่ชีวิตเร็วขึ้น

ให้ B สมมติบทบาทเป็นผู้ให้บริการ ใช้วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยสามารถบอกถึง
เหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของนางสมใจได้ภายหลัง
การฝึกปฏิบัติ

ให้ C เป็นผู้สังเกตการณ์การใช้ทักษะของ B ว่าใช้ทักษะได้เหมาะสมหรือไม่ ได้ค้นพบ
ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการหรือทักษะอะไร ผู้ป่วย
มีความคิดบิดเบือนแบบใด

ให้เวลาในการฝึกปฏิบัติ 20 นาที โดยบอกโจทย์ให้กับผู้ให้บริการและผู้สังเกตการณ์เฉพาะ
ที่ตัวอักษรเน้นคำ

ใบกิจกรรมที่ 2

ให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความคิดเห็นตามประเด็นต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติจากการฝึกทักษะง่ายหรือยากในการนำไปปฏิบัติจริง
(พร้อมบอกเหตุผลด้วย)
2. ให้เขียน A-B-C จากการฝึกทักษะ และรูปแบบความคิดที่บิดเบือนด้วย พร้อมเหตุผล
3. ผู้ป่วยรายนี้มี Cognitive triad หรือไม่ พร้อมอธิบาย
4. ปัญหา อุปสรรคในการฝึกทักษะนี้

แผนการสอนที่ 4
เรื่อง ทักษะการบำบัดด้วย CBT
เวลา 4 ชั่วโมง

จุดประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถ

1. บอกถึงขั้นตอนและเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วย CBT ได้
2. สามารถให้การบำบัดด้วย CBT ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

สาระสำคัญ

การบำบัดด้วย CBT แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า อาจแบ่งขั้นตอนการบำบัดออกเป็น 5 ระยะ คือ 1) การเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด 2) การค้นหาความคิดทางลบ 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม 4) การปรับแนวคิด พฤติกรรม 5) เตรียมสิ้นสุดบริการ

นอกจากขั้นตอนที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้บำบัดต้องมีทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษา เพื่อสามารถต่อยอดในการใช้ทักษะในการบำบัดด้วย CBT ได้ สำหรับทักษะที่เพิ่มขึ้นจากเดิม เป็นทักษะที่คัดสรรว่ามีการใช้บ่อยๆ และได้ผลดีในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ Socialization, Normalization, Guide discovery, A-B-C technique, Evidence counter evidence Alternative, Behavioral reattribution, Homework, Task assignments, Feedback เป็นต้นซึ่งทักษะเหล่านี้ ผู้บำบัดต้องมีการฝึกทักษะให้มีความชำนาญ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแนวคิดและพฤติกรรม ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง และสามารถกลับไปทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง • ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยเชื่อมโยงจากการสรุปการเรียนรู้ของผู้เข้าอบรมในช่วงที่ผ่านมา - วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ท่านปรับความคิดที่มองเหตุการณ์จากเชิงลบ กลายเป็นเชิงบวกในเรื่องใดบ้าง (ยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ผ่านมา) - วิทยากรเขียนความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมลงบนกระดาน และเชื่อมโยงสู่การบรรยาย	- กระดาน/ปากกา - กระดาน/ปากกา - เครื่องฉายกระดาน - ใบความรู้ที่ 1
• ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (70 นาที)	- วิทยากรบรรยายขั้นตอนและทักษะในการบำบัดด้วย CBT - วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมดู วีดิทัศน์ และสังเกตขั้นตอนและทักษะที่ใช้ในวีดิทัศน์ (โดยก่อนชมวีดิทัศน์แบ่งกลุ่มและอธิบายใบกิจกรรมที่ 1 ก่อน)	- ใบความรู้ที่ 1 - วีดิทัศน์
• สะท้อนความคิด อภิปราย กลุ่ม 6-7 คน (30 นาที)	- แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม และทำงานกลุ่มตามใบกิจกรรม นำเสนอผลงานกลุ่ม 1 กลุ่มและเปิดโอกาสให้กลุ่มที่มีความคิดเห็นแตกต่างนำเสนอ - วิทยากรสรุปขั้นตอน และทักษะที่สำคัญในการบำบัดด้วย CBT	- ใบกิจกรรมที่ 1 - กระดาน/ปากกา - เครื่องฉายกระดาน
2. ขั้นลงมือกระทำ • ประยุกต์แนวคิด กลุ่ม 3 คน (110 นาที)	- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ตามใบกิจกรรมที่ 2 - สุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงผลการฝึกปฏิบัติว่าเป็นอย่างไร	- ใบกิจกรรมที่ 2
• ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (20 นาที)	- วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรม เพื่อประเมินผลการฝึกปฏิบัติในภาพรวมทั้ง 2 วัน ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางแก้ไข - วิทยากรสรุป	- ใบความรู้ที่ 1

การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. จากการนำเสนอผลงานกลุ่ม และการอภิปราย ชักถาม
3. ผลการฝึกทักษะจากกรณีตัวอย่าง และการประเมินผลโดยการฝึกทักษะภายในกลุ่ม

ใบความรู้ที่ 1 ขั้นตอนและทักษะในการบำบัดด้วย CBT

1. ขั้นตอนในการบำบัดด้วย CBT แบ่งออกเป็น 5 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด ในระยะนี้จะมีเป้าหมายในเรื่อง

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ คงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.2 การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ สถานการณ์
- 1.3 การให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงรูปแบบการบำบัดทางความคิด (cognitive model) จะดำเนินไปเช่นใด
- 1.4 ให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ว่าสามารถเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่วไป
- 1.5 การกำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษาร่วมกัน

ระยะที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) ในระยะนี้ มีเป้าหมายในเรื่อง

- 2.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ
- 2.2 ร่วมมือกับผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior) โดยมีเป้าหมายในเรื่อง

- 3.1 ให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
- 3.2 การหาหลักฐาน เพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ตลอดจนการลงมือปฏิบัติการบางอย่าง เพื่อให้ได้เหตุผลสนับสนุนความคิด ความเชื่อนั้นว่าเป็นความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่เป็นจริง

ระยะที่ 4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavioral restructuring) ในระยะนี้ เน้นการปรับเปลี่ยนแนวคิด และพฤติกรรมในแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีเป้าหมายดังนี้

- 4.1 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเอง โดยการคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน
- 4.2 ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองปัญหาเดิมเสียใหม่
- 4.3 ใช้เทคนิคของ cognitive และ behavior

4.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

4.5 ลดอาการป่วยของผู้ป่วย

ระยะที่ 5 ระยะสุดท้าย (End stage) หรือระยะเตรียมสิ้นสุดบริการ ในระยะนี้ มีเป้าหมาย
เพื่อ

5.1 เตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้รักษาดตนเอง

5.2 ให้ผู้ป่วยระบุถึงความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม โดย
เปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มต้นบำบัด เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน

2. ทักษะของ CBT

2.1 ทักษะทั่วไป

2.1.1 การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) หมายถึง การกำหนดการบำบัด
ในแต่ละครั้งว่าจะดำเนินการในเรื่องอะไรบ้าง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบำบัด
ช่วยให้การใช้เวลาในการบำบัดดำเนินการอย่างเหมาะสม

2.1.2 การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง
ที่ให้การบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการรักษา

2.1.3 การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นการนำไปสู่การค้นพบความคิด
อัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นความคิด ความเชื่อที่ผิดปกติของตนเองได้อย่างชัดเจน

2.2 ทักษะเฉพาะ

2.2.1 การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จัก
Cognitive model และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่า การบำบัดจะดำเนินการ
ไปอย่างไร

2.2.2 การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่า อาการต่างๆ
ที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

2.2.3 การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ (A-B-C Technique)
เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดย

A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)

B คือ ความเชื่อหรือความคิด (Belief)

C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequence)

โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น
แล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง

2.2.4 การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence-counter evidence technique
หรือ ECET) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ

ที่มาสับสนุน หรือคัดค้านความคิดนั้นๆ

2.2.5 การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

2.2.6 การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique หรือ BRT) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยลงมือกระทำหรือปฏิบัติเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิด ความเชื่อนั้นๆ

2.2.7 การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนการรับรู้หรือความคิดของผู้ป่วย เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม

2.2.8 การวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์ มีแต่โทษต่อร่างกาย จิตใจและการทำหน้าที่ในสังคม

2.2.9 การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) เป็นทักษะที่ฝึกให้ผู้ป่วยเตือนตนเองให้หยุดคิดในแง่ไม่ดีกับตนเอง อาจใช้ยางรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้ยางติดจูนรู้สึกเจ็บเพื่อกระตุ้นเตือนตนเอง

2.2.10 การมอบหมายงาน (Task assignments) เป็นการมอบหมายงานโดยเฉพาะให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ใช้ในกรณีผู้ป่วยคิดฟุ้งซ่านวนเวียนเกี่ยวกับตนเองตลอดเวลา การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีสมาธิอยู่ทำงาน เป็นต้น

2.2.11 การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัดและเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาตนเองเพื่อการบำบัดที่ดีขึ้น

2.2.12 การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งในการพบกัน ผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

นอกจากทักษะดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีทักษะพื้นฐานที่ใช้ในการให้การปรึกษาร่วมด้วย เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การถาม การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การเจียบ ร่วมด้วย

แนวทางในการนัดหมายผู้รับบริการ สำหรับการบำบัดด้วย CBT แบบประยุกต์นี้จะทำการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง โดย 2 ครั้งแรก ดำเนินการในสัปดาห์แรกห่างกันอย่างน้อย 3 วัน สัปดาห์

ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากนั้นเว้นระยะห่าง 1 เดือน เพื่อให้ผู้รับบริการฝึกการบำบัดด้วยตนเอง และมาพบผู้ให้การบำบัดอีก 1 ครั้งเพื่อประเมินผลการรักษาก่อนยุติบริการ

ใบกิจกรรมที่ 1

ภายหลังจากผู้อบรมดู วิดีทัศน์จบลง (ชี้แจงใบกิจกรรมที่ 1 ก่อนดูวิดีโอ) แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้อภิปรายในประเด็น

1. ทักษะ CBT ที่ใช้มีอะไรบ้าง พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของทักษะนั้นๆ
2. ความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย มีหรือไม่ เรื่องอะไร มีอารมณ์ และพฤติกรรมที่ตามมาจากความคิดนั้นอย่างไร
3. แบบแผนความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยคืออะไร
4. Cognitive triad ของผู้ป่วยรายนี้มีเรื่องอะไรบ้าง อธิบาย
5. ผู้ป่วยมีการปรับความคิดใหม่เป็นอย่างไร อารมณ์ พฤติกรรมเป็นอย่างไร
6. ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษามีทักษะอะไรบ้าง พร้อมยกตัวอย่างคำพูด

ใบกิจกรรมที่ 2

ฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยคนที่ 1

ให้แบ่งกลุ่ม 3 คน

คนที่ 1 สมมติบทบาทเป็นผู้บำบัด โดยให้การบำบัดผู้ป่วยด้วย CBT

ผู้ป่วยชื่อ นางสาว สุข อายุ 52 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ มีบุตร 3 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวานมา 5 ปี รู้สึกเบื่อหน่าย ห่อหุ้มกับโรคที่เป็นอยู่ ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ในแต่ละเดือนจะอยู่ในระดับ 160-170 mg /dl. ทั้งๆ ที่ 3 เดือนก่อนหน้านี้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้โดยอยู่ในระดับ 110 mg/dl. จากการประเมินภาวะซึมเศร้า มีคะแนน 32 คะแนน (การพบกันครั้งนี้ของผู้บำบัดเป็นการพบกันครั้งที่ 2)

คนที่ 2 เป็นผู้สังเกตการณ์ โดยสังเกตขั้นตอนการบำบัด และทักษะต่างๆ ที่ใช้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ให้ข้อเสนอแนะทั้งจุดเด่น จุดอ่อนและการปรับปรุงแก้ไข

คนที่ 3 สมมติบทบาทเป็นผู้ป่วย

ผู้ป่วยชื่อ นางสาว สุข อายุ 52 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ มีบุตร 3 คน บุตรชายคนโตอายุ 30 ปี แต่งงานแยกครัวเรือนไปแล้ว คนที่สองเป็นบุตรชาย อายุ 28 ปี แต่งงานแยกครัวเรือนไปเช่นกัน ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่กับสามีและบุตรสาว อายุ 25 ปี แต่บุตรสาวเพิ่งแต่งงานเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว และแยกครัวเรือนไปอยู่กับสามี แต่อยู่ในบ้านละแวกเดียวกัน ไม่ไกล

จากบ้านผู้ป่วย ในอดีตผู้ป่วยจะไปสถานีนอนมัย เพื่อตรวจน้ำตาลในเลือดทุกเดือน และรับยามากินอย่างต่อเนื่อง โดยบุตรสาวเป็นคนรับผิดชอบพาไป และดูแลผู้ป่วยทุกอย่าง ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ห่อหุ้มกับโรคที่เป็นอยู่ รับประทานอาหารได้น้อย และไม่ควบคุมประเภทอาหารที่รับประทาน นอนไม่ค่อยหลับ นิ่งซึมเฉย ไม่อยากคุยกับใคร ผู้ป่วยมีความคิดว่า ไม่มีใครรักตนเอง เบื่อที่ตนเองเป็นโรคเบาหวาน เป็นภาระที่ต้องดูแล แม้แต่ลูกสาวที่คิดว่าเข้าใจตนที่สุด ก็เบียดเบียน จนย้ายบ้านหนีไปอยู่กับสามี ทั้งๆ ที่น่าจะอยู่กับตนเอง เพราะตนเองป่วย (ในความเป็นจริงบ้านสามีบุตรสาวมีร้านขายของชำ ซึ่งต้องการให้บุตรสาวไปดูแลกิจการ และสามีบุตรสาวต้องขับรถรับส่งของขายในหมู่บ้าน และจะแวะมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง เช้า เย็น และทุกครั้งที่ผู้ป่วยโทรศัพท์ไปหา ต้องการความช่วยเหลือบุตรสาวจะมาหาผู้ป่วยทันที) ผู้ป่วยกังวลว่าตนเองจะเจ็บป่วยหนัก เพราะไปเยี่ยมเพื่อนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานด้วยกัน เริ่มมีอาการตาฝ้าฟาง มองไม่ชัด เพราะเบาหวานขึ้นตา

สำหรับสามีผู้ป่วย อายุ 62 ปี เป็นข้าราชการบำนาญ มีเงินเดือนๆ ละ ประมาณ 10,000 บาท ซึ่งเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว สามีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างการรักษาเช่นกัน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสามีดี แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยอยากกรบถวน เพราะเห็นว่าต่างก็เจ็บป่วยด้วยกัน

ฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยคนที่ 2 (ผู้บำบัดไม่ควรเป็นคนเดิม)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย นางสาว สม อายุ 55 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ มีบุตร 2 คน นางสาวป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน 6 ปี รู้สึกเศร้าซึม เหนง กังวลใจ นอนไม่หลับ ไม่อยากพูดคุยกับใครอยากนั่งเฉยๆ ไม่อยากทำอะไร มีอาการมา 1 เดือน จากการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ 30 คะแนน

ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย บุตร 2 คน แต่งงานแยกครัวเรือนไปแล้วไปทำงานที่กรุงเทพแต่บุตรสาวคนที่ 2 มีบุตรสาว 1 คน อายุ 16 ปี ได้นำมาฝาก นางสาวเลี้ยงตั้งแต่อายุ 6 ปี เพื่อเข้าโรงเรียนเรียนหนังสือในหมู่บ้าน ในปีนี้หลานสาวชื่อ พรทิพย์ สอบเข้าโรงเรียนที่มีชื่อเสียงในตัวเมืองได้ และต้องไปเช่าหอพักอยู่กับเพื่อนๆ ในเมือง เพื่อเรียนมัธยมปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 4) ผู้ป่วยคิดว่าอาจเกิดอันตรายต่อหลาน เช่น คบเพื่อนไม่ดี พาใจแตก หรือติดเกมส์ หรืออาจถูกชักจูงในทางที่ไม่ดีทำให้เสียอนาคต เนื่องจากต้องไปอยู่ในเมือง เพราะเดิมเคยอยู่กับตนเองตลอด และรู้สึกเหงา ซึม เพราะเคยอยู่ด้วยกันเกือบ 10 ปี (หลาน พรทิพย์ โทรศัพท์มาหาทุกคืนและเล่าการดำรงชีวิตในเมืองให้ผู้ป่วยฟังเสมอ ตลอดจนเสาร์ - อาทิตย์ ถ้าไม่มีงานกลุ่มกับเพื่อนก็จะกลับมาหายาย เดือนละ 1-2 ครั้ง) ปัจจุบันนางสาวอาศัยอยู่กับสามีซึ่งมีอาชีพทำนา รายได้ครอบครัวเพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน สำหรับการรับยารักษาโรคจิตเภท นางสาวจะรับยา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ยกเว้นช่วงอาการมากจะถูกส่งต่อมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่ไม่เคย admitted

หมายเหตุ การพบกันครั้งนี้ของผู้บำบัดเป็นครั้งที่ 3

ฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT

ผู้ป่วยคนที่ 3

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชื่อ สมชาย อายุ 32 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ปีที่ 6 อาชีพ ทำนา ภูมิลำเนา อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

การวินิจฉัยโรค Severe depression episode with psychotic symptom

อาการสำคัญ เครียดเรื่องภรรยาจะขอหย่า และพาลูกหนีไปอยู่กรุงเทพฯ บ่นอยากตาย ร้องไห้ บอกว่า ไม่มีคนรักตนเอง มีอาการมากมา 3 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เครียดเรื่องภรรยาหนี บอกตนเองไม่มีคนรัก บ่นอยากตาย จะกินยาฆ่าตัวตาย ญาติช่วยไว้ทัน (ผู้ป่วยเคยมีประวัติรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่ปีที่แล้ว แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง)

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่นอน กระวนกระวาย นอนกลิ้งตามพื้น พูดไม่รู้เรื่อง ถามไม่ตอบ การประเมินระดับความซึมเศร้า ด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) คะแนนรวมทั้งหมด 33 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

วันที่พบผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการซึมเฉย แยกตัว ไม่พูดคุยกับคนอื่น ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ปฏิเสธการเจ็บป่วย กลางคืนไม่นอน นั่งซึมอยู่คนเดียว ไม่สนใจรับประทานอาหาร ผู้บำบัดพยายามสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุย และดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น (หลังเข้ารับการรักษา 10 วัน) เริ่มนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดผู้ป่วย และชี้แจงถึงหลักการ และความสำคัญของการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ได้ประเมินคุณสมบัติเพื่อเข้าร่วมโครงการโดยแบบวัดความซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และไม่มีภาวะบกพร่องในการรับรู้ (การพบกันครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4)

สมชาย แต่งงานมีครอบครัวแล้ว และมีบุตร 1 คน อายุ 6 ปี ภายในครอบครัวรักใคร่กันดี แต่ภรรยาหมักหมมให้ผู้ป่วยฟังเสมอว่า อยากมีบ้านเป็นของตนเอง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา มาดาผู้ป่วย และมีน้องผู้ป่วยอีก 2 คน ภรรยาอยากแยกครัวเรือนไปอยู่ที่อื่น เพราะมักมีเรื่องทะเลาะกับมารดา ผู้ป่วยบ่นๆ เรื่องการเป็นสะใภ้ที่ติดต้องดูแลพ่อแม่ และน้องๆ ของสามี ทั้งเรื่องอาหารการกิน เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม แต่ผู้ป่วยขอให้ภรรยาอดทน เพราะไม่ต้องลำบากหาที่อยู่อาศัยใหม่ ภรรยาอาชีพรับจ้าง อายุ 30 ปี เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมย้ายออกไป ภรรยาจะขอหย่า หรือไม่อย่างนั้นก็จะไปทำงานกรุงเทพฯ และนำลูกไปด้วย เนื่องจากมีญาติที่นั่น และทำงานโรงงาน

แผนการสอนที่ 5
เรื่อง การมอบหมายงานการฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ภายหลังการอบรม
เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถ

1. บอกถึงการปฏิบัติงานการฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ในหน่วยงานของตนเอง ภายหลังการอบรมได้

2. บอกถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขได้

สาระสำคัญ

ในการปฏิบัติงานตามโครงการ การพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย นอกจากพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการบำบัด ขั้นตอนการบำบัด เทคนิคที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงกรอบแนวทางการบำบัดในภาพรวม การมอบหมายงานให้พยาบาลไปปฏิบัติงานการบำบัดด้วย CBT อย่างชัดเจน ตลอดจนแนวทางการติดตามผลการดำเนินงาน ทั้งในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมในหน่วยงาน และการนัดหมายประชุมประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งนี้ เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานตามโครงการประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

กิจกรรมการเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/ เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
• ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยสุ่มถามจากผู้เข้าอบรมว่าเกือบ 2 วันที่ผ่านมาได้เรียนรู้อะไรบ้าง โดยถามจากผู้เข้าอบรม 3-4 คน - เขียนคำตอบลงบนกระดาน และอธิบายเชื่อมโยงสู่การบรรยาย การมอบหมายงานการบำบัดด้วย CBT ภายหลังการอบรม	- กระดาน/ ปากกา เครื่องฉายกระดาน
• ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (30 นาที)	- บรรยาย - เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมอภิปราย ชักถาม	- ใบความรู้ที่ 1 - คู่มือการฝึกอบรม
• สะท้อนความคิด และอภิปราย แบ่งกลุ่ม 5-10 คน (30 นาที)	- วิทยากรแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม - วิทยากรให้ทุกกลุ่มนำเสนอผลงานกลุ่ม - อภิปราย ชักถาม วิทยากรและผู้เข้าอบรมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข	- ใบกิจกรรมที่ 1 - กระดาน/ปากกา เครื่องฉายกระดาน
• การประยุกต์ แนวคิด กลุ่มใหญ่ (5 นาที)	- สุ่มถามผู้เข้าอบรม 3-4 คน ถึงแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยงานตนเอง - วิทยากรสรุปผลการอบรมทั้งหมด - นัดหมายการประชุมหลังการอบรม	

การประเมินผล

1. การสังเกตจากความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. การชักถาม อภิปราย และการนำเสนอผลงานกลุ่ม
3. จากการร่วมกันแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้นในการนำ CBT ไปปฏิบัติ
4. จากการทำแบบทดสอบ ก่อนและหลังการอบรม

ใบความรู้ 1

การมอบหมายงานการบำบัดด้วย CBT ภายหลังการอบรม

1. ภาพรวมของการบำบัดด้วย CBT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง (ภาพที่ 5 ในคู่มือสำหรับผู้เข้าอบรม)

2. การฝึกทักษะการบำบัดของพยาบาล

2.1 คัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1.1 อายุ 20 - 60 ปี

2.1.2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางกายหรือทางจิตเวช ต้องรักษาต่อเนื่อง และเจ็บป่วยมานาน 2 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านหนังสือออกหรือเขียนหนังสือได้

2.1.3 ไม่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรง หรือมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อน

2.1.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนขึ้นไป โดยทำแบบวัดความซึมเศร้าของ TDI มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป

2.1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการบำบัดด้วย CBT ตามขั้นตอนที่กำหนด

ผู้ป่วยที่คัดออกจากโครงการ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการตามกระบวนการบำบัดตามที่กำหนด

2.2 พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 2 คน ดำเนินการบำบัด 6 ครั้ง โดย สัปดาห์แรก พบกัน 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 วัน แต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที สัปดาห์ที่ 2-4 พบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เว้นระยะห่างอีก 1 เดือน จึงพบผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลการบำบัด และยุติบริการ

2.3 ในการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบวัด TDI ทำการประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัดด้วย CBT หลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 โดยครั้งที่ 5, 6 ไม่ต้องเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามอีก

2.4 แจกคู่มือให้แก่ผู้ป่วยคนละ 1 เล่ม ชื่อ ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข ในคู่มือจะมีเนื้อหาให้ผู้ป่วยอ่านทำความเข้าใจว่าความคิด มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมอย่างไร ความคิดในทางที่ดีหรือไม่ดีทำให้เกิดผลอย่างไร วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมทำอย่างไร และมีแบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกขณะอยู่ที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือได้ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยทำมาส่งผู้บำบัดในครั้งต่อไป สำหรับบันทึกส่วนตัว ให้ผู้ป่วยบันทึกเมื่อสิ้นสุดการให้บริการแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้เรียนรู้หรือได้ข้อคิด ข้อเตือนใจอะไรบ้างเพื่อเก็บไว้อ่านเตือนความจำเมื่อผู้ป่วยยุติบริการและต้องบำบัดตนเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้แบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ อาจทำไม่ได้ มอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยจดจำเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ มาเล่าให้ผู้บำบัดแทน

3. การสอนงานของผู้วิจัย

3.1 ติดตามเยี่ยมพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะจังหวัดขอนแก่น) อย่างน้อยแห่งละ 1-2 ครั้งในช่วง 2 เดือนที่ทำการบำบัด โดยจะประสานงานให้ทราบก่อนออกติดตามเยี่ยม มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนและประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหา ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในกรณีพยาบาลผู้วิจัยไม่สามารถไปติดตามเยี่ยมได้ จะใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อสอบถามเพื่อประเมินผลการดำเนินการแทน

3.2 ให้การปรึกษาแก่ผู้เข้ารับการอบรมทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

4. การประเมินสมรรถนะของผู้รับการอบรม

4.1 ประเมินความสามารถการใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ภายหลังอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง คือ 1 เดือน และ 2 เดือนตามลำดับ โดยการจัดประชุมร่วมกันและแบ่งกลุ่มย่อยรวบรวมผลการบำบัด ทักษะที่ใช้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างผู้เข้าอบรมด้วยกัน ซึ่งในการกำหนดวันเป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้ารับการอบรม

4.2 การประเมินเปรียบเทียบพัฒนาการของสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 2 ครั้ง คือ 1) หลังการฝึกให้การบำบัดครั้งที่ 3 และ 2) ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการประเมินสมรรถนะของ Beck โดยผู้วิจัยประเมินสมรรถนะจากการบันทึกเทปของผู้ให้การบำบัด อย่างน้อย 2 ครั้ง ทำการประเมินสมรรถนะ ทั้งจากการบันทึกเทปการบันทึกความคิดผุดผกในชั่วโมงของการบำบัด และการบันทึกรายงานการให้การบำบัดด้วย CBT และจากการอภิปรายร่วมกันในการประชุมภายหลังการอบรม 1, 2 เดือน

สำหรับการบันทึกเทปและการบันทึกความคิดที่ผุดผก ให้บันทึกขณะทำการบำบัดโดยขออนุญาตผู้ป่วยก่อน ให้วิเคราะห์สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ทำให้ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จากนั้นค้นหาความคิดอัตโนมัติและให้ผู้ป่วยให้คะแนนความคิด ความรู้สึกทั้ง 2 ช่องตรงตามความเป็นจริง และเมื่อค้นหาความคิด ความรู้สึกที่ปรับเปลี่ยนแล้วจึงบันทึกอีก 2 ช่อง ด้านหลังพร้อมให้คะแนน

ใบกิจกรรมที่ 1

ให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้เวลาในการทำกลุ่ม 20 นาที ให้อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวทางการบำบัดด้วย CBT ในหน่วยงานของท่าน
 2. ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
- ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

ภาคผนวก ข
คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

เรื่อง
การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด
เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

คู่มือ
การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล
เรื่อง การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

จัดทำโดย
นางวิชณี หัตถพนม

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ การอบรมเชิงปฏิบัติการการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และพบร้อยละ 21 ของประชากรโลก เป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ชัดเจน และต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกทำนายว่าปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สูงเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Scheehter et al, 2005) โดยคาดการณ์ว่า 1 ใน 8 ของประชากรต้องได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (The Joanna Briggs Institute, 1999)

สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าถูกจัดตามองว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคน อีกทั้งโรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 60 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2550)

การรักษาภาวะซึมเศร้าที่ได้ผลดี นอกจากรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้ว การรักษาโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา คือ การบำบัดโดยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy หรือ CBT) เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สุรพล วีระศิริ, 2547) การบำบัดด้วย CBT จึงช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดลง

คู่มือเล่มนี้ จึงจัดทำเพื่อใช้ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยรับการอบรม พัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถนำการบำบัดด้วย CBT นี้ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองต่อไป เนื้อหาสาระสำคัญในคู่มือเล่มนี้ ประกอบด้วย

1. ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน
 2. การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด
 3. การมอบหมายงานให้พยาบาลในปฏิบัติงานการบำบัดด้วย CBT ตามโครงการ
1. ภาวะซึมเศร้าและการประเมิน
 - 1.1 ความหมาย

สรยุทธ วาสิกันานนท์ (2548) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า (depressive state) หมายถึง อารมณ์เศร้าที่เป็นติดต่อกัน ยืงนานก็มักพบอาการร่วมได้บ่อย เช่น ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร เบื่อที่จะพบคนอื่น เบื่อชีวิต เชื่องซึม เป็นต้น ในช่วงเวลาที่เกิดกลุ่มอาการนี้เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า

Zung (1965) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะของอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจ กระวนกระวาย สับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยน มีอาการแสดงออกทางกาย เช่น

เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรง โดยไม่มีเหตุผล

Beck (1976) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญ คือ มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ ต่ำหีนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรกและรุนแรงขึ้น

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์ และความคิด ซึ่งมีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร และการนอนของบุคคลนั้น ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า รวมถึงการสูญเสียความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ เคยทำ หรือเคยสนุก รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศ ความอยากอาหาร หรือเบื่ออาหาร มีทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น สูญเสียการแสดงออกทางอารมณ์ (อารมณ์ราบเรียบ) หรือมีอาการเศร้าตลอด รู้สึกสิ้นหวังมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า หรือไม่มีใครช่วยเหลือ แยกตัวเอง เหนื่อยล้าผิดปกติ กำลังวังชาน้อยลง ทำให้มีผลรบกวนการนอน นอนไม่หลับ ตื่นนอนแต่เช้า หรือนอนมากเกินไป รบกวนความจำ หรือการตัดสินใจ พักผ่อนได้น้อย หรือกระวนกระวาย มีปัญหาทางกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ หรือ การปวดเรื้อรัง มีความคิดเกี่ยวกับความตาย หรืออยากตาย หรือ พยายามฆ่าตัวตาย (Medicine Net.com, 2006)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ มีความรู้สึกผิด หรือมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดต่ำลง การนอนและความรู้สึกอยากรับประทานอาหารผิดปกติ กำลังวังชาและสมาธิลดลง ปัญหาเหล่านี้กลายเป็นเรื่องเรื้อรัง หรือกลับเป็นซ้ำจนทำให้ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองหรือความรับผิดชอบในการทำงาน ทุกๆ วันมีปัญหา หรือแย่ลงจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (WHO, 2006)

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจ หม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์ สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบัน และอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่ลงจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กลานติกุล, 2542 ; สุพล วีระศิริ, 2547)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1.2.1 สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม

- 1) การมีปัญหาชีวิตอย่างรุนแรง และเรื้อรัง จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้
- 2) บุคลิกภาพทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าได้ ภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม แต่บุคลิกภาพที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกภาพอื่นได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ย่ำทำย่ำคิด และบุคลิกภาพที่เรียกร้องความสนใจ (histrionic)

3) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavioral theory) มีแนวคิด 2 แบบ คือ

3.1) เกิดจากผู้ที่หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ หมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบกับความล้มเหลว และผิดหวังครั้งแล้ว ครั้งเล่า

3.2) ภาวะหมดกำลังใจ เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัลการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆ เลย

4) ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theory) อารมณ์เศร้าเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดที่บิดเบือนไป ประเมินประสบการณ์ไปในทางลบ มองชีวิตในแง่ร้ายไปหมด คือ มองตน มองสังคม สิ่งแวดล้อม และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad)

1.2.2 สาเหตุทางชีววิทยา มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า สารสื่อประสาท (neurotransmitters) มีความผิดปกติโดยเฉพาะ serotonin ลดลงจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

1.2.3 สาเหตุทางพันธุศาสตร์ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้ ในญาติสายตรงร้อยละ 20-25 และเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ของบุตรจากพ่อแม่ที่ป่วยสูงถึง ร้อยละ 50

1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการแสดงต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติ ใน 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอื้อมเดือน เนตรแซม, 2541)

1.3.1 ด้านอารมณ์

- 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึมไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส
- 2) มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิด บาป ไร้ค่า
- 3) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ
- 4) ความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง
- 5) ไม่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง
- 6) อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

1.3.2 ด้านความคิด

1) มีการประเมินตนเองต่ำ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ
ไม่มีความสามารถ

- 2) มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง
- 3) ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ
- 4) มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ
- 5) มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป

1.3.3 ด้านแรงจูงใจ

1) ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน

- 2) รู้สึกเหนื่อยง่าย

3) มีความต้องการที่จะหลบ เลี่ยง หนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

1.3.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ

- 1) มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกๆ ของผู้มีความซึมเศร้า
- 2) ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย
- 3) รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา
- 4) น้ำหนักลด
- 5) มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือ คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตน

1.4 ภาวะซึมเศร้ากับโรคซึมเศร้า

Townsend (2003) ได้กล่าวถึงกระบวนการของภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ (process to depressive disorders) ในการปฏิบัติการพยาบาลว่า อาการของภาวะซึมเศร้าสามารถมองตามความต่อเนื่องตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจากช่วงเวลาหนึ่งไปสู่ช่วงเวลาหนึ่ง โดยแบ่งภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดชั่วคราว (Transient depression) ในแต่ละวันเมื่อพบกับความผิดหวังในชีวิต ตัวอย่างเช่น การสอบตก ออกจากคนรัก เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวของภาวะซึมเศร้าอาการจะรุนแรงเฉียบพลันหรือไม่ ขึ้นกับแต่ละบุคคลว่ามีผลกระทบต่อเป้าหมายและความสำเร็จต่างๆ ของชีวิตอย่างไร

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (Mild depression) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการกระตุ้นจากกระบวนการ เศร้าโศก ซึ่งเป็นการตอบสนองจากภาวะสูญเสียที่กระทบต่อคุณค่าของชีวิต การสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของรักเพื่อนบ้านที่อยู่อาศัยหรือบุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ ถ้าบุคคลสามารถผ่านระยะต่างๆ ของการเศร้าโศก (stage of grief) ไปได้ ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น อาการต่างๆ จะดีขึ้น การดำรงชีวิตประจำวันจะกลับมาเป็นเช่นเดิมภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ แต่ถ้ากระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้นใช้เวลานาน หรือ มีความรุนแรงมากขึ้น อาการต่างๆ ยิ่งรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) เกิดขึ้นเมื่อความเศร้าโศกมีระยะเวลานานหรือทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น บุคคลจะเกิดยึดติดในระยะของความโกรธ (anger stage) ในการตอบสนองความเศร้าโศกนั้น และความรู้สึกโกรธนี้จะย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง ความรู้สึกทั้งหมดเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเศร้าโศกที่เป็นปกติจนกลายเป็นความรุนแรงมากขึ้น และบุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้โดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ Dysthymic disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้าปานกลาง

1.4.4 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่า

ระดับปานกลาง บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจแสดงให้เห็นการสูญเสียการติดต่อกับโลกตามความเป็นจริง ระดับนี้เกี่ยวข้องกับการขาดความยินดีกับกิจกรรมทั้งหมด และมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติ Major depressive disorders คือ ตัวอย่างของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดังภาพที่ 1

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

ภาพที่ 1 ความต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้า (A continuum of depression)

ในทางจิตเวชศาสตร์ ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ เช่นกันทั้ง 3 ระดับอยู่ในกลุ่มของโรคซึมเศร้า คือ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และ รุนแรง โดยต้องมีระยะเวลาของอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตามยังมีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มที่มีอาการระยะเวลานานเป็นปี และบางครั้งนานเกือบตลอดชีวิตเรียกว่า มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง เรียกว่า Dysthymia

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

1.5 การบำบัดรักษา (สุรพล วีระศิริ, 2547; มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1.5.1 การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการให้การปรึกษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีแนวคิดในแง่ลบ หรือพบญาติเพื่อประเมินอาการ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล

1.5.2 การรักษาด้วยยา โดยให้ยาต้านเศร้า โดยปกติจะเห็นผลภายหลังให้ยาไปแล้ว 1 สัปดาห์

1.5.3 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) หากพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว การทำครอบครัวบำบัดช่วยให้ปัญหาในครอบครัวได้รับการแก้ไข

1.5.4 การทำจิตบำบัดแบบ CBT เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางลบ (ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย และมองอนาคตอย่างมืดมน) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย

มีอารมณ์เศร้า และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การบำบัดด้วย CBT ช่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิด อารมณ์ และพฤติกรรม จากเชิงลบ ให้เป็นเชิงบวก ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับการรักษา ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.5.5 ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรง อาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

1.6 การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย CBT

1.6.1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นเรื้อรังและต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประชาชนคนไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในภาคอีสาน แต่ถ้าหากพิจารณาถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงใดในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังในเรื่องนี้ แต่มีการกล่าวถึงในตำราทางวิชาการของสมภพ เรืองตระกูล (2542) ว่าพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากเป็น 3 เท่าของกลุ่มประชากรทั่วไป (ประชากรทั่วไปมีความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยละ 7) สำหรับ ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Anderson et al. (2001) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยประเมินด้วยแบบสอบถามด้วยการประเมินตนเอง พบว่ามีความชุกร้อยละ 31.0 ในขณะที่ถ้าใช้ Standardized diagnostic interview พบความชุก ร้อยละ 11.0 ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมด้วย

1.6.2 การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย CBT

โรคเบาหวานเชื่อมโยงกับการบำบัดด้วย CBT เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าช่วยพัฒนาให้กลายเป็นโรคเบาหวานเร็วขึ้น กลุ่มที่มีประวัติภาวะซึมเศร้า จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Johnson cited in Heubeck, 2005) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ฮอร์โมนและสารสื่อประสาทในสมองลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดด้วยยา fluoxetine นอกจากรักษาโรคซึมเศร้าแล้วยังช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติด้วย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน type 2 (Lustman et al., 1998 ; 2000)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามาก หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายได้ง่าย ได้แก่ โรคหัวใจ พยาธิสภาพต่อตา ไต ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดเป็นต้น (Kinder et al., 2002; Lustman et al., 2002) การเกิดโรคแทรกซ้อนก็ยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งแย่ลงอีกด้วย ความคิดในการมองตนเอง มองโลก สิ่งแวดล้อม อนาคต ในเชิงลบมีมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ฉะนั้นการบำบัดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยให้ลดลงจากเดิม นอกจากช่วยในเรื่องภาวะซึมเศร้าให้มีอาการดีขึ้นแล้ว ยังช่วยให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น รวมทั้งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคทางกายที่เพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดภาวะซึมเศร้าแล้ว การรักษาโดยไม่ใช้ยาเช่น CBT โปรแกรมจิตบำบัดและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา มี ผลการศึกษาที่ชัดเจน นอกจากนี้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นก็อาจจะทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือด ดีขึ้นเช่นกัน

1.7 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ก่อนการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อน เพื่อทราบว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือไม่ สำหรับการศึกษานี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542) ซึ่ง ได้พัฒนาแบบสอบถาม Thai Depression Inventory (TDI) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถาม อิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้ในทางตะวันตก นำแบบสอบถาม ฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 50 คน โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ ผลการศึกษา พบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบ สอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี 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 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป

แบบสอบถาม TDI ที่ได้พัฒนาขึ้นมานี้ มีความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้อยู่ใน เกณฑ์ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ ข้อดี ของแบบสอบถามนี้ คือ พัฒนาโดยอิงจากอาการซึมเศร้าในบริบทคนไทย จึงง่ายต่อการตอบ เพราะ คำตอบที่เป็นตัวเลือกในแต่ละข้อเป็นอาการที่ให้เลือกว่า ข้อใดตรงกับอาการของตนเองมากที่สุด มีจำนวนข้อไม่มากเพียง 20 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5-10 นาที แต่อาจมีข้อจำกัดสำหรับ ผู้ที่มีการศึกษาดำ อาจต้องใช้เวลาในการอ่านทำความเข้าใจ เพื่อตอบคำถามและใช้เวลานาน

สำหรับรายละเอียดของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในภาคผนวก

การให้คะแนนและการแปลผล

วิธีการให้คะแนนมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 มีดังนี้

ถ้าตอบ ข้อ ก	เท่ากับ	3	คะแนน
ข	เท่ากับ	2	คะแนน
ค	เท่ากับ	1	คะแนน
ง	เท่ากับ	0	คะแนน

จากนั้นให้รวมคะแนนจากทุกข้อ สำหรับการแปลผล มีดังนี้

คะแนนรวม	0 – 20	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนรวม	21 – 25	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน
คะแนนรวม	26 – 34	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนนรวม	35 ขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด

2.1 ความหมาย

CBT เป็นการบำบัดความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น และให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

Cognitive therapy คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (ตัวอย่างเช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎีโดยใช้เหตุผลที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหามากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนๆ นั้น (Beck, 1976)

CBT มีจุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน 1) จำแนก ทดสอบ และการมองในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต 2) พัฒนารูปแบบแนวความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่น หรือแบบแผนความคิดที่มีทางเลือกใหม่ในมุมมองตามประสบการณ์ในชีวิต 3) ชักซ้อมความคิดใหม่และการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2003)

สรุปการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคตปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

2.2 หลักการของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) ประกอบด้วย

(สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Townsend, 2003; Grant, et al, 2004)

2.2.1 พยายามเข้าใจวิธีการคิด (formulation) โดยเข้าใจปัญหาและวิธีการคิดของผู้ป่วยในแง่ทางความคิด

2.2.2 ต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่สามารถให้การปรึกษาได้ด้วยความสัมพันธ์ที่ดี เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด (Therapeutic alliance) เช่น มีความรู้สึกที่อบอุ่น เห็นใจ (Empathy) ให้การดูแล ช่วยเหลืออย่างจริงใจ ตั้งใจฟัง ฟังอย่างละเอียด สรุปความคิด ความรู้สึกอย่างถูกต้อง มองโลกในแง่ดี ผู้บำบัดจึงอาจจะต้องใช้เวลาสำหรับการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษาให้มากขึ้น เพื่อเกิดความไว้วางใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยตัวเองมากขึ้น

2.2.3 เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมโดยตรง (Active participation) กระบวนการบำบัดจะเกิดขึ้น 2 ฝ่ายต้องร่วมมือกันทั้ง ผู้บำบัดและผู้รับบริการ

2.2.4 การบำบัดมีจุดมุ่งหมาย (Goal oriented) จุดมุ่งหมายเน้นที่ตัวปัญหา ในการพบกับผู้ป่วยครั้งแรกจึงเป็นการประเมินว่ามีปัญหาที่ปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมาย

2.2.5 ในระยะแรกๆ ของการบำบัดทางความคิดจะเน้นการแก้ไขปัญหา เน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ

2.2.6 การบำบัดทางความคิด เหมือนกับการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้บำบัดให้แก่ตนเอง การบำบัดทางความคิดจะเน้นการป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการดำเนินโรคอย่างไร รูปแบบการบำบัดเป็นอย่างไร (สอนให้ทราบว่าความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม) กระบวนการบำบัดทางความคิดจะเป็นอย่างไร

2.2.7 การบำบัดทางความคิดจะจำกัดเวลา ในการบำบัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลแบบตรงไปตรงมาจะรักษาด้วยวิธีนี้ 4-14 ครั้ง ผู้บำบัดพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากๆ จะพบกันบ่อยขึ้น

2.2.8 การบำบัดทางความคิดแต่ละครั้ง มีโครงสร้างการทำงาน โครงสร้างประกอบด้วย การตรวจสอบอาการ (ยกตัวอย่างอารมณ์) สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ ร่วมกันกำหนดเรื่องในการพูดคุย การให้การบ้าน สรุปก่อนจบ และแต่ละครั้งก็ต้องมีการสะท้อนกลับ (feedback) การบำบัดด้วย

2.2.9 การบำบัดทางความคิดสอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน ซึ่งทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้ (dysfunctional) ให้พบและประเมินความคิด ความเชื่อนั้น และตรวจสอบพฤติกรรมที่เราตอบสนองต่อความคิด ความเชื่อนั้น

2.2.10 การบำบัดทางความคิด เป็นการเปลี่ยนแปลงการคิด อารมณ์ (mood) และวิธีต่างๆ หลายวิธีในการบำบัด ขึ้นกับเราจะเลือกวิธีใด เหมาะกับผู้ป่วยประเภทใด และตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดนั้นๆ

เราใช้หลักการข้างต้นกับผู้ป่วยทุกคน แต่อาจมีรายละเอียดแตกต่างกันขึ้นกับอาการ เป้าหมาย ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ในการบำบัด (Therapeutic bond) แรงจูงใจที่อยากเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีประสบการณ์กับการรักษามาก่อนหรือไม่

2.3 วัตถุประสงค์ของการบำบัด (Joyce, 1996; Grant et al., 2004)

แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความคิดด้านลบ และเปลี่ยนความคิดด้านลบเป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น ในระยะแรกของแนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อระบุและเปลี่ยนความคิดด้านลบเพื่อลดอาการของผู้ป่วย ส่วนในระยะต่อมาเป้าหมายเพื่อปรับความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

2.4 กรอบแนวคิดในการบำบัดด้วย CBT

กรอบแนวคิดการบำบัดโดยใช้ CBT เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดในการเข้าใจผู้ป่วยก่อนทำการบำบัด ประกอบด้วย

2.4.1 การหาวิธีการคิดของผู้ป่วย (formulate case) หรือแบบแผนความคิดสำคัญ ที่ต้องหา คือ ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เป็นความคิด ความเชื่อที่ทำให้การทำหน้าที่ผิดไป

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นความจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า distorted thinking หรือแบบแผนความคิดด้านลบ หรือความคิดที่บิดเบือน การเข้าใจแบบแผนการคิดของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะช่วยสะท้อนความคิดตามแบบแผนนี้ให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจ ไม่สบายใจอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนแนวคิด มุมมองที่มีต่อปัญหาหรือเหตุการณ์เสียใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่ดีแก่ตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม สำหรับแบบแผนความคิดด้านลบของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้ (Townsend, 2003 ; Grant et al., 2004)

1) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เช่น กรณี นางสาวสมศรี ถูกสามีด่าว่า "อืห่าคือนางตายแท้มึง" ทำให้คิดน้อยใจที่สามีแค้นให้ตนเองตาย ไม่รักตนเองคงอยากมีเมียใหม่ โกรธ น้อยใจสามี ไม่อยากพูดคุยกับสามีต่างคนต่างอยู่ สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยคิดนอกเหนือจากเหตุการณ์ที่เกินความจริง เพราะในความเป็นจริง เมื่อเปิดโอกาสให้พูดคุยกัน สามีบอกว่า เหนื่อยเพราะดูแลภรรยา ทำงานบ้านแทน หาดอาหาร พาไปหาหมอ พาไปทำแผล ที่สถานีนามัย พาไปวัด และตนเองต้องปลูกผัก ทำนา เป็นต้น ในช่วงกลางคืนนอนพักผ่อน สามีเปิดโทรทัศน์ดู นางสาวสมศรีต้องการนอน ไม่อยากดูโทรทัศน์ จึงบ่นและบังคับให้สามีปิดโทรทัศน์ สามีไม่โง่งมด่าออกไป แต่ไม่ได้คิดมีเมียใหม่ เพราะแก่แล้ว จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นแบบแผนความคิดของผู้ป่วยที่มองเหตุการณ์เกินความจริง โดยไม่มองในส่วนดีที่สามีเคยทำเอาไว้ ทั้งๆ ที่มีสาเหตุจากเรื่องเพียงนิดเดียว

2) การอ่านใจหรือเดาใจผู้อื่น (Mind reading) เช่น นายสมพร สรุปว่าทุกคนในห้องทำงานต้องไม่ชอบตนเองแน่ ชอบจับกลุ่มกินอาหารโดยไม่ชักชวนตนเอง ทั้งที่ในความเป็นจริงกลุ่มที่รับประทานอาหารเป็นกลุ่มผู้หญิงที่เป็นเพื่อนสนิทกัน หรือ นางใจ ได้ส่งของขวัญวันแต่งงานไปให้ลูกสาวของเพื่อนเก่าของเธอ แต่ลูกสาวเพื่อนไม่ได้รับของขวัญ และเมื่อพบกันก็ไม่ได้พูดถึงของขวัญชิ้นนี้ นางใจจึงคิดว่าเธอคงรสนิยมแย่มาก เขาจึงไม่ยอมรับของขวัญชิ้นนี้ และไม่พูดถึงเลย

3) การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune-telling)

4) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีหมดหรือเลวหมด) มีทุกอย่างหรือไม่มีอะไรเลย ขาวหรือดำ (Dichotomous thinking) เช่น ภรรยาของผู้ป่วยค้าขายขาดทุน ทำให้สูญเสียเงินถึง 200,000 บาท สามีบอกว่าภรรยาไม่ดี เป็นคนเลวเพราะทำให้ครอบครัวลำบาก แต่ในความเป็นจริงก่อนหน้านี้ภรรยาเคยทำรายได้ให้ครอบครัวจนกระทั่งมีรถ มีบ้าน หรือถ้าใครทำอะไรผิดพลาดคือคนเลว คนดีต้องทำแต่สิ่งดีๆ และถูกต้อง

5) การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing thinking) เป็นการคิดว่าจะเกิดเหตุร้าย หรือสิ่งเลวร้ายกับตนเองเสมอ โดยปราศจากการพิจารณาว่าในความเป็นจริงแล้วก็มีเหตุการณ์ที่ดีๆ เข้ามาในชีวิตเช่นกัน

ตัวอย่างเช่น เมื่อพรใจ พิมพ์งานส่งให้หัวหน้า เพื่อเซ็นชื่อก่อนส่งออกภายนอกโรงพยาบาล หัวหน้าพรใจ พบว่า หนังสือที่พรใจพิมพ์ผิด หัวหน้าจึงวงด้วยปากกาแดง และไม่ยอมเซ็นชื่อ และไม่เขียนสื่อสารว่าต้องการอะไรให้ทราบ เมื่อพรใจเห็นหนังสือดังกล่าว รู้สึกตกใจ เสียใจ และกล่าวว่า “ฉันมีแต่เรื่องร้าย แ่ๆ เกิดขึ้นกับชีวิตฉัน ฉันสมควรเผามันเสีย” ในความเป็นจริงแล้ว คนเรามีโอกาสทำงานผิดพลาดได้ ให้มองย้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งวันจะพบว่า มีทั้งเหตุการณ์ที่ดี และร้ายเข้ามาในชีวิตคนเราเสมอ วิธีการช่วยเหลือในคนกลุ่มนี้ คือ ให้ทำการบ้าน เขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง อย่างน้อย 7 วัน และให้พิจารณาว่า ใน 7 วันนั้น มีทั้งเหตุการณ์ที่ดี และไม่ดี เกิดขึ้นได้ มิใช่จะเกิดแต่เรื่องไม่ดีเสมอไป

6) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างมากเกินไป (Magnification/Minimization) เช่น นางประยูร เป็นโรคหลายโรค ทั้งมะเร็งเต้านม (รักษาหายแล้ว) เบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติแล้ว) และเป็นโรคไมเกรน คิดว่าทำไมเป็นคนมีเวรมีกรรม มีโรคหลายโรคไม่เหมือนคนอื่น เป็นการให้ความสำคัญกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่ามากมายท่วมท้น แต่ความเป็นจริงทุกโรคอาการสงบจนเป็นปกติ แต่เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นโรคที่มากกว่าคนอื่น ๆ จึงทำให้เครียด อาการโรคไมเกรนจึงกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีครอบครัวรักและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงจุดดีในข้อนี้

หลักสำคัญของMagnificationคือให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นเรื่องใหญ่หรือมากเกินไป สำหรับ Minimization เป็นการให้คุณค่าเหตุการณ์สำคัญทางบวกที่มากกว่ากระทบตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ตัวอย่างเช่น ยายดี ป่วยเป็นเบาหวาน รู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว ต้องการให้หลานมาเยี่ยม มาหาบ้าง จึงโทรศัพท์ชวนหลานมาเยี่ยมตนบ่อยๆ แต่หลานมาได้เดือนละ 1 ครั้ง เพราะต้องทำงานต่างจังหวัด แต่นางดี ต้องการให้มาเยี่ยมทุกสัปดาห์ หลานนางดีจึงใช้วิธีการโทรศัพท์มาคุยทุกวัน นางดีคิดว่า ตนเองไม่มีใครรัก และห่วงใยอย่างแท้จริง แม้แต่หลานของเธอ

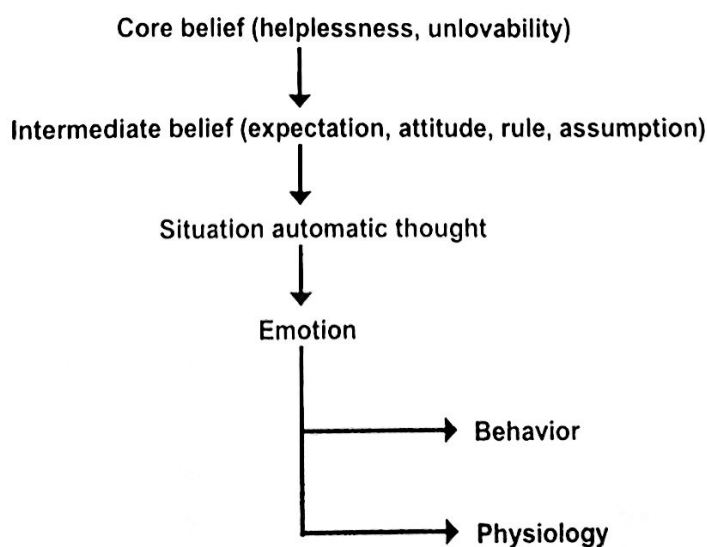
7) การบิดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปว่า นักเรียนเพื่อการสอนของตนทุกๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีท่าทีเบื่อหน่าย การช่วยสำหรับผู้รับบริการที่มีความคิดในเรื่องนี้ คือ ให้บรรยายเหตุการณ์ หรือเรื่องต่างๆ ที่ประสบผลสำเร็จ แต่ผู้ป่วยมองข้ามไปในแต่ละวัน

8) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น ฉันประสบความสำเร็จล้มเหลวถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ ในความเป็นจริงแล้ว คนที่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็ไม่จำเป็นต้องได้ A ทุกตัว หรือเรียนเก่งเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นตั้งใจจริงในการทำงาน และเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เรียนมากกว่า

9) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เช่น โทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้หลานติดยาเสพติด ทั้งๆ ที่บิดามารดาของเด็กเป็นคนเลี้ยงดูบุตรตนเอง ผู้ป่วยเป็นเพียงพี่สาวของบิดา และร่วมออกค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเท่านั้น โดยผู้ป่วยเอาเหตุการณ์ภายนอกที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง

10) การตีตราตนเอง (Labeling) คือการบอก หรือตอกย้ำ หรือคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี เป็นการตอกย้ำในทางลบ

2.4.2 การเข้าใจถึงวิธีการคิด หรือแบบแผนความคิดของผู้ป่วย จะช่วยให้ทราบสาเหตุการณ์ที่มากระทบ ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติ ก่อให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายอย่างไร ตลอดจนพิจารณา ความคิด ความเชื่อที่ทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติไปจากเดิม (Dysfunctional Thought and Dysfunctional Belief) ที่เกิดร่วมกับปัญหานี้ คืออะไร และนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยาอย่างไร (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเชื่อ ความคิด ที่นำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา

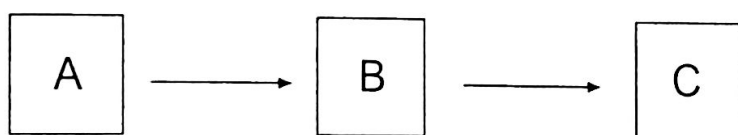
จากภาพ ความเชื่อหลัก (Core belief) เป็นความคิด ความเชื่อที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก สำหรับความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate belief) เป็นความคาดหวังทัศนคติ กฎ และข้อสันนิษฐานที่บุคคลนั้นๆ มีต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ ทำให้เกิดความคิดตามแบบแผนที่ดินเคยชิน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ถ้าเป็นด้านบวก ก็ทำให้ตนเองอารมณ์ดี สุขใจ แต่ถ้าเป็นด้านลบ ก่อให้เกิดความทุกข์ใจและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม และอาการทางกายได้

2.4.3 การสอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

ในการประเมินความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ CBT โดย Wright & Beck (1995) ได้ให้ความเห็นว่า หลักทั่วไปของ CBT คือ การตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น และมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างไร แนวคิดพื้นฐานของ CBT ยังรวมถึง ความคิดอัตโนมัติ และแบบแผนความคิด (Schemas) หรือความเชื่อหลัก (Core beliefs) อีกด้วย

ฉะนั้น ในการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABC Model ซึ่งประกอบด้วย (Lewinsohn et al., 1978; Beck, 1995)

- A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)
- B คือ ความเชื่อหรือความคิด (Belief)
- C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequence) ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



ภาพที่ 3 รูปแบบความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด และอารมณ์ (ABC Model)

เมื่อพิจารณาระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์อธิบายได้ว่า

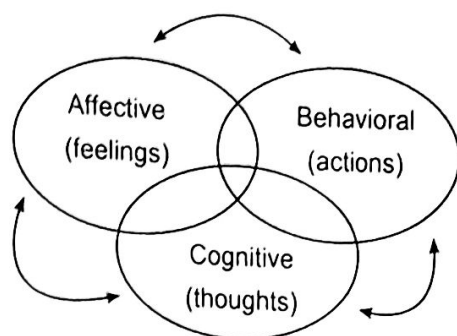
อารมณ์มีอิทธิพลต่อความคิด

ความคิดมีอิทธิพลต่อการกระทำ

การกระทำมีอิทธิพลต่อความรู้สึก

ในการประเมินแต่ละด้านมีความสำคัญในการเข้าใจปัญหาและทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

ประเด็นอื่นๆ ที่ควรพิจารณาในกระบวนการประเมิน คือ ปัญหาที่แสดงออกมาควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้ดังภาพ (Stuart, 1998; 2005)



ภาพที่ 4 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันในพฤติกรรมของมนุษย์ (Interaction system in human behavior)

2.4.4 การบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม ในการบำบัดด้วย CBT มีแนวคิดที่สำคัญ คือ การปรับแนวคิดเชิงลบของผู้ป่วยให้มีแนวคิดที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการความรู้สึก และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

2.5 ขั้นตอนในการประยุกต์ใช้การบำบัดด้วย CBT

แบ่งออกเป็น 5 ระยะ และมีเป้าหมายแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด ในระยะนี้จะมีเป้าหมายในเรื่อง

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ คงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.2 การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการระบายอารมณ์ความรู้สึก ที่มีต่อเหตุการณ์ สถานการณ์
- 1.3 การให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงรูปแบบการบำบัดทางความคิด (cognitive model) จะดำเนินไปเช่นใด
- 1.4 ให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าสามารถเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่วไป
- 1.5 การกำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษาร่วมกัน

ระยะที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) ในระยะนี้ มีเป้าหมายในเรื่อง

- 2.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ
- 2.2 ร่วมมือกับผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) โดยมีเป้าหมายในเรื่อง

- 3.1 ให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
- 3.2 การหาหลักฐาน เพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ตลอดจนการลงมือปฏิบัติการบางอย่าง เพื่อให้ได้เหตุผลสนับสนุนความคิด ความเชื่อที่ว่า เป็นความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่เป็นจริง

ระยะที่ 4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive restructuring stage) ในระยะนี้ เน้นการปรับเปลี่ยนแนวคิด และพฤติกรรมในแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีเป้าหมายดังนี้

- 4.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเอง โดยการใช้ความคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน
- 4.2 ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองปัญหาเดิมเสียใหม่
- 4.3 ประยุกต์ใช้เทคนิคของ cognitive และ Behavior
- 4.4 ลดอาการป่วยของผู้ป่วย

ระยะที่ 5 ระยะสุดท้าย (End stage) หรือระยะเตรียมสิ้นสุดบริการ ในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อ

- 5.1 เตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำบำบัดตนเอง
- 5.2 ให้ผู้ป่วยระบุถึงความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มต้นบำบัด เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 5.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน

2.6 ทักษะทั่วไปของผู้นำบำบัดที่ใช้ใน CBT (Beck, 1995; Joyce, 1996; Stuart, 2005)

2.6.1 กำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ในการพบปะแต่ละครั้ง โดยทั่วไปการกำหนดระเบียบวาระ ช่วยให้ผู้ป่วยทราบว่าในแต่ละครั้งที่พบกัน แต่ละคนจะมีกำหนดการร่วมกันว่าจะคุยกันในเรื่องอะไรบ้าง ทำให้ผู้ป่วยและผู้นำบำบัดไม่หลงทาง แต่ก็มีผลสำคัญ คือระเบียบวาระของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน เพราะขึ้นอยู่กับความไว และการรับรู้การบำบัดด้วย CBT ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ฉะนั้น รายละเอียดในการกำหนดระเบียบวาระแต่ละครั้งจึงขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคล

2.6.2 การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละ session โดยผู้นำบำบัดได้อธิบายถึงเหตุผลในการใช้เทคนิคเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการบำบัด

2.6.3 การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุป ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติดของตนได้ชัดเจนขึ้น หรือคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติ นั่นเอง

การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ส่วนใหญ่จะใช้คำถามปลายเปิด คำถามมาตรฐานในการค้นหา ความคิดอัตโนมัติ คือ "อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจขณะนั้น" หรือ

- 1) ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามนี้ทุกครั้งที่ผู้รักษาเห็นสีหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนไป หรือสีหน้าที่แสดงออกถึงอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น
- 2) ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออธิบายช่วงที่อารมณ์เปลี่ยนแปลง แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น
- 3) ถ้าจำเป็นให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา บรรยายให้ชัดเจนเหมือนกับ กำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น
- 4) ถ้าจำเป็นให้เล่นตามบทที่สมมติขึ้น (role play) โดยเล่นเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ ที่เป็นปัญหาแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น

คำถามอื่นที่ใช้ในการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ได้แก่

- 1) คุณเดาว่าตอนนั้นคุณคิดอะไรอยู่
- 2) คุณคิดว่าตอนนั้นคุณอาจจะคิดเกี่ยวกับเรื่อง.....หรือ.....ได้ไหม
- 3) คุณกำลังนึกถึงบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น หรือกำลังจำได้ว่ามีบางสิ่งบางอย่าง
- 4) เกิดขึ้นจริงใช่หรือไม่ เหตุการณ์แบบนี้มีความหมายอย่างไรต่อตัวคุณ
- 5) คุณกำลังคิดเกี่ยวกับ.....(ผู้รักษาบอกเหตุการณ์ที่เป็นเรื่องตรงกันข้าม

กับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง)

ในการปฏิบัติจริงของผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้วิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้บรรยายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเอง ทุกข์ใจไม่สบายใจ โดยใช้เทคนิคพื้นฐานของการให้การปรึกษา
- 2) เมื่อได้เหตุการณ์ และความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์แล้วให้สรุปความให้ผู้ฟัง เพื่อตรวจสอบว่าตรงกับที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังหรือไม่
- 3) จากนั้นใช้คำถามปลายเปิดว่า "ที่คุณรู้สึก.....ขณะนั้นคุณคิดอะไรอยู่" หรือ "คุณคิดอย่างไรถึงทำให้คุณมีความรู้สึกอย่างนั้น"
- 4) สรุปความเชื่อมโยง A-B-C เพื่อตรวจสอบกับผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่

2.7 ทักษะเฉพาะในการบำบัดด้วย CBT

2.7.1 การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จัก Cognitive model และเตรียมการให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการบำบัดจะดำเนินไปอย่างไร

ตัวอย่าง

พยาบาลทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่า การบำบัดรักษาครั้งนี้ จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดปัญหาความไม่สบายใจ เสียใจ เศร้าใจ และบทบาทของผู้ป่วยในการบำบัด คือ ต้องให้รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้มากที่สุด เพื่อพยาบาลจะช่วยสรุปให้เห็นวิธีการคิด (formulation) ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และพยาบาลจะช่วยกันปรับมุมมองในการมองปัญหาใหม่ เพื่อให้จิตใจรู้สึกสบายใจขึ้น การบำบัดครั้งนี้จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด ซึ่งต้องเปิดเผยตนเอง อาจต้องทำการบ้านที่มอบให้ และจะพบกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 6 ครั้ง หรือจนกว่าอาการหรือความไม่สบายใจของผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น

2.7.2 การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่า อาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

ตัวอย่าง

พยาบาล จากอาการที่คุณเล่ามาคุณ เสียใจที่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ทำให้อยากนอนอยู่แต่ในห้อง ไม่อยากทำอะไร ชีวิตเหมือนไม่มีอนาคตหมดหวัง สิ้นหวัง ดูทุกอย่างมืดมนไปหมด ความหวังที่ตั้งไว้ว่าจะไปทำงานที่กรุงเทพฯ ก็ไม่อยากทำ ไม่อยากได้อายุที่ดี ข้าวปลาอาหารก็ไม่หิว เบื่อหื้อแต่อยากนอนอยู่อย่างนี้

(พยาบาลสรุปให้ผู้ป่วยเห็นอาการที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟัง เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วย)

สมศักดิ์ ครับผมเบื่อไปหมด อยากนอนไม่อยากทำอะไรเลย

พยาบาล อาการที่เกิดขึ้นกับคุณสมศักดิ์ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ เมื่อคนเรารู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่เราไม่เคยคาดคิดมาก่อน ทำให้มีผลกระทบต่ออนาคตที่คาดหวังไว้ แต่เป็นเรื่องที่รักษาได้ และสามารถกลับมาใช้ชีวิตเช่นเดิมได้

ก่อนใช้เทคนิคนี้พยาบาล จะเน้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ จากนั้น จะจับประเด็นปัญหาที่เชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมให้ผู้ป่วยเห็นว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ว่าความคิดอัตโนมัติมีผลต่ออาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะและสามารถบำบัดรักษาได้ โดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ในกรณีที่ต้องให้การบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง จึงเน้นการให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การถาม ทวนความ การสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกและการสรุปความเป็นระยะๆ เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนการคิดของผู้ป่วย หรือความคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) ที่มีต่อการมองตนเอง โลกและอนาคต แต่ยังไม่มุ่งเน้นการบำบัดด้วย

CBT จนกระทั่งผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับปานกลาง สังเกตได้จาก สิ้นหน้าท่าทาง การพูด และเริ่มเชื่อมโยง ABC ได้ (เหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ และอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม อาการทางกายที่เกิดขึ้นได้ จึงเริ่มการบำบัดด้วย CBT ต่อไป)

2.7.3 การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C Technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ เห็นความเชื่อมโยงสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดย A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือ ความเชื่อหรือความคิด (Belief) C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequence) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง การเริ่มใช้เทคนิคนี้ได้ โดยต้องประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยง ABC ได้หรือไม่ อาจดำเนินการในรูปแบบของการมอบการบ้านให้ผู้ป่วย เขียนมาให้ผู้บำบัด ภายหลังการทำความเข้าใจในชั่วโมงการบำบัดแล้ว แบบบันทึกนี้เรียกว่า การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (recording dysfunctional thought) โดยให้บันทึกตามตารางต่อไปนี้ เฉพาะช่อง 1-3

ตารางที่ 1 แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (recording dysfunctional thought)

ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้น และให้ ค่าคะแนน ความรุนแรง ของความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่เกิดขึ้น และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล และให้ค่าคะแนน ความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่ เกิดขึ้นใหม่ และให้ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน

สำหรับช่องที่ 4-5 ให้ผู้ป่วยบันทึกภายหลังที่ได้ฝึกทักษะ การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) แล้ว จากนั้น จึงบันทึกเปรียบเทียบกับความคิด และอารมณ์ในเหตุการณ์เดียวกัน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างไร

ตัวอย่าง

กรณีที่ 1 นายสมพร (นามสมมติ)

สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น	ความเชื่อหรือความคิด	อารมณ์/พฤติกรรม
A	B	C
• วันนี้ได้พบแพทย์ที่รักษาตนเอง มีเรื่องสะกิดใจ ที่ทำให้คิดมากจากการที่แพทย์ถามคำถาม • ได้รับโทรศัพท์จากบัตรเครดิต ว่าจะดำเนินคดี	คิดว่าแม่ไม่รักตนเอง พ่อเลี้ยงมาแย่งความรักของตนเอง (80 คะแนน) อยากหาเงินมาใช้หนี้ แต่ไม่มี กลัวมาฟ้องร้องล้มละลาย ต้องถูกออกจากราชการ (80 คะแนน)	• รู้สึกน้อยใจ (40 คะแนน) • เสียใจ (60 คะแนน) • ไม่อยากไปพบแม่อีก • กังวลใจ (70 คะแนน)

กรณีที่ 2 นายสมศักดิ์ (นามสมมติ)

สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น	ความเชื่อหรือความคิด	อารมณ์/พฤติกรรม
A	B	C
เป็นโรคเบาหวาน อายุยังน้อย	คิดว่าทำอะไรไม่ได้ ไม่มีเรี่ยวแรง โรคกำเริบ คิดถึงภาพเก่าๆ ว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถหลังเป็นโรค เคยเป็นลมเพราะทำงานอนาคตคงมืดมน รอวันตาย (90 คะแนน)	• ท้อแท้ เบื่อหน่าย เคยคิดทำร้ายตนเอง โดยการผูกคอตาย (80 คะแนน) • เสียใจทำไม ต้องเป็นเรารู้สึกเหงามาก (80 คะแนน) • เก็บตัวอยู่ในห้องนอนตลอด 8 เดือน ไม่ออกจากห้องไปไหน ยกเว้นเข้าห้องน้ำ • รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่ค่อยหลับ

กรณีที่ 3 นางสมศรี (นามสมมติ)

สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น	ความเชื่อหรือความคิด	อารมณ์/พฤติกรรม
A	B	C
สามีไปดูแลแม่ป่วย อยู่ต่างจังหวัด ลืม กลับมาตามนัดในวัน ครบรอบวันเกิดทั้งที่ เคยสัญญาไว้	สามีคงไม่รักเรา คง ไปหลงแฟนเก่าที่อยู่ หมู่บ้านของแม่ (60 คะแนน)	• เสียใจ (70 คะแนน) • น้อยใจ (80 คะแนน) • ผิดหวัง (70 คะแนน)

2.7.4 การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence-counter evidence technique หรือ ECET) เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความคิด ความเชื่อโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้น

ตัวอย่างเช่น กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย เสียใจมาก จนอยากฆ่าตัวตาย ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาหลักฐานมาสนับสนุน หรือ คัดค้าน ดังนี้

ผู้บำบัด	คุณสมศักดิ์บอกเป็นเบาหวาน ตั้งแต่อายุน้อย คงรักษาไม่หายเลย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีอะไรที่ทำให้คุณคิดอย่างนั้น
สมศักดิ์	ผมเห็นคนเป็นโรคนี้มีแต่คนอายุมาก 40-50 ปีขึ้นไป ผม 26 ปีเอง ก็เป็นแล้ว ผมเลยคิดว่าคงไม่มีทางรักษา
ผู้บำบัด	ตอนที่คุณไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน คุณเห็นคนที่ไปรับบริการ มีอายุแบบเดียวกับคุณบ้างไหม
สมศักดิ์	ก็มีครับ อายุวัยเดียวกับผม แต่เขาก็รักษาต่อเนื่อง ตั้งนานเลยอาการดีขึ้น
ผู้บำบัด	ก็แสดงว่าคนที่ เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ก็รักษาได้แล้ว อาการดีขึ้นด้วย คุณเคยซักถามเรื่องโรค และการรักษาที่โรงพยาบาล หรือแพทย์ที่รักษาคุณไหม
สมศักดิ์	ไม่เคยครับ เคยแต่ไปตรวจน้ำตาลในเลือด และฉีดยา รับประทาน กิน ก็กลับบ้านเลย แต่จริงๆ ก็วัยเดียวกับผมอาการดีก็มีครับ
ผู้บำบัด	กรณีคุณสงสัยเรื่องการรักษาว่าเป็นอย่างไร อยากให้คุณถามแพทย์ และพยาบาลในเรื่องนี้ จะได้หายข้องใจ หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้คุณวิตกกังวล และคิดมาก
สมศักดิ์	ครับ ไปครั้งนี้ผมจะลองถามดูให้แน่ใจ

จากการสนทนาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ผู้บำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นหลักฐานบางประการที่คัดค้านความคิด ความเชื่อเดิมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเริ่มไม่แน่ใจในความคิด ความเชื่อเริ่มต้น นอกจากนี้ ผู้บำบัดยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาหลักฐานเพิ่มเติมโดยการสอบถามกับพยาบาลและแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยด้วย

2.7.5 การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่ โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยลองเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเดิม เป็นแบบใหม่ที่ช่วยให้ตนเอง สบายใจขึ้น หรือทุกข์ใจน้อยลง วิธีการนี้จะเน้นฝึกทักษะผู้ป่วย จากความคิดเชิงลบ เป็นเชิงบวก แต่อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนความคิดโดยทันทีทันใด จากลบ ให้กลายเป็นบวก คงเป็นเรื่องยากกับผู้ป่วยบางคน แต่จากความคิดเชิงลบที่ทำให้เกิดทุกข์ใจอย่างมาก ให้ปรับเป็นความคิดเชิงลบที่น้อยลงใกล้เคียงเชิงบวก แต่ทำให้ทุกข์ใจน้อยลง ก็อาจเป็นขั้นตอนที่ดีที่จะพัฒนาตนเองไปสู่เชิงบวกได้ในอนาคต ในที่นี้จึงใช้คำว่า การปรับความคิดใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม

จากกรณีที่ 1 นายสมพร

ผู้บำบัด : เมื่อสักครู่นี้เราได้พิจารณาร่วมกันว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อความคิด แว็บแรกที่เกิดขึ้น และมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างไรตามมา ซึ่งทำให้คุณน้อยใจ เสียใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ และมีผลกระทบต่องานและการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิต คุณสมพรคิดว่า จากเหตุการณ์เดียวกัน มีเหตุผล หรือหลักฐานที่สามารถคิดเป็นอย่างอื่นแล้วช่วยให้จิตใจสบายขึ้นไหม

สมพร : ก็เคยคิดครับ ก็ช่วยให้ใจดีขึ้น คือผมคิดว่า.....

ผู้บำบัด : เมื่อคิดตามที่บอกช่วยให้อารมณ์ความรู้สึก หรือพฤติกรรมต่อแม่เป็นอย่างไร

ผู้บำบัดได้สรุปให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุการณ์เดิม แต่เมื่อเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติใหม่ (automatic thoughts) ก็ช่วยให้ใจสบายขึ้น ดังนี้

A	B	C
เหตุการณ์เดิม	ไม่มีแม่คนใดตัดลูกขาด แต่แม่จำเป็นต้องมีคนดูแล เพราะอายุมากแล้ว ตัวเองก็ไม่ค่อยได้ไปอยู่กับแม่ การที่มีคนมาดูแลแม่แทนพ่อ ทำให้แม่มีความสุข เป็นสิ่งที่ดีสำหรับแม่และเราด้วย (90 คะแนน)	• จิตใจสบายใจขึ้น (80 คะแนน) • รักแม่ (80 คะแนน)

กรณีที่ 2 นายสมศักดิ์

ภายหลังใช้วิธีการบำบัดด้วย CBT ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงใหม่ ดังนี้

A	B	C
เหตุการณ์เดิม	คิดว่าเป็นโรคที่รักษาได้ เพราะมี ตัวอย่างในการรักษาได้ดี ใกล้เคียงเดิม มีหมอมานำให้กำลังใจ พ่อแม่คอยห่วงใย ถ้าใจสู้โรคทุก โรคน่าจะดีขึ้น (80 คะแนน)	• อารมณ์ดีขึ้น (70 คะแนน) • มองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเดิม และมีความหวังในการรักษา (80 คะแนน) • เริ่มออกจากห้องออกมาพบปะกับญาติและเพื่อน ๆ • ทำงานช่วยพ่อแม่เช่นเดิม เช่น ดูแลความสะอาดห้องตนเอง เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ช่วยพาแม่ไปทำนา

2.7.6 การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique หรือ BRT) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย เทคนิคนี้จะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้พิสูจน์ความจริงที่ผู้ป่วยสงสัย หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น นางสมศรี (นามสมมติ) คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นเวลานานด้วยโรคเบาหวานเกือบ 30 ปี สามีอาจเบื่อหน่ายและแอบมีภรรยาใหม่ เนื่องจากตนเอง ก็สนองความต้องการทางเพศของสามีไม่ได้ ผู้บำบัดได้ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัยหลักฐานมาสนับสนุนความคิดของผู้ป่วยว่ามีหลักฐานอะไร ผู้ป่วยตอบว่า สนใจผู้ป่วยน้อยลง ไม่เหมือนเดิม รำคาญ หงุดหงิดผู้ป่วยมากขึ้น ผู้บำบัดได้ชักชวนความคิดโดยการฝึกการใช้คำถามที่จะถามสามีผู้ป่วยในเรื่องนี้ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก โดย ผู้บำบัดจะสมมติตนเองเป็นสามีผู้ป่วยฟังผู้ป่วยพูด และปรับปรุงแก้ไขคำพูดให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้ถามสามีโดยการหาหลักฐานยืนยันความคิดนี้ ในทางปฏิบัติของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายสามารถนำไปปฏิบัติเองได้โดยไม่ต้องฝึกใช้คำถาม สำหรับนางสมศรี ได้ให้ผู้ผู้ป่วยหาหลักฐานยืนยันจากปากสามีว่าไม่มีเมียน้อยตนเองก็จะสบายใจ เพราะเกรงว่าทรัพย์สินสมบัติจะถูกเมียน้อยเอาไป ผู้บำบัดจึงได้ให้ผู้ผู้ป่วยนำทักษะนี้ไปใช้เพื่อพิสูจน์ความจริงที่ค้างอยู่ในใจผู้ป่วย พบว่า

สามี : “ไม่เคยคิดมีเมียน้อย แต่อาจจะรำคาญบ้างที่ผู้ป่วยค่อนข้างขี้บ่น และต้องการได้อะไรต้องได้ดังใจ ซึ่งบางครั้งตนเองไม่ว่างผู้ป่วยอาจนึกน้อยใจ แต่เรื่องเมียน้อยไม่มีแน่นอน เพราะไม่อยากให้ครอบครัวมีปัญหา อายุมากแล้วไม่คิดฝึกฝืนในเรื่องนี้ อายุลูกหลาน” จากการ

พิสูจน์โดยใช้ทักษะ BRT ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น และไม่พูดเรื่องนี้อีกในการบำบัดครั้งต่อไปจนยุติบริการ

ในการใช้เทคนิค A-B-C, ECET, การคิดเป็นแบบอื่น เป็นการใช้ที่สอดคล้องเป็นเรื่องเดียวกันโดยจะต้องเรียงมาจากเทคนิคแรกก่อน คือ A-B-C นั่นคือ ผู้ป่วยต้องสามารถเชื่อมโยง A-B-C ได้ จึงจะสามารถใช้ ECET และ การคิดเป็นแบบอื่น ตามมา ฉะนั้น ในการบำบัดจะใช้ 3 เทคนิคนี้วนไปมา เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนไม่ได้มีเหตุการณ์เพียงเรื่องเดียวที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ อาจมีเหตุการณ์หลายเรื่องเกิดขึ้นในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้การบ้านแก่ผู้ป่วยไปทำที่บ้านเพื่อนำมาอภิปรายในครั้งต่อไป การหาหลักฐานเพื่อมาเป็นเหตุผลสนับสนุนความคิดนั้นๆ บางครั้งผู้ป่วยก็คิดได้เอง แต่บางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยมองทุกอย่างในชีวิตในเชิงลบ ผู้บำบัดอาจต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดมองปัญหาในแงุ่มใหม่

2.7.7 การมองปัญหาในแงุ่มใหม่ (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนการรับรู้หรือความคิดของผู้ป่วย เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการเปรียบเทียบความคิดเดิมกับการมองปัญหาในแงุ่มใหม่

ความคิดเดิม	การมองปัญหาในแงุ่มใหม่
• แม่วุ่นวายยุ่งเกี่ยวกับลูกมากเกินไป • ลูกต้องคอยให้ฉันบอกทุกอย่างจึงจะทำอะไรเป็น พอฉันบอกก็รำคาญว่าฉันพูดมาก รำคาญเถียงฉัน พอฉันไม่บอกก็ตื่นสาย ฉันกลัวไปทำงานไม่ทัน • รู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลพ่อ แม่สามี • ลูกฉันมันปัญญอ่อนดึบย่อยๆ เพื่อให้มันฉลาดจำ จะได้ไม่ทำอีก มีแต่เอากล้วยไปให้ไก่กินฉันเสียตาย บางครั้งโมโหมากก็ลืมหิ้วตีสุดแรงเกิดจนหมดแรง	• แม่รักลูกมาก • ลูกโตแล้วรับผิดชอบตนเองได้ ที่ผ่านมาก็ไม่เคยถูกหัวหน้าตำหนิเรื่องการทำงาน ยุคสมัยเปลี่ยนไป คนกล้าแสดงเหตุผลความคิดเห็นมากขึ้น (เหตุผลได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ผู้บำบัดสรุปให้เห็นมุมมองที่ต่างกัน) • เป็นการกตัญญูต่อพ่อแม่สามี สามีสบายใจ และเป็นแบบอย่างให้ลูกเราเลียนแบบ เลี้ยงดูเราเมื่อแก่เฒ่า • ลูกของป้ามีอายุสมองและความสามารถเท่ากับเด็ก 2 ขวบ ถึงแม้ว่าอายุจะ 20 ปีแล้วก็ตามถึงป้าตีไปเขาคงจำไม่ได้ว่าเขาทำผิดอะไร แต่ก็แก้ปัญหานี้ได้ โดยป้าเก็บกล้วยไว้ให้พันมือ เขาก็จะไม่เกิดปัญหาอีก ป้าจะได้ไม่โมโหจนลืมหิ้วตี

2.7.8 การวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์ มีแต่ให้โทษต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ตัวอย่างเช่น

A	B	C
ตื่นเช้าต้องทำงานกวนขนม กระดาษสารทุกวัน	คิดว่าเป็นคนมีกรรมเกิดมา ไม่เคยสบายเหมือนเพื่อน คนอื่น มีโรคเบาหวานด้วย ต้องทำงานหนัก ไม่ค่อยได้ พักผ่อนทั้งที่อายุมากแล้ว ชีวิตช่างเป็นคนโชคร้าย	• เบื่อหน่าย ท้อแท้ • กังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

จากความคิดดังกล่าวผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าถ้าคิดและเชื่อแบบนี้มีผลดีต่อร่างกายหรือไม่ ผู้ป่วยตอบว่ามีแต่ผลเสีย เพราะยังทำให้ตนเองเป็นทุกข์ และมีผลต่อร่างกาย คือ เบื่ออาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเดิม เหนื่อย เพลียไม่มีเรี่ยวแรงอยากทำอะไร จากนั้นผู้บำบัดได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ต่อไปว่า ถ้าคิดแบบใหม่ตามที่ผู้ป่วยปรับความคิด ทำให้เกิดผลดีต่อตนเองอย่างไร การคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการคิดแบบใหม่มากยิ่งขึ้น

2.7.9 การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) เป็นทักษะที่ฝึกให้ผู้ป่วยเตือนตนเองให้หยุดความคิดในแง่ไม่ดีกับตนเอง อาจใช้ยางรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้ยางตีตจนรู้สึกเจ็บเพื่อกระตุ้นเตือนตนเอง ในทางปฏิบัติจริงผู้ป่วยใช้การหยิกตนเองหรือการหายใจเข้าออกแรงๆ เพื่อช่วยเตือนตนเองให้หยุดคิด ก็สามารถนำมาใช้ได้

2.7.10 การให้การบ้าน (Homework) ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะสามารถทำการบ้านที่มอบหมายได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย อาจไม่สามารถเขียนการบ้านได้ หรือหากจะมอบหมายให้ผู้อื่นเขียนการบ้านแทน เช่น ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ก็อาจเกิดปัญหา เพราะเรื่องบางเรื่องที่ขอรับการปรึกษาเกี่ยวกับครอบครัว เป็นความลับภายในครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใครทราบ หรือคนในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทราบ การให้คนเหล่านั้น เขียนการบ้านตามที่ให้อาจเกิดปัญหาเพิ่มขึ้นในครอบครัวได้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ และไม่สะดวกที่จะให้คนในครอบครัวเขียนให้ อาจใช้วิธี ให้จดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่แล้ว มาหาความเชื่อมโยงของ A-B-C และใช้ทักษะ ECET และการคิดเป็นแบบอื่น ต่อไป ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ขาดโอกาสในการบำบัดรักษาด้วย CBT เป็นการประยุกต์ใช้ CBT ให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับสังคมเศรษฐกิจฐานะค่อนข้างต่ำ มีความรู้อยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือประถมศึกษาปีที่ 6 เท่านั้น

2.7.11 การสะท้อนกลับ (Feedback) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนที่สำคัญ ที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย ฉะนั้น ก่อนสิ้นสุดการบำบัดทุกครั้ง ผู้บำบัดควรใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ โดยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเพื่อประโยชน์ต่อการบำบัดครั้งต่อไป ดังนี้

ผู้บำบัด : จากการที่เราพูดคุยถึงปัญหาความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา และเราได้ช่วยกันปรับความคิด มุมมองปัญหาเสียใหม่ ช่วยให้อารมณ์ความรู้สึก ของคุณดีขึ้น ไม่ทราบว่าความรู้สึกอย่างไรต่อการให้การปรึกษาในครั้งนี้

ผู้รับบริการ: (นางสมศรี) ช่วยให้นึกคิดว่า สุขหรือทุกข์อยู่ที่ตัวเรา ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร ถ้าวาง ปลง รู้จักพอ ใจก็จะสบายขึ้น ไม่เครียดเดี๋ยวนี้ ไม่ได้กินยาแก้ปวดหัวไมเกรนอีกเลย อาจเพราะเราคิดในทางที่ดีใจเลยดี ไม่เครียด แต่คุณหมอคงไม่ว่าอะไรนะที่ฉันทำการบ้านไม่ได้ เขียนหนังสือได้แต่ช้ามาก จะให้ลูกหลานเขียนให้ก็ไม่ดี เพราะเรื่องบางเรื่องเป็นเรื่องของผู้ใหญ่ ลูกหลานไม่ควรรู้ เอาเป็นว่าจะมาเล่าให้หมอฟังก็แล้วกันนะ

ผู้รับบริการ: (นายสมพร) ดีครับ ช่วยให้ผู้รู้สึกดีตนเอง จับความคิดที่แวบเข้ามาได้ ทำให้หยุดความคิดได้ทัน อารมณ์ ความรู้สึกแย่ๆ ก็ไม่เกิดขึ้น ใจไม่ทุกข์ก็ทำงานได้สบายใจ ไม่ไปหาผัดใจกับใคร ทำให้อารมณ์เสียทั้งวัน

ผู้รับบริการ: (นายสมศักดิ์) ช่วยผมได้เยอะ ถ้าไม่เจอคุณหมอ ผมอาจนอนหมดหวังอยู่ๆ ในห้องแบบเดิม เบื่อหน่าย คุณหมอช่วยให้ผมมีความหวังและมีเป้าหมายใหม่ในชีวิต

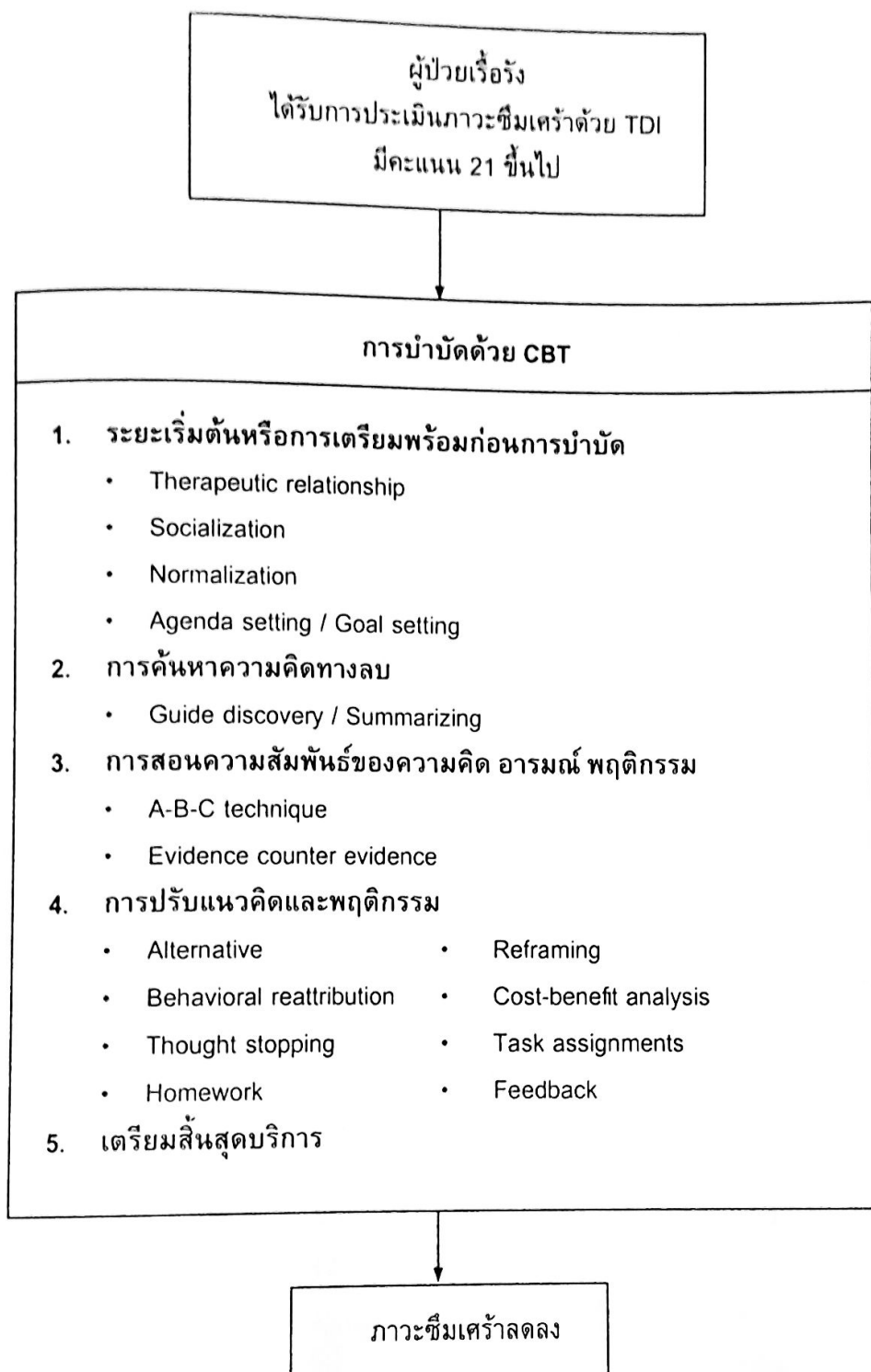
ผู้รับบริการ: (นางสมใจ) อยากให้หมอมาบ่อยๆ เพราะเวลามีเรื่องกลุ้มใจ หมอก็ช่วยกันหาสาเหตุกับฉันว่าฉันคิดอย่างไรที่ทำให้ใจแย่ เบาหวานก็ขึ้น เพราะทุกข์ใจ แผลหายช้า ฉันว่าฉันทำได้ แต่ก็มีเรื่องมากกระตุ้นฉันอยู่เรื่อยๆ ก็อาจไม่ดีเร็วอย่างใจอยากให้ เป็น ถึงหมอเลิกพบฉันแล้ว ถ้าว่างมาทางนี้ก็มาหากันบ้างนะ

2.7.12 การมอบหมายงาน (Task assignment) ในกรณีที่พบว่าผู้รับบริการค่อนข้างมีเวลาว่างมาก คิดฟุ้งซ่าน ผู้บำบัดจะมอบหมายงานในช่วงที่ไม่ได้พบผู้บำบัด โดยอาจให้ 1 สัปดาห์ถัดไปก่อนมาพบกัน มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ออกกำลังกาย ทำงานบ้าน การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) และการคลายเครียดด้วย

วิธีการต่างๆ เท่าที่โอกาสอำนวยตามความชอบหรือความถนัดของผู้ป่วย และจะติดตามผลครั้งต่อไป ถ้าทำไม่ได้ ผู้บำบัดจะร่วมกันค้นหาปัญหาว่าเกิดอะไรขึ้น ช่วยแก้ปัญหาซ้ำในชั่วโมงการบำบัดด้วย CBT จนกระทั่งผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ ในการฝึกการหายใจ หากฝึกฝนจนชำนาญ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่สบายใจก็สามารถนำมาใช้ได้ทันที และเพื่อลดความคิดฟุ้งซ่านหลายเรื่องได้ด้วยตลอดจนหากทำเป็นประจำทุกวัน คือ ก่อนตื่นนอน กลางวัน และก่อนเข้านอน เป็นต้นก็จะเกิดความชำนาญมากขึ้น ผลการฝึกทักษะในเรื่องนี้ ผู้ป่วยบอกว่า ช่วยให้ไม่คิดมาก ไม่คิดฟุ้งซ่านหลับสบาย ใจสบาย สงบและลดการกินยา หรือการนวดยา เพื่อคลายการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้ รวมทั้งลดการกินยานอนหลับ ลดการกินยาแก้ปวดศีรษะด้วย ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธถ้ามีพื้นฐานการทำสมาธิอยู่เดิมก็อาจให้ผู้ป่วยทำสมาธิ โดยฝึกทักษะจากพื้นฐานเดิมที่มีอยู่ของผู้ป่วยก็ได้ อย่างไรก็ตามการมอบหมายงานใดๆ ควรให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ยังใช้ทักษะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยจดบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละวัน ตั้งแต่เช้าจนกระทั่งเข้านอน ในกรณีที่ผู้ป่วยคิดว่ามีแต่ความโชคร้ายเข้าสู่ชีวิตตนเอง การบันทึก เหตุการณ์ เช่นนี้ทุกวันจะช่วยให้ผู้ป่วยพบว่า ในความเป็นจริงก็มีเรื่องดีๆ เข้าสู่ชีวิตตนเองด้วย

2.8 ภาพรวมของการบำบัดด้วย CBT



ภาพที่ 5 ขั้นตอนและเทคนิคในการบำบัดด้วย CBT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

หมายเหตุ เทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในแต่ละระยะเป็นเทคนิคหลักๆ ที่ใช้ในระยะนั้นๆ แต่อาจหมุนเวียนสลับกันไปได้หลายๆ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนไม่ได้มีปัญหาเพียงปัญหาเดียว การบำบัดจึงมุ่งช่วยเหลือแก้ไขในแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้เทคนิคการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานต้องนำมาใช้ในการบำบัดด้วย CBT ร่วมกัน

2.9 รายละเอียดการบำบัดด้วย CBT

2.9.1 จำนวนครั้งในการบำบัด ในการบำบัดด้วย CBT แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ให้บริการรวม 6 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 วัน สัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ครั้งที่ 3-5) สำหรับครั้งที่ 6 ห่างจากครั้งที่ 5 เป็นเวลา 1 เดือน

ในสัปดาห์ที่ 1 ที่นัดหมาย 2 ครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกอย่างเต็มที่ และผู้บำบัดจะได้จับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจน Cognitive triad ของผู้ป่วยในการให้การบ้านสามารถมอบหมายได้ตั้งแต่ครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตนเองว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจจดจำเอาไว้ และมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในครั้งต่อไป แต่ถ้าสามารถเขียนได้ก็ให้บันทึกในแบบฟอร์มก็ได้ การเริ่มบำบัดด้วย CBT ได้เร็วหรือไม่ขึ้นกับสัมพันธภาพที่ดีที่ ผู้บำบัดสามารถสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจได้หรือไม่

การสังเกตว่าผู้ป่วยพร้อมรับการบำบัดด้วย CBT อาจสังเกตได้จาก

- 1) อารมณ์ความรู้สึกลดลง
- 2) ผู้ป่วยเปิดใจยอมรับความจริงว่าความคิดของตนเองทำให้ตนเองมีความทุกข์ หรือมีความสุขได้ ไม่ปิดกั้นตนเอง
- 3) เมื่อผู้ป่วยเริ่มเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมได้จึงนัดหมายครั้งต่อไปให้ห่างกัน 1 สัปดาห์เพื่อมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย

2.9.2 การบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง อาจแตกต่างกันในด้านผู้ป่วยที่ซึมเศร้าเล็กน้อย สามารถเริ่มต้นการบำบัด CBT ได้เร็วกว่า เนื่องจากระดับอาการรุนแรงน้อยกว่าจึงพร้อมรับการบำบัดได้ ทั้งนี้การบำบัดในแต่ละครั้งควรยืดหยุ่นตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และการนัดหมายถี่ห่างอาจพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.9.3 รายละเอียดการบำบัดด้วย CBT ในแต่ละครั้ง

ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้น (beginning stage) เป็นการเตรียมพร้อมก่อนบำบัด
วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อสร้างความไว้วางใจ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยระบายออกถึงปัญหา อารมณ์ ความทุกข์ใจ และร่วมกันกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้น กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน และการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด
- 1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ และการบำบัดรักษา

วิธีดำเนินการบำบัด

โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ประเมินปัญหาความไม่สบายใจหรือทุกข์ใจที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ และการบำบัดรักษา เน้นการระบายอารมณ์ความรู้สึก สรุปประเด็นปัญหาที่เป็นความคิดเชิงลบ และกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน

ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) เป็นการฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วย โดยร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหา และให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ตามมา

วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วยที่รบกวนการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน
- 2.2 เพื่อทำความเข้าใจการบำบัดด้วย CBT แนวคิดและประโยชน์ที่จะได้รับ
- 2.3 ร่วมมือกับผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการบำบัด

ทบทวนประเด็นปัญหาครั้งที่แล้ว และค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในช่วงที่ไม่พบกัน เน้นเทคนิค การเกริ่นนำสู่การบำบัด และการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา ตลอดจนอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าสรุปปัญหาความคิดเชิงลบที่เกิดจากการมองตนเอง มองโลก มองอนาคตของผู้ป่วย และมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไร มอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยเขียนบันทึกเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความคิดเชิงลบ ซึ่งเป็นความคิดอัตโนมัติที่มีผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ทบทวนความเข้าใจในการบ้านที่มอบหมาย ปรับความยากง่ายของการบ้านให้เหมาะสมกับผู้ผู้ป่วย สะท้อนกลับผลการบำบัด นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior)

วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตลอดจนอาการทางกายที่เกิดขึ้น
- 3.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ด้วยตนเอง
- 3.3 ผู้ป่วยสามารถหาหลักฐานมาสนับสนุน หรือคัดค้านความคิดในเชิงลบที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการบำบัด

ทบทวนการปรึกษาครั้งที่แล้ว ตรวจสอบการบ้านว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ ความเชื่อมโยงระหว่าง ABC อย่างไร ทบทวนทำความเข้าใจกับผู้ผู้ป่วย และให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการคิดเป็นแบบอื่นโดยหาหลักฐาน หรือเหตุผลที่ทำให้ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองดีขึ้น

นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาหลักฐานและหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อทดสอบแนวความคิดเชิงลบของตนเอง ว่าเป็นความจริงหรือไม่ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบใหม่ ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่แล้วของผู้ป่วยร่วมกันแก้ไขปัญหา และให้ผู้ผู้ป่วยสะท้อนกลับการบำบัด การให้การศึกษา มอบหมายการบ้าน และนัดหมายสัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavioral restructuring) วัตถุประสงค์

- 4.1 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิดตนเองโดยกาคิดในแบบอื่นๆในเหตุการณ์เดียวกัน
- 4.2 ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เกิดขึ้นได้ ความรู้สึก และพฤติกรรมท หรือปรับมุมมองใหม่
- 4.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 4.4 ลดอาการป่วยของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการบำบัด

ทบทวนการให้การศึกษาครั้งที่แล้ว ตรวจสอบการบ้านดูพัฒนาการของการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบเป็นความคิดที่เหมาะสม และให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงผลดีของอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ค้นหาการเผชิญปัญหาในอดีตที่ผ่านมา ส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เหมาะสม ตลอดจนให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้การเผชิญปัญหาใหม่เพื่อลดการเกิดความคิดเชิงลบที่กระตุ้นความคิดของผู้ป่วย สรุปการให้การศึกษา การให้การบ้าน สะท้อนกลับ การบำบัด และนัดหมายในสัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 5-6 ระยะสุดท้าย (End stage) เป็นระยะเตรียมสิ้นสุดบริการ วัตถุประสงค์

- 5.1 เตรียมให้ผู้ผู้ป่วยบำบัดตนเอง
- 5.2 ผู้ป่วยสามารถระบุถึงความก้าวหน้าในการปรับความคิด และพฤติกรรม

ครั้งที่ 5 ทบทวนประเด็นปัญหา ตรวจสอบการบ้านและประเมินผลความคิด อัตโนมัตติที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบจากเริ่มต้นให้การศึกษา และ ณ ปัจจุบันภายหลังการบำบัด โดยให้ผู้ผู้ป่วยยกตัวอย่างความคิดในเชิงลบที่เกิดขึ้น (การมองตนเอง มองโลก มองอนาคต) ว่ามีการปรับเปลี่ยนดีขึ้นจากเดิมอย่างไร ประเมินทักษะของการแก้ปัญหา สรุปความก้าวหน้า ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย สะท้อนกลับการบำบัด นัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 เดือน โดยการให้การบ้านผู้ป่วย เมื่อมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์มากระทบ ทำให้เกิดความคิดเชิงลบที่มีผลทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ให้ผู้ป่วยปรับแนวคิดนั้นทันที และจดจำเรื่องราวมาบรรยายถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาดตนเองต่อไป

ครั้งที่ 6 ทบทวนการให้การศึกษาในภาพรวมทั้ง 5 ครั้ง ตรวจสอบการบ้าน ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการนำ CBT ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และการแก้ไข

ปัญหาที่เหมาะสม หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน สรุปผลการให้การปรึกษาทั้ง 6 ครั้ง และความก้าวหน้าของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้นของผู้ป่วย สะท้อนกลับการให้การบำบัดด้วย CBT บุติบริการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยติดต่อกลับมาได้ หรือมารับบริการได้อีกหากมีปัญหา

2.10 ข้อควรคำนึงในการบำบัดด้วย CBT

2.10.1 การสร้างความสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด ซึ่งคุณสมบัติที่สำคัญของผู้บำบัด คือ ความตั้งใจและจริงใจในการให้การบำบัด (genuineness) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การให้การปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขและไม่ตัดสินผู้ป่วย (nonjudgmental and unconditioning positive regard) เพราะการตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นคนไม่ดีย่อมมีผลต่อการบำบัดได้

2.10.2 เน้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อปัญหา อารมณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน พยายามจับประเด็นความคิดที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) เป็นความคิดที่บิดเบือนต่อการมองตนเอง มองบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งอนาคต แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ครบทั้ง 3 ประการ อาจมีเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้

2.10.3 การเริ่มใช้เทคนิค CBT พิจารณาจากผู้ป่วยอารมณ์สงบลงบ้าง เริ่มเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกได้ จึงเริ่มใช้เทคนิค ของ CBT ตามความเหมาะสมกับ อาการ ปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วย

2.10.4 การบำบัดด้วย CBT ควรให้การบ้าน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ และอารมณ์ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ เพื่อทำความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียนได้ และบันทึกได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่บันทึกไม่ได้ เพราะมีปัญหาในการเขียนหนังสือ อาจใช้วิธีการให้การบ้านให้ผู้ป่วยจดจำ และนำมาเล่าให้ผู้บำบัดในครั้งต่อไป แต่การให้การบ้านควรชัดเจน ว่าให้จดจำเหตุการณ์สำคัญทั้งบวก และลบ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น อารมณ์ที่ตอบสนอง ตลอดจนพฤติกรรมด้วย

2.10.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบพยาบาล ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในแต่ละครั้งที่สนทนามีโครงสร้างในการสนทนาประกอบด้วย (Townsend, 2003)

1. ตรวจสอบอาการที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์
2. ร่วมกันกำหนดเรื่องในการพูดคุยแต่ละครั้ง
3. ทบทวนการสนทนาในสัปดาห์ที่ผ่านมา
4. ทบทวนการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมา
5. อภิปรายหัวข้อเรื่องในสัปดาห์นี้
6. ส่งเสริมให้ทำการบ้านในสัปดาห์ต่อไป
7. สรุปการพูดคุยในสัปดาห์นี้
8. ให้ผู้ป่วยสะท้อนกลับ (feedback) ในการสนทนาก่อนสิ้นสุดการบำบัดแต่ละครั้ง

2.10.6 การทบทวนการบ้านผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยเล่าหรือบรรยายรายละเอียด ผู้บำบัดต้องเขียนลงในช่อง เหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ และการตอบสนองทางอารมณ์ทันที หากไม่เข้าใจชัดเจนในช่องใด ควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับใบการบ้าน ที่ให้ผู้ป่วยบันทึกขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยนำส่งผู้บำบัด ควรทำความเข้าใจในแต่ละช่องให้ชัดเจนเช่นกัน นอกจากนี้ ยังให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับคะแนนที่ตนเองคิด และความรู้สึกด้วย ว่ามีคะแนนเท่าไรในเรื่องนั้นๆ สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ในช่วงของการปรับเปลี่ยนความคิดเป็นแบบอื่น ว่ามีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรมอย่างไร ซึ่งต้องมีการให้คะแนนอีกครั้งภายหลังการปรับแนวคิดแล้วเช่นกัน จากการให้คะแนนทั้ง 2 ครั้งนี้ ในเหตุการณ์เดียวกัน ผู้บำบัดจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างในตัวผู้ป่วย

2.10.7 ในชั่วโมงการบำบัด ผู้บำบัดจะเน้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเชื่อมโยง เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม โดยนำเอาสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ ลงมาวิเคราะห์ จากนั้น ให้หาหลักฐานมาสนับสนุน หรือคัดค้านความคิดนั้น และลองปรับเปลี่ยนความคิดเป็นแบบอื่น และวิเคราะห์ว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างไร เมื่อเกิดความชำนาญในชั่วโมงการบำบัด จึงมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยลองนำไปปฏิบัติจริง โดยมีเหตุการณ์มากระทบ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ หรือรู้สึกไม่สบายใจ ก็ให้ผู้ป่วยลองปรับเปลี่ยนแนวความคิดทันที พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น นำมาพูดคุยกันในชั่วโมงการบำบัดครั้งต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ ก็ให้จดจำเหตุการณ์และนำมาเล่าให้ผู้บำบัดฟัง

2.10.8 การอธิบายความคิดรวบยอดทางด้านความคิด (Cognitive conceptualization) เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดในการเข้าใจแบบแผนการคิดของผู้ป่วย หากสามารถดำเนินการได้ และทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตั้งแต่ 1) ความเชื่อที่เป็นแกนกลาง 2) ความเชื่อที่อยู่ระหว่างกลาง 3) ความคิดอัตโนมัติ 4) อารมณ์ พฤติกรรม และพยาธิสภาพทางกายที่เกิดขึ้นตามมา ก็ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแบบแผนความคิดที่บิดเบือนของตนเองได้ดียิ่งขึ้น แต่หากไม่สามารถดำเนินการได้ถึงขั้นความเชื่อที่เป็นแกนกลาง ก็สามารถบำบัดผู้ป่วยได้ผลดีเช่นกัน

2.10.9 เมื่อสิ้นสุดการบำบัดแต่ละครั้ง ให้ผู้ป่วยเขียนการเรียนรู้ที่ได้รับสั้นๆ หรือผู้บำบัดเขียนให้ถ้าผู้ป่วยเขียนไม่ได้ ให้ผู้ป่วยเก็บไว้ เมื่อยุติการบำบัดให้มอบให้ผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้เก็บไว้เพื่อเตือนตนเองในการเรียนรู้ที่ได้ และทบทวนหรือกระตุ้นเตือนเมื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ตัวอย่าง บันทึกส่วนตัว

1. ได้ระบายปัญหาความไม่สบายใจที่เก็บไว้ในใจมาเป็นเดือน
2. ทุกสิ่งทุกอย่างจะสุขหรือทุกข์อยู่ที่เราคิดอย่างไรกับเหตุการณ์ที่มากระทบ แต่เหตุการณ์บางอย่างคิดเองไม่ได้ต้องพิสูจน์
3. การหาหลักฐานที่แท้จริงมายืนยันสิ่งที่เราคิดเอาเองพบว่าไม่ถูกต้องอะไรเลย หลงเสียใจเป็นเดือน
4. ก่อนนี้ก็งงๆ อยู่ กับคำพูดหมอบว่า พอมีเหตุการณ์แล้วจะเกิดอารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่ทันคิดว่ามีความคิดอะไรแวบมาจึงทำให้รู้สึกอย่างนั้น ตอนนี้เริ่มเข้าใจ
5. ดีใจที่จับความคิดแวบๆ เข้ามาได้เมื่อมีเหตุการณ์ไม่ตีมากระทบ ก็เปลี่ยนความคิดใหม่ใจดีขึ้นตั้งเยอะ
6. เป็นเดือนที่ไม่ได้พบหมอ แต่ก็ยังจำได้ถึงวิธีการดีๆ ฉันเรียกว่า สุขหรือทุกข์อยู่ที่ใจมาพบหมอเล่าให้หมอฟังว่าฉันทำแล้วนะ ผลก็ สามี่ชมว่า เจ้าไม่จ่ม (บ่น) เหมือนเก่า อารมณ์ดีขึ้น

3. การมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพ บำบัดด้วย CBT ดังนี้

3.1 ดำเนินงานตามโครงการ โดยคัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการ หากพบว่า มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนขึ้นไป ให้การบำบัดด้วย CBT ตามคู่มือที่จัดให้ โดยพยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย CBT อย่างน้อย 2 คน ทำการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง โดยใน 1 สัปดาห์แรกให้บริการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 วัน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากนั้น เว้นระยะห่างอีก 1 เดือน จึงพบผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง เพื่อประเมินผล และยุติบริการ

3.2 คุณสมบัติของผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการ

3.2.1 เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (ป่วยด้วยโรคที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

3.2.2 อายุ 20 - 60 ปี

3.2.3 รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านหนังสือออกหรือเขียนหนังสือได้

3.2.4 ไม่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรง หรือมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม

3.2.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนขึ้นไป (เมื่อวัดภาวะซึมเศร้าด้วย TDI) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป

3.2.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

3.3 การประเมินผู้ป่วยด้วยแบบวัดความซึมเศร้า TDI ของมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนธ์ (2542) ทำการประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนทำการบำบัดด้วย CBT หลังการบำบัดครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 ดังนี้

3.3.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียนได้ ให้ผู้ป่วยอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พยาบาลควรตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ให้เรียบร้อย เมื่อผู้ป่วยส่งคืน

3.3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ พยาบาลเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกคำตอบ และควรตรวจสอบให้ครบสมบูรณ์ทุกข้อ

3.4 แจกคู่มือให้กับผู้ป่วยคนละ 1 เล่ม ชื่อ ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข ในคู่มือจะมีเนื้อหาให้ผู้ป่วยอ่านทำความเข้าใจว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรมมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างไร และมีแบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจให้ผู้ป่วยได้บันทึกขณะอยู่ที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือได้ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนมอบหมายให้ผู้ป่วยทำมาส่งผู้บำบัดในครั้งต่อไป สำหรับบันทึกส่วนตัว ให้ผู้ป่วยบันทึกเมื่อสิ้นสุดการให้บริการแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้เรียนรู้หรือได้ข้อคิด ข้อเตือนใจอะไรบ้างเพื่อเก็บไว้อ่านเตือนความจำเมื่อผู้ป่วยยุติบริการและต้องบำบัดตนเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ แบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ อาจทำไม่ได้ มอบหมายให้ผู้ป่วยจดจำเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ มาเล่าให้ผู้บำบัดแทนการบันทึก

3.5 การสอนงาน (coaching) การบำบัดด้วย CBT ใช้วิธีการติดตามเยี่ยมพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย แห่งละ 1-2 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนของการดำเนินงาน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแนวทางแก้ไข ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก มีช่องทางในการให้การปรึกษาในการบำบัดด้วย CBT กับผู้ศึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ ซึ่งส่วนใหญ่จะติดตามเยี่ยมผู้เข้ารับการสอนงานในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในพื้นที่อื่นๆจะใช้วิธีประสานงานทางโทรศัพท์แทน

3.6 การประชุมประเมินผลเชิญพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการร่วมประชุมเพื่อประเมินผลความรู้ ทักษะในการบำบัดด้วย CBT ที่ผ่านมาโดยให้พยาบาลแต่ละคนนำเสนอผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ กระบวนการบำบัด เทคนิคที่ใช้ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จัดประชุม จำนวน 2 ครั้งๆ ที่ 1 ภายหลังการอบรมครบ 1 เดือน และ 2 เดือนตามลำดับ

3.7 การประเมินสมรรถนะพยาบาล (ตามแบบฟอร์มการประเมินสมรรถนะ) ผู้สอนงานทำการประเมิน จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ภายหลังการให้บริการผู้ป่วยไปแล้วอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการให้บริการครั้งที่ 6 (โดยการถอดเทปร่วมกับการศึกษาจากใบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ และบันทึกรายงานการให้การบำบัดด้วย CBT) ขอความร่วมมือในการบันทึกเทปการให้บริการผู้ป่วยเพียง 1 คนในครั้งที่ประเมินสมรรถนะดังกล่าวให้ด้วย เพื่อผู้ศึกษาจะได้ฟังการให้บริการจากการบันทึกเทป และประเมินสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นของผู้เข้ารับการอบรม นอกจากนี้จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการบำบัดและการใช้เทคนิคต่างๆ ของ CBT เพื่อเป็นแนวทาง

ในการจัดประชุมครั้งต่อไป (การบันทึกเทปทั้ง 2 ครั้งคือครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 ของการให้บริการ)

3.8 การประเมินผลความก้าวหน้าการบำบัดจากคู่มือผู้ป่วย โดยนำคู่มือผู้ป่วยที่บันทึกความก้าวหน้าในการบำบัดให้แก่ผู้สอนงานในวันประชุมประเมินผลครั้งที่ 2 เพื่อผู้ศึกษาขอถ่ายเอกสารเก็บไว้ ก่อนนำไปคืนให้ผู้ป่วยต่อไป

3.9 การรวบรวมแบบสอบถาม และแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง นำส่งวันประชุมทั้งในส่วนของผู้ป่วย และของพยาบาล เพื่อผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด เตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลโครงการ

ภาคผนวก ค
แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ

แบบประเมินความเข้มเศร้า
คำชี้แจง แบบประเมินความเข้มเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเข้มเศร้า
 ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความเข้มเศร้า
คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ท่านสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริง และครบทุกข้อ คำตอบที่ได้จากท่านจะนำมาสรุปรวมเป็นผลรวม ไม่มีข้อใดถูกหรือผิดและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม ○ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุดหรือใกล้เคียง

**แบบสอบถามเพื่อประเมินความซึมเศร้า
ชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง**

กรุณาวางกลมรอบข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ก. ห่อเหี่ยวมาก หดหู่ในอนาคต
ข. ห่อเหี่ยว มองอนาคตในแง่ร้าย
ค. ห่อเหี่ยวบ้างบางครั้ง
ง. ไม่หดหู่
2. ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
ข. คิดอยากตาย
ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย
3. ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย
ข. รู้สึกผิด คิดถึงแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต
ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ
ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี
4. ก. อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร
ข. คิดอะไร ทำอะไรเชิงซาลงมาก
ค. คิดอะไร ทำอะไรเชิงซาลงมากกว่าเดิม
ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม
5. ก. ง่วงนอน เดินไปมาอยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย
ข. กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ค่อยได้
ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย
ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย
6. ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย
ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลาทำให้สบายไม่ได้เลย
ค. รู้สึกซึมเซา ไม่แจ่มใสเหมือนเคย
ง. จิตใจสบายดี
7. ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง
ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย
ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่วิตกกังวล

8. ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย
 ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ
 ค. เบื่อง่าย แต่ยังมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ หรือมีคนมาพูดคุยด้วย
 ง. มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ เหมือนเดิม
9. ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ
 ข. หงุดหงิด จนเจียวบ่อ
 ค. หงุดหงิดน้อยกว่าเดิม แต่พอกุมได้
 ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด
10. ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ
 ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย
 ค. หลับยากบางครั้ง
 ง. นอนหลับปกติดี
11. ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย
 ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต้อยาก
 ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย
 ง. หลับปกติดี
12. ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย
 ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้
 ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม
 ง. กินอาหารได้ตามปกติ
13. ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย
 ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด
 ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย
 ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
14. ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย
 ข. สนใจทางเพศลดลง
 ค. สนใจทางเพศลดลงบ้างจากเคย
 ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม
15. ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย
 ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ แม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
 ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ
 ง. ไม่มีลังเลใจ

16. ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่
ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองน่าจะมีโรคทางร่างกาย
ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย
17. ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย
ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง
ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน
ง. สมาธิปกติ
18. ก. ทำงานไม่ได้เลย
ข. ทำงานแย่ลงกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน
ค. ต้องฝืนใจเวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง
ง. ทำงานได้ตามปกติ
19. อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แขนท้อม มือชา ปวดศีรษะ
ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก
ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย
ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง
ง. ไม่มีอาการทางร่างกายเลย
20. ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
ค. สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

วันที่เก็บข้อมูล.....ผู้เก็บข้อมูล.....

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หย่า หม้าย

☐ แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี/เทียบเท่า

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพ

☐ ทำงานบ้าน

☐ เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่)

☐ รับจ้าง

☐ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

☐ ค้าขาย

☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย..... ปี

**แบบประเมินความรู้
การอบรมการบำบัดด้วย CBT**

คำชี้แจง 1 แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT

- 2 ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด
- 3 คำตอบที่ได้รับไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน แต่จะเป็นการประเมินภาพรวมของการอบรมว่ามีผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ของท่านหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

☐ 1 ชาย

☐ 2 หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ 1 โสด

☐ 2 คู่

☐ 3 หย่า/หม้าย

☐ 4 แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ 1 ปริญญาตรี/เทียบเท่า

☐ 2 ปริญญาโท

☐ 3 อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานที่ปฏิบัติงานของท่าน

☐ 1 PCU/สอ

☐ 2 โรงพยาบาลอำเภอ

☐ 3 โรงพยาบาลจังหวัด

☐ 4 โรงพยาบาลจิตเวช

☐ 5 อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนของผู้วิจัย

ID ☐

Sex ☐

Age ☐

Sta ☐

Edu ☐

Pla ☐

6. ท่านปฏิบัติงานสุขภาพจิตมานาน.....ปี
7. งานที่ท่านรับผิดชอบในปัจจุบัน.....
8. ท่านได้รับการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเมื่อไร

Yea ☐Job ☐

ชื่อหลักสูตร	พ.ศ.	จำนวนวัน	ผู้จัดอบรม
8.1			
8.2			
8.3			
8.4			

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ในการบำบัดด้วย CBT

คำชี้แจง จงกาเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าคำตอบที่ถูกต้องที่สุดตามความคิดของท่าน

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมี Cognitive triad หมายถึง
 - ก มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง
 - ข มองตนเองในแง่ลบ มองอนาคตไร้ความหมาย
 - ค มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ
 - ง มองตนเอง ญาติพี่น้อง และเพื่อนร่วมงานในแง่ลบ
2. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามีความผิดปกติใน 4 ด้าน ดังนี้
 - ก ด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ
 - ข ด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้
 - ค ด้านความคิด สติปัญญา แรงจูงใจ และการรับรู้
 - ง ด้านอารมณ์ แรงจูงใจ พฤติกรรม ร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ
3. ข้อใด ไม่ใช่ สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - ก การเกิดปัญหาชีวิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง
 - ข มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และใช้กลไกทางจิตแบบ Projection
 - ค ผู้ที่ผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า
 - ง มีความผิดปกติของสารสื่อประสาท Serotonin
4. ข้อใดไม่ถูกต้อง
 - ก CBT เป็นการให้การบำบัดโดยใช้ทักษะพื้นฐานของการให้การปรึกษาร่วมด้วย
 - ข การบำบัดด้วย CBT ที่ได้ผลดีต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด
 - ค ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท Serotonin ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ
 - ง จำนวนครั้งในการบำบัดด้วย CBT ที่ได้ผลควรมีจำนวน 4-14 ครั้ง
5. การบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy หรือ CBT) หมายถึง
 - ก การจัดการกับสถานการณ์เพื่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม
 - ข การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ดี
 - ค การบำบัดโดยการปรับแนวคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม
 - ง การบำบัดโดยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสม

6. วัตถุประสงค์ของการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยซึมเศร้า คือข้อใด
 - ก ค้นหาความคิดด้านลบและบวก และปรับเปลี่ยนให้มีความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น
 - ข ปรับความคิดความเชื่อที่ทำให้ทุกข์ใจและไม่ให้เกิดความคิดหรือเหตุการณ์นี้ซ้ำอีก
 - ค ค้นหาความคิดด้านลบ และปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ เป็นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น
 - ง ค้นหาความคิดอัตโนมัติ และพยายามให้ผู้ป่วยโยนผลกระทบของความคิดที่มีต่อสถานการณ์และแรงจูงใจ
7. หลักของการบำบัดทางความคิดต่อไปนี้ ข้อใดกล่าวถูกต้อง
 - ก การบำบัดในระยะแรกเน้นการแก้ไขปัญหาทุกปัญหาที่เกิดขึ้น
 - ข ในการบำบัดเน้นการสอนให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดีเท่านั้น
 - ค ก่อนจบการบำบัดทุกครั้ง ควรมีการสะท้อนกลับ (feedback) หรือไม่ต้องมีก็ได้
 - ง การบำบัดสอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความเชื่อที่ทำให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้
8. CBT ใช้บำบัดได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มใด
 - ก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกโรค
 - ข ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล
 - ค ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการหลงผิดรุนแรง
 - ง ถูกทุกข้อ
9. ความคิดอัตโนมัติในภาวะซึมเศร้า หมายถึง
 - ก ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดที่ตอบสนองสถานการณ์ค่อนข้างไม่มีเหตุผล และไม่ เป็นไปตามความจริง
 - ข ความคิดที่สั่งการโดยประสาทอัตโนมัติอย่างทันทีทันใดเพื่อตอบสนองสถานการณ์
 - ค ความคิดที่ผ่านการกลั่นกรองและตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อสถานการณ์ที่มากระทบ
 - ง ความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นทันทีทันใดอย่างอัตโนมัติโดยผ่านการกลั่นกรอง
10. ข้อใดคือแบบแผนความคิดแบบการมองโลกในแง่ร้าย (catastrophizing)
 - ก ผมเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุยังน้อย ชีวิตผมคงหมดหวังเจ็บป่วยวันตาย
 - ข ผู้ป่วยคิดว่ามีแต่เรื่องร้าย ๆ เข้ามาสู่ชีวิตตนเองอยู่เสมอ
 - ค การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นเรื่องใหญ่หรือ มากเกินไป
 - ง ผู้ป่วยโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้หลานติดยาเสพติดทั้ง ๆ ที่บิดา มารดาของเด็ก เป็นผู้เลี้ยงดูหลาน

11. ข้อใดคือแบบแผนความคิดแบบการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างมากหรือน้อยเกินไป (magnification/minimization)
- ก. ผมเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ชีวิตผมคงหมดหวังเจ็บป่วยรอวันตาย
 - ข. ผู้ป่วยคิดว่ามีแต่เรื่องร้ายๆ เข้ามาสู่ชีวิตตนเองอยู่เสมอ
 - ค. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเรื่องใหญ่หรือมากเกินไป
 - ง. ผู้ป่วยโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้หลานติดยาเสพติดทั้งๆ ที่บิดา มารดาของเด็กเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน
12. ข้อใดคือแบบแผนความคิดแบบการทำนายเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยขาดหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune telling)
- ก. ผมเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ชีวิตผมคงหมดหวังเจ็บป่วยรอวันตาย
 - ข. ผู้ป่วยคิดว่ามีแต่เรื่องร้ายๆ เข้ามาสู่ชีวิตตนเองอยู่เสมอ
 - ค. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเรื่องใหญ่หรือมากเกินไป
 - ง. ผู้ป่วยโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้หลานติดยาเสพติดทั้งๆ ที่บิดา มารดาของเด็กเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน
13. ข้อใดคือแบบแผนความคิดแบบการนำเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนเองโดยไม่มีเหตุผล (personalization)
- ก. ผมเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ชีวิตผมคงหมดหวังเจ็บป่วยรอวันตาย
 - ข. ผู้ป่วยคิดว่ามีแต่เรื่องร้ายๆ เข้ามาสู่ชีวิตตนเองอยู่เสมอ
 - ค. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเรื่องใหญ่หรือมากเกินไป
 - ง. ผู้ป่วยโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้หลานติดยาเสพติดทั้งๆ ที่บิดา มารดาของเด็กเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน
14. A-B-C technique หมายถึง ข้อใด
- ก. การบำบัดนี้จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจความคิดที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ และผู้บำบัดจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้มีความรู้สึกดีขึ้น
 - ข. อาการที่คุณเล่าว่า ชีวิตเหมือนไม่มีอนาคต ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่คาดคิดมาก่อน
 - ค. ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา
 - ง. นำเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้น ลองให้ผู้ป่วยคิดใหม่ในทางที่เหมาะสมมากกว่าเดิม

15. Socialization เทคนิค หมายถึงข้อใด

- ก การบำบัดนี้จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจความคิดที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจและผู้ป่วยจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้มีความรู้สึกดีขึ้น
- ข อาการที่คุณเล่าว่า ชีวิตเหมือนไม่มีอนาคต ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่คาดคิดมาก่อน
- ค ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา
- ง นำเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้น ลองให้ผู้ป่วยคิดใหม่ในทางที่เหมาะสมมากกว่าเดิม

16. Normalization เทคนิค หมายถึง ข้อใด

- ก การบำบัดนี้จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจความคิดที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจและผู้ป่วยจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้มีความรู้สึกดีขึ้น
- ข อาการที่คุณเล่าว่า ชีวิตเหมือนไม่มีอนาคต ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่คาดคิดมาก่อน
- ค ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา
- ง นำเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้น ลองให้ผู้ป่วยคิดใหม่ในทางที่เหมาะสมมากกว่าเดิม

17. Alternative เทคนิค หมายถึง ข้อใด

- ก การบำบัดนี้จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจความคิดที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจและผู้ป่วยจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้มีความรู้สึกดีขึ้น
- ข อาการที่คุณเล่าว่า ชีวิตเหมือนไม่มีอนาคต ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่คาดคิดมาก่อน
- ค ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา
- ง นำเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้น ลองให้ผู้ป่วยคิดใหม่ ในทางที่เหมาะสมมากกว่าเดิม

18. ข้อใดใช้เทคนิค CBT ได้อย่างถูกต้อง

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|
| 1 Socialization | 2 Normalization | 3 A-B-C technique |
| 4 Evidence-counter evidence | | 5 Alternative |
| 6 Behavioral reattribution | | 7 Homework |

ก 1, 2, 3, 4

ข 1, 2, 4, 5

ค 2, 4, 5, 3

ง 2, 4, 5, 7

19. เทคนิคในข้อใด ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติ

ก Exploring

ข Guide discovery

ค Think discovery

ง Alternative

20. การมอบหมายงาน (task assignments) ใช้ในกรณีใด

ก ผู้ป่วยที่สามารถรับผิดชอบงานได้ดีโดยมอบการบ้านให้ไปทำที่บ้าน

ข ผู้ป่วยที่มีความรู้ การศึกษาดี เพื่อสามารถจดบันทึกการทำงานที่มอบหมายให้ไปได้

ค ผู้ป่วยมีเวลาว่างมาก คิดฟุ้งซ่านแต่เรื่องความทุกข์ของตนเอง

ง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพผู้บำบัดช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีรายได้

กระดาษคำตอบ
แบบประเมินความรู้ในการบำบัดด้วย CBT

ข้อที่	ก	ข	ค	ง
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

แบบประเมินสมรรถนะการปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด

- คำชี้แจง 1. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความสามารถของท่าน
2. ความหมายของข้อความในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้
- ไม่มีความรู้ หมายถึง ไม่มีความรู้ หรือไม่เคยได้ยินเทคนิคนั้นๆ มาก่อน
- มีความรู้แต่ไม่เคยนำไปใช้ หมายถึง มีความรู้ เคยศึกษา แต่ยังไม่เคยนำไปปฏิบัติ
- มีความรู้และนำไปใช้แต่ไม่เหมาะสม หมายถึง มีความรู้ เคยศึกษา และเคยนำไปปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วย
- มีความรู้และนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม หมายถึง มีความรู้ เคยศึกษา และนำไปปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ไม่เหมาะสม
- มีความรู้และนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม หมายถึง มีความรู้ เคยศึกษาและนำไปปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เทคนิค CBT	ไม่มีความรู้	มีความรู้แต่ไม่เคยนำไปใช้	มีความรู้และนำไปใช้แต่ไม่เหมาะสม	มีความรู้และสามารถนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย (automatic thought)				
1.1 ผู้บำบัดใช้ทักษะเฉพาะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติอย่างเป็นระบบ				
1.2 ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยระบุถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น				
1.3 ผู้บำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ได้กับผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่				
1.4 ผู้บำบัดไม่ใช้วิธีการแนะนำหรือโต้แย้งความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย				
2. การให้ผู้ป่วยบันทึกหรือจดจำความคิดที่ผิดปกติ (recording dysfunctional thought)				
2.1 ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการบันทึกหรือจำ				

เทคนิค CBT	ไม่มี ความรู้	มีความรู้ แต่ไม่เคย นำไปใช้	มีความรู้และ นำไปใช้แต่ ไม่เหมาะสม	มีความรู้และ สามารถ นำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
2.2 ผู้บำบัดตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกหรือจำ				
2.3 ผู้บำบัดมีการตรวจสอบการบันทึกของผู้ป่วยหรือจำ และทำความเข้าใจข้อความที่ผู้ป่วยบันทึกหรือจำมาให้				
2.4 ผู้บำบัดให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบันทึกหรือจำ				
3. การสรุปความ (summarizing)				
3.1 มีการสรุปความก่อนให้การบำบัดใน session ต่อไป				
3.2 มีการสรุปความเพื่อตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ผู้ป่วยเป็นระยะๆ หรือจับประเด็นปัญหาอย่างเป็นระบบ				
3.3 ผู้บำบัดสรุปความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาในช่วงการบำบัด				
3.4 มีการสรุปความก่อนสิ้นสุดการให้บริการในแต่ละ session				
4. การกำหนดระเบียบวาระ (agenda setting)				
4.1 ผู้บำบัดและผู้ผู้ป่วยสร้างกำหนดการในการพูดคุยในแต่ละ session ร่วมกัน				
4.2 การสร้างกำหนดการในแต่ละครั้งต้องเป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงตามปัญหาของผู้ป่วย				

เทคนิค CBT	ไม่มี ความรู้	มีความรู้ แต่ไม่เคย นำไปใช้	มีความรู้และ นำไปใช้แต่ ไม่เหมาะสม	มีความรู้และ สามารถ นำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
4.3 ก่อนกำหนดกำหนดการต้อง ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย				
4.4 กำหนดการที่กำหนดขึ้น อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงของผู้ป่วย และเหมาะสมกับเวลาในการบำบัด				
4.5 ผู้บำบัดดำเนินการตาม กำหนดการให้มากที่สุดและจัด กำหนดการซ้ำถ้าปัญหายังไม่หมดสิ้น				
5. socialization 5.1 ผู้บำบัดเกริ่นนำให้ผู้ป่วยทราบ ว่ารูปแบบการบำบัดทางความคิดเป็น อย่างไร และดำเนินการเช่นไร				
5.2 ผู้บำบัดใช้ทักษะนี้ในช่วงเวลา ที่เหมาะสม				
6. normalization 6.1 ผู้บำบัดสรุปอาการสำคัญๆ ที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบเพื่อ ตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน				
6.2 ผู้บำบัดชี้ให้เห็นว่าอาการต่างๆ ของผู้ป่วยอาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ				
7. A-B-C technique 7.1 ผู้บำบัดฝึกทักษะให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แง่ลบ				
7.2 ผู้บำบัดฝึกทักษะให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ อารมณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกี่ยวข้องกับความคิด หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องใดบ้าง				

เทคนิค CBT	ไม่มี ความรู้	มีความรู้ แต่ไม่เคย นำไปใช้	มีความรู้และ นำไปใช้แต่ ไม่เหมาะสม	มีความรู้และ สามารถ นำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
7.3 ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยเชื่อมโยง เหตุการณ์ความคิดความเชื่อ และอารมณ์ ที่เกิดขึ้นตามมา				
8. evidence-counter evidence technique 8.1 ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมิน ความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐาน ที่มีเหตุผล				
8.2 ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ผู้ป่วยหาหลักฐานต่างๆ มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้นๆ				
8.3 ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน หลักฐานหรือข้อสรุปจากหลักฐานที่ได้รับ ตามความเป็นจริง				
9. alternative technique 9.1 ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณา ความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้ หรือไม่				
9.2 ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยในการวิเคราะห์ ความถูกต้องของความคิดแบบอื่น (ข้อดี ข้อเสียของความคิดนั้น)				
10. behavioral reattribution technique 10.1 ผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยลงมือ ปฏิบัติหรือกระทำการเพื่อหาหลักฐานต่างๆ มาพิสูจน์ความคิดผู้ป่วย				

เทคนิค CBT	ไม่มี ความรู้	มีความรู้ แต่ไม่เคย นำไปใช้	มีความรู้และ นำไปใช้แต่ ไม่เหมาะสม	มีความรู้และ สามารถ นำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
10.2 ผู้นำแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการไปปฏิบัติ				
11. การให้การบ้าน (homework)				
11.1 ผู้นำบัตบททวนการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างรอบคอบ				
11.2 ผู้นำบัตสรุปผลที่ได้รับ หรือ ความก้าวหน้าจากการบ้านที่ผ่านมา				
11.3 ผู้นำบัตมอบหมายการบ้านใหม่				
11.4 การมอบหมายการบ้านต้องเหมาะสมสำหรับการระบุปัญหาที่ตรงประเด็น				
11.5 ผู้นำบัตอธิบายเหตุผลเพื่อมอบหมายการบ้าน				
11.6 การบ้านจะต้องเฉพาะเจาะจง และมีการอธิบายรายละเอียดอย่างชัดเจน				
11.7 ผู้นำบัตถามผู้ป่วยถ้าคิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการทำการบ้าน และแนะนำเพิ่มเติม				
12. การสะท้อนกลับ (feedback)				
12.1 ผู้นำบัตถามผู้ป่วยเพื่อ feedback ก่อนยุติบริการในแต่ละครั้ง				
12.2 ผู้นำบัตเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตอบอย่างเต็มที่				

เทคนิค CBT	ไม่มี ความรู้	มีความรู้ แต่ไม่เคย นำไปใช้	มีความรู้และ นำไปใช้แต่ ไม่เหมาะสม	มีความรู้และ สามารถ นำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม
12.3 ผู้บำบัดตอบสนองการ feedback ของผู้ป่วย และ/หรือแนะนำไม่แสดง การวางแผน ละเลยหรือปฏิเสธปัญหา ที่ผู้ป่วยเสนอ				
13. การมอบหมายงาน (task assignments)				
13.1 ผู้บำบัดประเมินพบว่าผู้ป่วย มีเวลาว่างมากขณะอยู่ที่บ้านและคิด ฟุ้งซ่านเรื่องตนเองตลอดเวลา				
13.2 ผู้บำบัดมีการมอบหมายงาน เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจาก ตนเองสู่งานที่มอบหมายให้				
13.3 ผู้บำบัดมีการตรวจสอบงาน ที่มอบหมายและให้กำลังใจผู้ป่วยใน การทำกิจกรรมต่อไป				
13.4 ผู้บำบัดมีการปรับแผนการ มอบหมายงานใหม่ตามความเหมาะสม กับผู้ป่วย				

[illegible]

รายงาน
 การให้การบำบัดด้วย CBT
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....สกุล.....
 อายุ.....ปี การศึกษา.....อาชีพ.....สถานภาพสมรส.....
 บ้านเลขที่.....
 ครั้งที่ให้การบำบัด.....เวลา.....ถึง.....

.....
 ปัญหา อาการ พฤติกรรมที่รับบริการ.....

สาเหตุของปัญหา/ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นและผลกระทบ/แนวทางการบำบัด

การประเมินผลการบำบัด.....

การบ้านและการนัดหมายครั้งต่อไป.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้การบำบัด

ปรับความคิดวันละนิด
ชีวิตจะมีสุข

โดย
นางวัชนี หัตถพนม

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ปรับความคิดวันละนิดชีวิตจะมีสุข

ความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมอย่างไร

อารมณ์ของคนเราจะดีหรือไม่ดีนั้นต้องอาศัยความเกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมหรือการกระทำ เนื่องจากความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึก และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรา ในสถานการณ์เดียวกัน แต่ละคนจะมีความรู้สึกและพฤติกรรมต่างกัน เนื่องจากคนเรามีความคิดต่อเหตุการณ์ไม่เหมือนกัน เช่น

ผู้ป่วยเบาหวานคนหนึ่ง เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ก็รู้สึกหมดหวังท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง เสียใจอย่างรุนแรง เพราะคิดว่าคงหมดอนาคต ทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้จนเจือจรรบครัว และคงเป็นภาระของครอบครัวเพราะเป็นโรคเรื้อรัง คนที่มีความคิดแบบนี้จะเก็บตัวอยู่คนเดียวไม่ อยากทำอะไร

ในขณะที่เดียวกันมีผู้ป่วยอีกคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน แต่มีความรู้สึกเสียใจบ้าง แต่ไม่มาก เพราะคิดว่า เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์ก้าวหน้าไปไกล หากตนเองปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และมีส่วนร่วมในการดูแล รักษาตนเอง โดยควบคุม เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพตนเอง ไปพบแพทย์ตามนัดหมาย ก็จะช่วยให้ตนเอง ดำรงชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงานและหารายได้ได้เช่นเดิม โดยเห็นตัวอย่างมากมายในหมู่บ้านตนเอง ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน แต่รักษาสุขภาพได้ดีเหมือนกับคนปกติ จนไม่รู้เลยว่า เป็นโรคเบาหวาน

จะเห็นได้ว่าจากเหตุการณ์อย่างเดียวกัน แต่คนสองคนมีความรู้สึกและความคิดเห็นที่ไม่ เหมือนกันจึงเกิดการกระทำหรือพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมือนกันคงพอทำนายได้ว่าทั้งสองคน ดังกล่าวข้างต้น ใครจะมีความสุขใจต่อการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า และใครคือผู้ที่สามารถปรับตัว ปรับความคิดและมีการดำเนินชีวิตของตนเองในทางที่ดีขึ้น

ความคิดในทางที่ดีหรือไม่ดีทำให้เกิดผลอย่างไร

ผู้ที่มีความคิดในทางที่ดีหรือมองโลกในแง่ดี เมื่อมีเหตุการณ์ใดๆ มากระทบก็มองในแง่ดี จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกรวมถึงการกระทำหรือพฤติกรรมก็จะดีตามไปด้วย เช่น ผู้หญิงที่ได้สามี ไม่ค่อยพูด ไม่เอาใจแต่เป็นคนรับผิดชอบครอบครัว หากเป็นคนที่มีความคิดในแง่ดีคือมองในส่วนดีที่สามีตนเองมีอยู่ โดย

ความคิด	อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมา	พฤติกรรมที่แสดงออก
สามีของฉันเป็นคน ขยันขันแข็งทำงาน หนัก เพื่อต้องการให้ ครอบครัวมั่นคง มีฐานะดีลูกมีอนาคต ดี เพราะมีเงินเพียงพอ ส่งลูกเรียนสูงๆ ได้	• รักใคร่สามี • ภูมิใจในตัวสามี • ดีใจที่ได้สามีดี	• เอาใจใส่สามีและครอบครัว • ทำหน้าที่ภรรยาและแม่ที่ดีของลูกเพื่อให้ครอบครัวอบอุ่น และมีความสุข

ในทางกลับกันถ้าผู้หญิงคนนี้เป็นคนคิดในทางลบหรือไม่ดีก็จะคิดว่า

ความคิด	อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมา	พฤติกรรมที่แสดงออก
ฉันได้สามีที่ไม่ดีไม่เอา ใจใส่ฉันเลย เอาแต่ ทำงานหารู้งานค่า ให้แต่ฉันเฝ้าบ้านไม่ พาไปเที่ยวเตร่เปิดหู เปิดตาบ้าง	• เบื่อสามี • น้อยใจ เสียใจ	• หมางเมิน ไม่เอาใจใส่ ไม่ดูแลสามี • ถ้ารุนแรงมาก อาจเกิดการหย่าร้างได้

จากเหตุการณ์เดียวกันข้างต้นถ้าคิดในแง่ดีจะเกิดความสุขในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวมีความสุข ต่างทำหน้าที่ของตนเองและสร้างครอบครัวให้มั่นคง เป็นพลเมืองที่ดี สร้างประโยชน์ให้ครอบครัวและชุมชนต่อไป ทั้งนี้เพราะคนทุกคนไม่มีอะไรสมบูรณ์ไปเสียทั้งหมด ในการปรับความคิดในทางลบหรือไม่ดี ให้เป็นความคิดที่ดี เหมาะสมกับแต่ละคนเป็นเรื่องที่ต้องฝึกฝนให้เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นวิธีการโดยเฉพาะเรียกว่า วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรม

วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างไร

หมั่นสำรวจตนเองว่าขณะนั้นตนเองทุกข์ใจ ไม่สบายใจหรือรู้สึกแย่ในเรื่องอะไร อะไรคือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดขึ้นเพราะส่วนใหญ่คนเราจะรับรู้ 2 สิ่งที่กำลังข้างต้นได้ง่าย เมื่อเขียนเป็นภาพจะง่ายต่อความเข้าใจดังนี้

เหตุการณ์	ความคิดแว็บแรก	อารมณ์ความรู้สึก
เป็นโรคจิต ต้องมา รักษาอย่างต่อเนื่อง	เป็นโรคที่ไม่มีทาง รักษาให้หายขาด ชีวิตฉันต้องแย่แน่ๆ ต้องเป็นภาระคนอื่น	• ไม่สบายใจ • ทุกข์ใจ • เสียใจ หงุดหงิดง่าย

จะเห็นว่าเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ เราจะเกิดอารมณ์ความรู้สึกทันที โดยยังไม่ทันผ่านการกลั่นกรองว่าเป็นความคิดที่มีเหตุผลตามความเป็นจริงหรือไม่ ความคิดแว็บแรกที่ว่า เป็นโรคจิตสำรวจตนเองจะพบว่าลึกๆ แล้ว เราคิดว่าถ้าเป็นโรคนี้อคิดว่าจะไม่หายแน่นอน คงทำงานไม่ได้ ต้องเป็นภาระแก่คนอื่น นั่นคือความคิดแว็บแรกที่เราคิดและอาจไม่รู้ตัว ทำให้มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่ตามมาได้ แล้วเราจะทำอย่างไรละ

อันดับแรกต้องเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ผิดปกติไปจากเดิม รบกวนการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวันของเราให้เปลี่ยนไป สำหรับการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีหลักสำคัญอยู่ว่า จากเหตุการณ์เดิมเราเปลี่ยนความคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่ เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น โดยหาเหตุผลหรือหลักฐานมาช่วยยืนยันความคิดนั้นดังภาพด้านล่าง

เหตุการณ์	ความคิดใหม่ที่มี เหตุผล	อารมณ์ความรู้สึก	พฤติกรรม
เป็นโรคจิต ต้องมารักษา อย่างต่อเนื่อง	การแพทย์เดี๋ยวนี้นั้นสมัย การรักษา สุขภาพให้ดีขึ้นตาม แผนการรักษาของ แพทย์ช่วยให้อาการ ดีขึ้นได้ สามารถรับ ยากลับบ้านได้	• ไม่สบายใจ • มีความหวัง และกำลังใจ • ทุกข์ใจ ลดลง	• ดูแลสุขภาพ ตนเอง • ไปพบแพทย์ ตามนัด

จะเห็นได้ว่าจากเหตุการณ์เดิมแต่เมื่อเราปรับความคิดในการมองปัญหาเสียใหม่ จิตใจเราก็จะสบายขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของเรา และต่อการรักษาด้วย

การฝึกฝนให้ตนเองมีความชำนาญในการปรับเปลี่ยนความคิดจากเชิงลบให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล เหมาะสมตามความเป็นจริง เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะคนกลุ่มนี้จะมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายกับใคร มองสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้างอย่างไม่เข้าใจตนเอง คิดว่าไม่มีใครรัก และรู้สึกตนเองเป็นภาระของคนอื่น มองโลกและอนาคตมืดมนไม่มีทางออกและไร้หนทางแก้ไข หากยังปล่อยให้เกิดภาวะอย่างนี้ไปเรื่อยๆ อาจนำไปสู่อาการที่เป็นมากขึ้นและรุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเองถึงแก่ชีวิตได้

ในบางครั้งการปรับความคิดเป็นอย่างอื่นอาจต้องหาหลักฐานมายืนยันสนับสนุนความคิดความเชื่อของตนเอง แต่บางครั้งอาจต้องลงมือปฏิบัติหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักฐานหรือเหตุผลตามความเป็นจริงนั้น สิ่งเหล่านี้ผู้ให้การรักษาจะช่วยเหลือให้คุณมั่นใจในการค้นหาเหตุผลที่ดี เพื่อมายืนยันสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้คุณได้ปรับเปลี่ยนความคิดได้ดียิ่งขึ้น ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ต้องฝึกฝนบ่อยๆ จนเกิดความเคยชิน เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดๆ ที่ทำให้รู้สึกแย่หรือทุกข์ใจ ก็สามารถค้นหาความคิดแวบแรกที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจได้ และปรับเปลี่ยนความคิดในทันที อารมณ์ความรู้สึกที่ไม่ดี ก็จะถูกปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลที่ดีต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ตามมา วิธีการฝึกฝนในช่วงแรกในกรณีที่คุณสามารถเขียนบันทึกได้อาจบันทึกลงในแบบฟอร์มดังนี้

เหตุการณ์	ความคิด แว็บแรก ที่เกิดขึ้น	อารมณ์ที่เกิดขึ้น	การปรับความคิด ใหม่ที่มีเหตุผล	อารมณ์ที่ เกิดขึ้นใหม่ภายหลัง การปรับความคิด

หากคุณบันทึกและมีการฝึกฝนการปรับความคิดบ่อยๆ จะช่วยให้คุณเกิดความชำนาญ จนกลายเป็นเรื่องที่เคยชิน หรือคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน และสามารถนำมาใช้โดยไม่รู้ตัว เกิดผลดีต่อตัวคุณเอง คุณจะพบว่าแม้เป็นโรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็สามารถสุขใจได้

แบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ

[illegible]

บันทึกส่วนตัว

[illegible]