



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและ
การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษา
แบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

พรรณวิภา
สุจิรา

บรรณเกียรติ
จรัสศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ธันวาคม 2555

๑๐๓๗๕๑๒

616.8527

พ267ก

ร.2



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและ
การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษา
แบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

พรรณวิภา

บรรณเกียรติ

สุจิรา

จรัสศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ธันวาคม 2555

6 ม.ย 2555

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและ
การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษา
แบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

พรรณวิภา
สุจิรา

บรรณเกียรติ
จรัสศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มีนาคม 2555

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและ
การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษา
แบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

พรรณวิภา
สุจิรา

บรรณเกียรติ
จรัสศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มีนาคม 2555

**THE DEVELOPMENT OF ADJUSTMENTAL ABILITIES, SELF-ESTEEM AND
RELEASING DEPRESSION ON PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER
USING COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY**

Abstract

The purposes of this research were as follows : 1) to study the adjustmental abilities, self-esteem and releasing depression on patient with major depressive disorders, 2) to study the effect of using Cognitive Behavior Therapy (CBT) on adjustmental abilities, self-esteem and releasing depression on patient with major depressive disorder. The one group pre-post test design was used in out patients department at Sritanya Hospital. Study samples consisted of ten major depressive disorder patients, selected via simple random sampling. This study used instruments which were cognitive behavior therapy program, adjustmental abilities assessment, Coopersmith Self-Esteem Inventory and Beck Depression Inventory. The reliability were 0.92, 0.86 and 0.80 respectively. The research was analyzed by descriptive statistics and pair t-test. Major findings were as follows: 1) the adjustmental abilities and the score of self-esteem on patient with major depressive disorder before using CBT program were low. 2)After using CBT program, the adjustmental abilities and the score of self-esteem on patient with major depressive disorder were significantly higher than before using CBT program at .05 level. 3)the mean scores of depression on patient with major depressive disorder after using CBT program was significantly lower than before using CBT program at .05 level.

Key words: Adjustmental abilities, Self-esteem, Depression,

Patient on Major depressive disorder, Cognitive behavior therapy

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประจำปีงบประมาณ 2552



ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ศศิธร วรรณพงษ์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การสนับสนุนทั้งนโยบายและเวลาในการดำเนินการวิจัยนี้ รวมทั้งการแสดงความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างและขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ เรืออากาศเอกหญิง ดร.จิรวรรณ อินคุ้ม ประธานคณะกรรมการฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การปรึกษาและคำแนะนำเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์ วชิระ เพ็งจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณ ทุกท่าน

พรรณวิภา บรรณเกียรติ
สุจิรา จรัสศิลป์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
ประกาศการได้รับทุน.....	ค
ประกาศอนุญาต.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว.....	5
ความหมายของการปรับตัว.....	5
สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว.....	6
ทฤษฎีการปรับตัว.....	6
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน.....	6
ความหมายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน.....	6
การพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน.....	7
ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง.....	7
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลัก.....	8
ภาวะซึมเศร้า.....	8
โรคซึมเศร้าหลัก.....	8
ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าหลัก.....	9
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิด	
และพฤติกรรม.....	11

	หน้า
ความหมายของการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	11
ความเป็นมาของการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	11
แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT.....	14
หลักในการบำบัด.....	15
การบำบัดด้วย CBT ใน Depression.....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
การพัฒนาเครื่องมือ.....	24
ขั้นตอนดำเนินการ.....	24
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	25
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	26
ตอนที่ 2 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก..	27
ตอนที่ 3 คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก.....	28
ตอนที่ 4 คะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก.....	29
ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปรับตัว	
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	
โรคซึมเศร้าหลัก ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วย	
กระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	31
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
การดำเนินการวิจัย.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ.....	35
ขั้นตอนดำเนินการ.....	36
วิเคราะห์ข้อมูล.....	36
สรุปผลการวิจัย.....	36
การอภิปรายผลการวิจัย.....	38

	หน้า
ข้อเสนอแนะ.....	40
บรรณานุกรม.....	41
ภาคผนวก.....	43
ภาคผนวก ก.....	44
ภาคผนวก ข.....	47
ภาคผนวก ค.....	49
ข้อมูลผู้วิจัย.....	51



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก.....	26
ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
ก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	27
ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
หลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	28
ตารางที่ 4 คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	29
ตารางที่ 5 คะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	30
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	31
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วย	
โรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม.....	32
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก	
ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม	32

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	The “na’ive” model	12
แผนภูมิที่ 2	Beck’s cognitive model	12
แผนภูมิที่ 3	The Automatic thought ของ Aron T.Beck	13
แผนภูมิที่ 4	Cognitive Behavioral Model ของ Aron T.Beck	14



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของคุณภาพชีวิตของประชากร โดยองค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก (สายฝน เอกวรังกูร, 2553, หน้า 1, อ้างอิงจาก Schechter et al., 2005) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านอกจากจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งจากอาการของโรคความบกพร่องของหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย ภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจด้วย ซึ่งชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบมากได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัยและพิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553, หน้า 1) อาการที่สำคัญได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ อ่อนล้าหมดแรง การคิดด้วยคุณภาพลง ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถปรับตัวได้ มีความรู้สึกไร้คุณค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยหลายรายมีอาการรุนแรงจนนำไปสู่การทำลายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเป็นพื้นฐานร่วมกับการรักษาที่ไม่ใช่ยา ซึ่งเป็นที่ยอมรับการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมนิยม (cognitive behavior therapy) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และจากประสบการณ์ของผู้บำบัดหลายคนพบว่า การบำบัดรักษากรรมกระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว (Paykel et al., 1999 cited in Chen, Lu, Chang, Chu and Chou, 2006, p.3) เพราะเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง พัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนให้ดีขึ้น และมีความสามารถในการปรับตัวดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์แพทย์และอาจารย์พยาบาลที่รับผิดชอบด้านการจัดการเรียนการสอน นิสิต ให้มีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยทางจิตรวมทั้งการให้บริการแก่ประชาชนที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต จึงตระหนักถึงความสำคัญของการนำแนวคิดทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมหรือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) มาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักให้ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อศรัทธา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ามีรูปแบบ

นี้จะช่วยส่งเสริมการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักได้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก
2. ศึกษาผลการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก และทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาใน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง มกราคม 2553 จำนวน 10 ราย

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของอารอนเบ็ค (Aron T. Beck)

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีระยะเวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง มกราคม 2553 ซึ่งนานกว่าที่กำหนด เนื่องจากการหลุดหายและไม่ต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ต้องย้อนดำเนินการบางขั้นตอนในบางรายใหม่เป็นระยะ ๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตยังผลให้ตนเองเกิดความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การปรับตัวด้านสรีรวิทยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การจับถ่าย การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การนอนหลับ การพักผ่อน และการรับประทานอาหาร

2. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและในการประกอบอาชีพ

3. การปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ทั้งคำพูดและไม่ใช้คำพูด รวมถึงการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน หมายถึง ระดับการมองเห็นและยอมรับถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อครอบครัวและบุคคลอื่น รวมทั้งทักษะและความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และในการตัดสินใจ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า เหงา หดหู่ โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ขาดความหมายในชีวิต รู้สึกผิด ละอายใจ โกรธตนเอง และสิ้นหวัง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น major depressive disorder

การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการสอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
2. ขั้นการตรวจสอบความคิดที่ก่อเกิดอารมณ์ด้านลบของผู้ป่วย
3. ขั้นการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ได้แก่ การมอบหมายงาน การฝึกซ้อมในการคิด และการใช้บทบาทสมมติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลและการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีคุณภาพ
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานการป้องกันสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลัก
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

1.1 ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัว (Adjustment) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลทางกายภาพและทางพฤติกรรม ยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตามการเรียกร้องของแต่ละบุคคล อย่างเหมาะสมหรือการพยายามทำให้ตนเองกับคืนสู่ภาวะสมดุล (Townsend, 2009, p.3) ซึ่ง Lazarlis (1969) มองว่าการเป็นกระบวนการทางจิตของมนุษย์ในการเผชิญต่อแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอกของตนเอง โดย Leininger (1981) อธิบายว่า การปรับตัวเป็นความพยายามของมนุษย์ ในการปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ หรือด้านอารมณ์ก็ตามโดย Barry (1994 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ, 2553, หน้า 8) อธิบายเพิ่มเติมว่า หากการปรับตัวมีประสิทธิภาพ บุคคลก็จะมีพัฒนาการทางสังคมและมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

โดยสรุปการปรับตัวหมายถึงกระบวนการคิดของบุคคลในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตนเอง ซึ่งการตอบสนองนี้แสดงออกทั้งทางกายภาพและทางพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่กับสภาพปัญหานั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม หรือทำให้ตนเองกลับฟื้นคืนสู่ภาวะสมดุลได้ ยังผลให้เกิดการเจริญและพัฒนาการในด้านสัมพันธภาพทางสังคมและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2 สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ได้แก่

1.2.1 ภัยคุกคาม (Threat) คือ การที่คนเรารู้ว่ามีความไม่ปลอดภัยมีอันตรายรออยู่ข้างหน้า เช่น การเดินทางในทะเลที่มีพายุลมแรง การอยู่ในที่มีโจรผู้ร้ายชุกชุม การป่วยเป็นโรคร้ายแรง และการสูญเสีย เป็นต้น ยิ่งถ้าภัยคุกคามมีความเข้มข้นมากยิ่งมีผลต่ออารมณ์และวิธีการแสดงออกในการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์มากขึ้นเท่านั้น

1.2.2 ความคับข้องใจ (Frustration) คือ สถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถกระทำการใดๆ ก็ตามได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

1.2.3 ความรู้สึกรู้สัดขัดแย้ง (Conflict) คือ สภาพการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญกับการเลือกละหว่างสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

1.2.4 ความวิตกกังวล (Anxiety) คือ สภาวะทางอารมณ์ของผู้ที่มีความรู้สึกลัวตกกลัว อึดอัด คับข้องใจ

1.3 ทฤษฎีการปรับตัว

มีทฤษฎีที่อธิบายถึงการปรับตัวจำนวนมาก ผู้วิจัยเลือกศึกษาทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation model) ที่การปรับตัวเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน คือ

1.3.1 การปรับตัวด้านสรีรวิทยา หมายถึง พฤติกรรมตอบสนองด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การไหลเวียนของโลหิต และการควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.3.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง อันเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคมต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทของการเป็นผู้ป่วย

1.3.4 การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน หมายถึง พฤติกรรมการพึ่งพาตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่น

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน

2.1 ความหมายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน

การเห็นคุณค่าในตน (Self-esteem) หมายถึง การประเมินตนเองของบุคคลและทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเองที่ครอบคลุม ความสามารถ (Capable) ความสำคัญ (Significant) ความสำเร็จ (Successful) และความมีคุณค่าในตนเอง (Worthy) (Coopersmith, 1981) ซึ่งแมคเคย์และฟันนิง (Mekay and Funning, 2003 cited in Townsend, p. 241) อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นถึงระดับของการมองตนเอง การยอมรับตนเอง เป็นเครื่องมือในการที่บุคคลจะแสดงความสามารถ และตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ถ้าบุคคลปราศจากความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองชีวิตก็จะมีแต่ความเจ็บปวด

2.2 การพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน

Coopersmith (1981) กล่าวว่า การที่บุคคลพัฒนา ความรู้สึกเชิงบวกในการเห็นคุณค่าในตนนั้น ต้องเกิดจากคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่

2.2.1 พลังอำนาจ (Power) เป็นความสำคัญสำหรับบุคคลที่ทำให้รู้สึกว่าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้และเป็นเครื่องมือในการแสดงพฤติกรรมต่อผู้อื่น

2.2.2 ความสำคัญ (Significance) ความรู้สึกมีคุณค่าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก เป็นที่ยอมรับ และได้รับการดูแลจากผู้อื่น

2.2.3 คุณความดี (Virtue) เป็นความรู้สึกว่าเขาเป็นคนดีตามมาตรฐานของศีลธรรม จริยธรรม

2.2.4 ความสามารถ (Competence) ความรู้สึกเห็นคุณค่าส่วนหนึ่งพัฒนาได้จากการที่บุคคลมีความสามารถทำได้ประสบความสำเร็จตามที่ตนและผู้อื่นคาดหวัง

2.2.5 ความสม่ำเสมอ (Consistently set limits) โครงสร้างของรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แสดงให้เห็นว่าเขาเป็นที่ยอมรับ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2.3 ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) นาธาน แปรนเดน และคิงเคมเบอร์ (อ้างถึงใน ชีระ ชัยยุทธขรรค์, 2542) ได้แบ่งลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ไว้ดังนี้

2.3.1 พฤติกรรมของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีดังนี้คือ รับรู้คุณค่าของตนเองตามเป็นจริง ตระหนักถึงศักยภาพทั้งหมดของตนเอง จิตใจเปิดกว้าง ยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมกับเหตุการณ์ มีความกระตือรือร้น มานะพยายาม มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์และที่สำคัญมองโลกในแง่ดี

2.3.2 พฤติกรรมของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีดังนี้คือ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองว่าเป็นคนไม่ดี ไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีข้อบกพร่อง ไม่ใช่คนสำคัญด้อยค่า มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่เป็นสุข ไม่มีความพยายามที่จะทำงานยากลำบาก เมื่อพบอุปสรรคก็ท้อถอย หลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา ไม่มีความยืดหยุ่น ยึดติดอยู่กับสิ่งที่รู้จักและคุ้นเคย มักจะคล้อยตามผู้อื่น มีความอับอายสูง และมักใส่ใจกับความคิดของผู้อื่น

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลัก

3.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

จากมาตรฐานการจัดกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตของ The Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) ระบุว่าอาการพื้นฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คือ ต้องมีอาการที่พัฒนามาใน 2 สัปดาห์อย่างน้อย 1 อาการ จากอาการแสดงดังนี้

3.3.1 มีอารมณ์ซึมเศร้า หรือ

3.3.2 ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ หรือความรู้สึกเป็นสุขลดลง

มีการแสดงอาการต่าง ๆ 5 อาการ ร่วมด้วย คือ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ต่ำหนืดตนเองรู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่สามารถคิดหรือมีสมาธิได้ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

การรักษาภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปต้องประกอบด้วย การรักษาด้วยยา (medication) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยกระบวนการกลุ่มทางสังคม (social support groups) และการให้คำปรึกษา (counseling) มีรายงานว่า ร้อยละ 35 ตอบสนองต่อการรักษา นอกนั้นยังคงอยู่มีอาการซึมเศร้าต่อไป (Chen et al., 2006)

โรคซึมเศร้าที่พบบ่อยๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) ซึ่งในการวิจัยนี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคซึมเศร้าหลักเท่านั้น

3.2 โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Criteria มีดังนี้

3.2.1 ต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ โดยอาการใน 5 ข้อดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (loss of interest or pleasure)

1) อารมณ์เศร้า (depressed mood) มีอารมณ์นี้เป็นส่วนใหญ่และเป็นเกือบทุกวัน

2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ทุกกิจกรรมหรือกิจกรรมลดลงอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure in all or almost all activities) โดยเป็นเกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น

3) น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (significant weight loss or weight gain) มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวทั้งหมดในเวลา 1 เดือน หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน

4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน

5) จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) หรือเชื่องช้า (psychomotor retardation) เกือบทุกวัน

6) อ่อนล้าหรือหมดเรี่ยวแรงกำลัง (fatigue or loss of energy) เกือบทุกวัน

7) ความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt) ซึ่งอาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด (delusion) เกือบทุกวัน

8) ความสามารถในการคิดหรือรวบรวมสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ (indecisiveness) เกือบทุกวัน

9) ความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความตาย (recurrent thoughts of death) ที่ไม่ใช่เพียงความรู้สึกกลัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเกิดขึ้นซ้ำ ๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan)

3.2.2 อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode)

3.2.3 อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจนหรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ

3.2.4 อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สาร เช่น การใช้สารเสพติดหรือยา เป็นต้น หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น

3.2.5 อาการดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (bereavement) โดยหากอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจน หรือมีความคิดหม่นม่นจนผิดปกติว่าตนเองไร้ค่า (morbid preoccupation with worthlessness) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หรือมีอาการของโรคจิต (psychotic symptoms) หรือมีจิตใจการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) ในลักษณะนี้จะเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder)

3.3 ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าหลัก (Clinical features of major depressive disorder)

โรคซึมเศร้าหลักมีลักษณะอาการที่สำคัญแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 ลักษณะอาการทางชีวภาพ (Melancholic features)

ลักษณะอาการซึมเศร้าในกลุ่มนี้ อาจเรียกว่า endogenous depression เป็นกลุ่มอาการซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง โดยมีลักษณะอาการสำคัญ ดังนี้ อารมณ์ซึมเศร้าที่เด่นชัด หดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (anhedonia) มีความผิดปกติทางชีวภาพทางกาย (vegetative disturbances) ซึ่งได้แก่ ความผันแปรของอารมณ์เศร้าในช่วงวัน (diurnal mood variation) โดยจะพบอาการซึมเศร้ามากในช่วงเช้าของวัน (morning sadness) และค่อย ๆ ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือเย็น ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (early morning awakening) เบื่ออาหารอย่างมากหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างชัดเจน จิตใจการเคลื่อนไหวเชื่องช้าหรือหงุดหงิด (psychomotor retardation or agitation) ความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt)

3.3.2 ลักษณะอาการของโรคจิต (Psychotic features)

โรคซึมเศร้าหลัก ที่มีอาการรุนแรงประมาณร้อยละ 15 จะมีลักษณะอาการของโรคจิต (psychotic features) ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิด (delusions) และอาการประสาทหลอน (hallucinations) ซึ่งอาจเป็นอาการของโรคจิตที่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-congruent psychotic features) เช่น อาการหลงผิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบาปและความผิด (sin and guilt) การสูญเสียชีวิต (death) หรือการถูกลงโทษ (punishment) หรืออาจเป็นอาการของโรคจิตที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-incongruent psychotic features) เช่น อาการหลงผิดแบบหวาดระแวง (paranoid delusion) หรือถูกปองร้ายเอาชีวิต (persecutory delusion) หรือหลงผิดว่าถูกควบคุมจากอำนาจนอก (delusion of control) พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการของโรคจิต ที่เกิดขึ้นหลังจากอายุ 50 ปี มักจะพบอาการหงุดหงิดกระสับกระส่ายที่รุนแรง (severe agitation) มักจะมีอาการหลงผิดว่าได้ทำผิดอย่างมาก (delusional guilt) หมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย (hypochondriacal preoccupation) ตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) และน้ำหนักลดลง (weight loss) บางครั้งก็ถือว่าเป็นลักษณะที่รุนแรงรูปแบบหนึ่งของโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะอาการทางชีวภาพ (melancholic features)

3.3.3 ลักษณะอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (Atypical features)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการแบบนี้ จะมีอาการทางชีวภาพที่ตรงข้ามกับอาการของโรคซึมเศร้าทั่วไป (reverse vegetative symptoms) ซึ่งได้แก่ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและผันแปรตามเหตุการณ์ หากประสบกับเหตุการณ์ที่ดีและน่าพอใจ อารมณ์ก็จะดีขึ้นได้ (mood reactivity or paradoxical anhedonia) ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (increased appetite) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) อาการง่วงนอนและนอนมากเกินไป (hypersomnia) ความรู้สึกหนัก ๆ ที่แขนขา (leadens paralysis) และความรู้สึกอ่อนไหวง่ายกับความสัมพันธ์ (interpersonal)

3.3.4 ลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic features)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการแบบนี้ จะมีรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ซึ่งได้แก่ ไม่เคลื่อนไหว (motoric immobility) เช่น มีอาการอยู่นิ่ง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ (catalepsy) รวมถึงการคงท่าทางที่ผู้อื่นจัดไว้ให้ (waxy flexibility) หรือนิ่งซึมและไม่ตอบสนองใด ๆ (stupor) หรือมีการเคลื่อนไหวที่มากเกินไปโดยไม่มีเป้าหมายหรือสิ่งเร้าภายนอก (catatonic excitement) หรือ

มีการต่อต้านหรือทำตรงข้ามกับคำสั่ง (negativism) หรือนิ่งไม่พูด (mutism) หรือคงอยู่ในท่าทางที่แปลก (posturing) หรือเคลื่อนไหวแบบซ้ำ ๆ โดยมีเป้าหมายหรือมีความหมาย (mannerism) หรือมีการแสบขี้ม (grimace) หรือมีการพูดเลียนแบบตาม (echolalia) หรือทำเลียนแบบตาม (echopraxia)

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

4.1 ความหมายของการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมหรือ Cognitive behavior therapy (CBT) มีดังนี้

Beck และคณะ (1979, อ้างอิงจากอรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553, หน้า 113) กล่าวว่าเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีทิศทาง ระยะเวลา ขอบเขตและโครงสร้างชัดเจน โดยอยู่บนฐานแนวคิดที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของบุคคลนั้น

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553, หน้า 114) กล่าวว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้ถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Townsend (2009) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งช่วยให้บุคคลในการควบคุมความคิดที่ผิดปกติ โดยพิจารณาจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดนั้น และควบคุมรักษาอารมณ์ พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ให้เหมาะสมขึ้น

โดยสรุป การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม คือ วิธีการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่ง ที่มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เพื่อนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

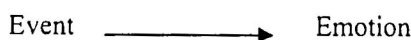
4.2 ความเป็นมาของการบำบัดรักษาแบบกระบวนการเกิดและพฤติกรรม

Aaron T. Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน เกิดปี ค.ศ. 1921 ได้พัฒนา cognitive therapy ขึ้นที่มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย (University of Pennsylvania) ในปี 1960 (Fortinash and Worret, 2008, p.517) โดยในช่วงแรก CBT ถูกนำมาใช้กับคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) มีลักษณะโครงสร้างที่ต่างจากจิตบำบัดทั่วไปเพราะ CBT ใช้เวลาสั้นกว่าและเน้นที่ปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2548)

ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร (2548) ได้อธิบายว่าความหมายของ Cognition / Cognitive คือ อะไรก็ตามที่บุคคลใช้สมองคิดกระบวนการของสมองจัดเป็น cognition / cognitive เกือบทั้งหมด เช่น thoughts, ideas, attitudes, beliefs, assumptions, expectations, images, dreams... ทั้งนี้ cognition แสดงออกมาในรูปความคิด คำพูด รวมถึงอาจเป็นภาพออกมาก็ได้

4.3 แนวคิดหลักของ CBT (The Central Idea of CBT)

4.3.1 The “na’ive” model



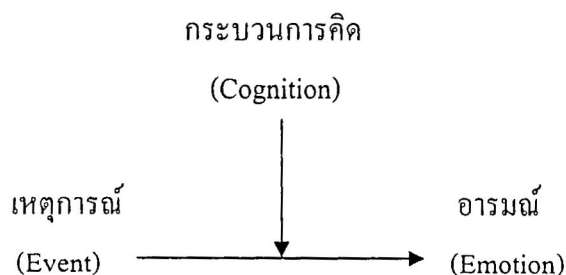
แผนภูมิที่ 1 The “na’ive” model (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2548: 1)

The “naive” model เป็นแนวคิดดั้งเดิม โดยเชื่อว่าเหตุการณ์ทำให้เกิดอารมณ์บางอย่างขึ้นมา เช่น การที่บุคคลได้รางวัลอารมณ์ที่เกิดคือดีใจ ทั้งนี้เป็นเพราะเหตุการณ์ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้คนรู้สึกแตกต่างกัน คนที่ได้รางวัลอาจกังวลก็ได้ ดังนั้นความคิดที่มีต่อเหตุการณ์เป็นความคิดที่สัมพันธ์กับตัวเหตุการณ์จริง ๆ อย่างที่ Aaron Beck ใช้เป็นประจำก็คือ สมมติบุคคลนอนอยู่ที่บ้าน แล้วได้ยินเสียงดังดังที่หลังคา อารมณ์ที่เกิดคืออาจตกใจ กลัว ซึ่งการตกใจ กลัว เป็นเพราะความคิดว่าเป็นขโมย แต่หากคิดว่าเป็นมะพร้าวบุคคลก็จะตกใจเฉย ๆ ไม่กลัว การตีความของเหตุการณ์ที่คิดเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่บุคคลให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกัน ความรู้สึกจึงต่างกัน

สรุป

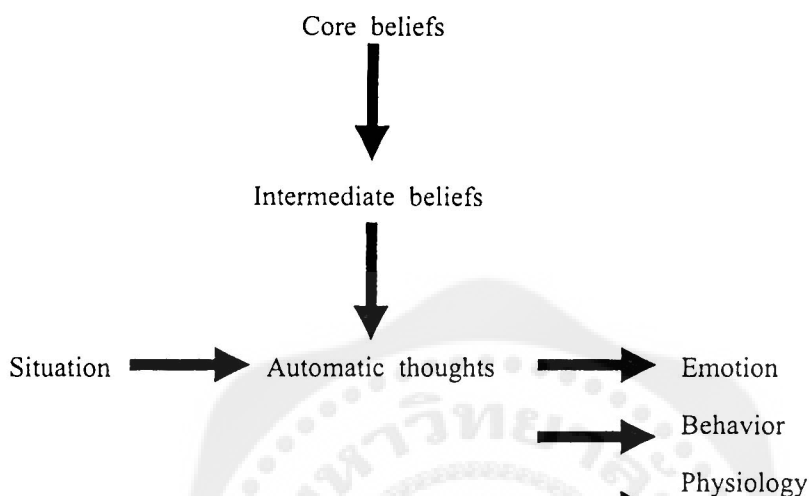
- CBT ไม่ใช่ positive thinking
- CBT มีพื้นฐานอยู่บนโลกความจริง
- CBT involves self-talk (พูดกับตัวเอง) แต่ self-talk ที่ผิวเผินเกินไปก็ไม่เป็นผล
- Behavioral therapy มีเป้าหมายคือ ปรับพฤติกรรม
- Cognitive therapy มีเป้าหมายคือ ปรับความคิด
- CBT มีเป้าหมายคือ ปรับทั้งความคิดเพื่อนำสู่การปรับพฤติกรรม

4.3.2 Beck’s cognitive model



แผนภูมิที่ 2 Beck’s cognitive model (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2548: 2)

เนื่องจากเหตุการณ์ (situation) มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่างช่วงก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้น คือ ความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น เหตุการณ์ มะพร้าวตกใส่หลังคาบ้านแล้วเกิดเสียงดัง ถ้าอารมณ์คือกลัว ความคิดที่เกิดขึ้นคือขโมยขึ้นบ้าน แต่ถ้าอารมณ์เฉย ๆ ความคิดที่เป็นไปได้คืออาจคิดว่าเป็นกิ่งไม้หรือหนูวิ่ง ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา



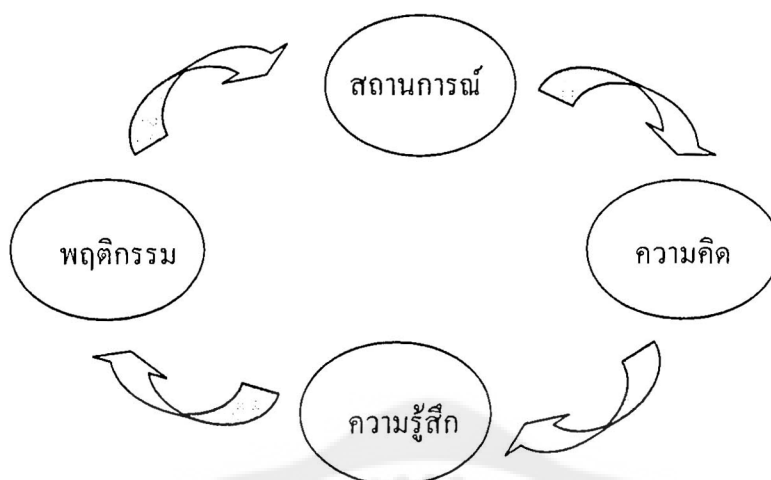
แผนภูมิที่ 3 The Automatic thought ของ Aron T.Beck (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2548: 2)

จากแผนภูมิ situation จะนำไปสู่ automatic thoughts แล้วทำให้เกิด emotion , behavior และ physiology ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมเวลาที่มีอารมณ์ ก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่น มีอารมณ์กลัวก็อาจมีพฤติกรรมคือ หลบหนีหรือแอบ และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว มือเย็น เหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระบบ sympathetic จึงสรุปได้ว่า situation กับ automatic thought ส่งผลต่อ emotion, behavior และ physiology

Automatic thought มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของความเชื่อที่เป็นแก่นของความเชื่อเรียกว่า core beliefs เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึก นำสู่ intermediate beliefs ซึ่งเป็นลักษณะของกฎเกณฑ์ ข้อตกลงเบื้องต้น มีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น...จะทำให้เป็นอย่างนี้...” ในส่วนของความเชื่อที่ทำให้เกิด automatic thought คือ ถ้ามีความเชื่อ พื้นฐานว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัย เมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้นก็จะกลัว ซึ่งการที่คนมีความเชื่อว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัย ก็อาจเป็นเพราะเติบโตมาจากที่ที่มีแต่ความรุนแรง ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคน ๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การแก้ไขจึงมุ่งในส่วน of core beliefs

Core Beliefs ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในช่วงพัฒนาการ ทำให้มีแบบแผนของการตีความที่เสมอต้นเสมอปลาย ไม่เปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถถูกกระตุ้นได้โดย

เหตุการณ์ในปัจจุบัน และทัศนคติ การคาดเดา กฎ (Attitudes, assumptions, rules) ความเชื่อทั่วไปที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเก่า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตีความสถานการณ์เฉพาะ ดังแสดงตามรูปแบบต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 4 Cognitive Behavioral Model ของ Aron T.Beck (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2548: 3)

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่ผิดปกติ (dysfunction thinking) ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมดจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังนั้น แนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับ emotion, behavior ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยการทำให้อาการผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าเขาผิดปกติอย่างไร แล้วจึงประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น

Cognitive behavior therapy เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้รักษานำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมินปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง

การทำ cognitive therapy เป็นการทำ cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจปัญหาของตนเอง เช่น การใช้ในผู้ป่วย depression ก็จะดูว่าเขามี cognitive model หรือมีวิธีคิดอย่างไร ทั้งนี้ในคนแต่ละคนก็จะใช้ cognitive model ที่ต่างกันไป และเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป

โรคที่นิยมบำบัดรักษาด้วย CBT ได้แก่

- Major depression
- Generalized anxiety disorder

- Panic disorder
- Social phobia
- Substance abuse
- Eating disorders
- OCD (Obsessive Compulsive Disorder)
- PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)
- Personality disorders
- Bipolar disorder
- Schizophrenia

ในแต่ละโรคที่นำ CBT มาใช้นั้นต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะแก้ไขอะไร ทำ cognitive conceptualization โดยใช้ cognitive model ก็จะช่วยให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบี้ยว หรือผิดปกติอย่างไร เช่น depression ก็จะมีความคิดที่บิดเบี้ยวโดยการมองโลกในทางลบ มองตัวเองแย่ สิ้นหวัง (ตัวเองแย่ โลกแย่ อนาคตแย่) การนำ cognitive model มาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินว่าเขาแย่ขนาดนั้นจริงหรือเปล่า เป็นต้น

หลักในการบำบัดด้วย CBT (10 ประการ)

1) Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of the patient and her problems in cognitive terms.

การทำ cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการ formulate ปัญหาของผู้ป่วย การ formulate โดยการดูจากประวัติ มีอาการอย่างไร นำมาเขียนลงใน cognitive model จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขาเกิดความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา cognitive model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน formulation ของคนไข้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง cognitive model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อผู้บำบัดได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2) Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การทำ cognitive therapy เป็น psychotherapy อย่างหนึ่ง ดังนั้น cognitive therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะทำการบำบัด ความสัมพันธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียว คือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษา เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้รักษามากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา

3) Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation.

การทำ cognitive therapy เน้นที่ collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยผู้บำบัดแบบ CBT จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการ

บำบัด ซึ่ง collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมายให้ทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย การบำบัดที่ประสบความสำเร็จผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป ความร่วมมือกันคือการพูดโต้ตอบกันระหว่างคนสองคน บทบาทของผู้บำบัดแบบ CBT นั้นเหมือนกับครูฝึก (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลที่ซ่อนอยู่หลังเทคนิคต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิค และช่วยให้ผู้ป่วยฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้น ๆ

4) Cognitive therapy is goal-oriented and problem-focused

การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมาย

5) Cognitive therapy initially emphasizes the present

การทำ cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน แต่เมื่อทำไประยะหนึ่งแล้วอาจย้อนกลับไปดูเรื่องในอดีตที่ส่งผลต่อปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร แล้วปัจจุบันจะจัดการอย่างไร ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะและตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะการคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน

6) Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be her own therapist, and emphasizes relapse prevention.

การทำ cognitive therapy เป็นการให้ความรู้ (educative) เช่น เรื่องการดำเนินของโรค การใช้ cognitive therapy มีแนวคิดอย่างไรและเมื่อใช้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เมื่อผู้ป่วยเข้าใจ cognitive model เป้าหมายสุดท้าย ผู้ป่วยจะสามารถบำบัดตนเองได้ และการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ cognitive model เป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้

7) Cognitive therapy aims to be time limited.

การทำ cognitive therapy ใช้เวลาดังนี้ 15 นาที – 1 ชั่วโมง จำนวน 10–20 ครั้ง ดังนั้นควรตกลงเวลากับผู้ป่วย และดำเนินการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เป็นการฝึกผู้ป่วยให้ตรงเวลาด้วย

8) Cognitive therapy sessions are structured.

การทำ cognitive therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจน ดังนี้

- ตรวจสอบอารมณ์ผู้ป่วย (Checks patient's mood)
- ทบทวนในแต่ละสัปดาห์ (Asks for brief review of the week)
- ร่วมมือกันคิดถึงสิ่งที่จะทำในครั้งนี้ (Collaboratively sets and agenda for the session)
- ให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่ทำในครั้งที่ผ่านมา (Elicits feedback about the previous session)
- ทบทวนการบ้าน (Reviews homework)
- อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นปัญหา (Discusses the agenda items)

- ให้การบ้านใหม่ (Sets new homework)
- สรุปเรื่องเป็นระยะ ๆ (Frequently summarizes)
- ให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อจะจบการบำบัดแต่ละครั้ง (Seeks feedback at the end of each session)

9) Cognitive therapy teaches patients to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs.

การทำ cognitive therapy เป็นการสอนหรือให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและประเมินความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการจะอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไขกระบวนการคิดที่ผิดให้เป็นไปตามปกติ (functional) เป้าหมายสูงของ CBT คือ สอนให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดของตนเอง

10) Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior.

Cognitive therapy เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (change thinking, mood, and behavior) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นอันไหนก่อนก็ได้ เช่น ในผู้ป่วย depression ที่ไม่อยากทำอะไรเพราะอารมณ์เศร้า ถ้าอารมณ์ดีก็จะกลับไปทำงาน ซึ่งการแก้ไขอารมณ์อาจทำได้ยาก ดังนั้นก็อาจแก้ที่พฤติกรรมโดยกำหนดกิจกรรมให้ทำ ให้ช่วยคิดกิจกรรมหรือตารางกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำ และให้เฝ้าสังเกต ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

Automatic Thoughts

ก่อนที่จะเกิดเป็นอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) นั้น อาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือ automatic thoughts ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น automatic thoughts เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ automatic thoughts ที่ผุดขึ้นมานั้นมักไม่เป็นที่สังเกตได้ชัดเจน โดยทั่วไปคนจะไม่รู้ตัวทั้ง ๆ ที่ automatic thoughts มีความสัมพันธ์กับอารมณ์หรืออาการทางกาย และการที่จะรู้ automatic thoughts ได้นั้นต้องมีการฝึกฝน automatic thoughts อาจสัมพันธ์กับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้า ทั้งนี้อยู่ที่ความคิดและการให้ความหมายสิ่งนั้น

การดู automatic thoughts นั้นก็เพื่อดูว่าสัมพันธ์กับอารมณ์อย่างไร โดยอาจดูที่อารมณ์แล้วค่อยดูว่าเกิด automatic thoughts อย่างไร และบางครั้งคนเราก็จะเชื่อใน automatic thoughts โดยที่ไม่มีผลใด ๆ กับตนเอง

ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่าง ๆ ทำให้นำมาสู่อาการต่าง ๆ ของ Depression เช่น การไม่มีพลังกำลัง เฉื่อยชา วิดกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิด Depression แล้ว automatic thoughts ทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อย ๆ และรุนแรง ความคิดที่มีเหตุผลก็จะถูกบดบังและหายไปในที่สุด และหากมี

Depression มากเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้ความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้ยิ่งเชื่อไปตามความคิดนั้นและเกิดอารมณ์เศร้ามากตามไปด้วย

Hot Thought (or Key Cognition)

Hot thought เป็น automatic thoughts ที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มากที่สุด เช่น ในขณะที่เศร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้น ควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเศร้ามากที่สุด ซึ่ง hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนก่อนความคิดอื่น

ในการทำ CBT นั้นกล่าวไว้ว่าไม่ควรเชื่อความคิดทั้งหมด เนื่องจากความคิดเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ความจริง หากยังเชื่ออยู่ก็ต้องทบทวนต่อไป

ปัจจุบันได้มีการบำบัดด้าน CBT หลายแบบ มีเทคนิคใหม่ๆ และมีผลการวิจัยที่สนับสนุนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เทคนิคการปรับความคิด มีดังนี้

1. การตั้งคำถาม ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุผลในการคิดของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง
2. ใช้รูปแบบความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผลที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้
3. การหันเหความสนใจ โดยการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้
4. การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดทางลบนั่นไว้ และให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่
5. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วยและให้พยายามคิดแบบเป็นกลางไม่สุดขั้วไปด้านใดด้านหนึ่ง
6. ฝึกให้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้จะเป็นการช่วยให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

การบำบัดด้วย CBT ใน Depression

CBT เป็นการรักษาที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการปัจจุบัน และองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเศร้านั้น ความคิดทางด้านลบเป็นกรอบที่กรอบไว้ไม่ให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้เอง การค้นหา negative automatic thoughts เป็นวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายตามที่ตั้งไว้คือการหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่น ๆ อีก ทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดอาการเศร้าในอนาคตได้ด้วย (ฉัตร พิทยรัตน์ เสถียร, 2548)

นอกจากนี้ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องร่วมมือกันตั้งปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) สิ่งที่ยืนยันว่าเป็นปัญหา (assertiveness)
- 2) ขอบเขตของปัญหา (boundary sitting)
- 3) ปัญหาความเครียด (stress problems)
- 4) ประเด็นในเรื่องความสัมพันธ์ (relationship issues)
- 5) ปัญหาเรื่องงาน (problems at work)
- 6) ประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health issues)
- 7) ช่วงอายุที่สัมพันธ์กับปัญหานั้น ๆ (age – related problems)
- 8) ปัญหาทางเพศ (sexual problems)
- 9) ประเด็นที่เกี่ยวกับเอกลักษณ์ (identity issues)
- 10) ภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเอง (body image)
- 11) การไร้ความสามารถ (poor self efficacy)
- 12) ปัญหาการเงิน (financial problems)

การนำ CBT มาบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้านั้น นอกจากจะได้ประเมนการให้คุณค่าของตนเองของผู้ป่วยแล้ว สิ่งตามมาคือการมีภาวะความซึมเศร้าที่ลดลงอย่างเป็นเหตุเป็นผล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Chan and Leang (2002) ศึกษาวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน และ CBT เป็นวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะจะได้ผลดีถ้าใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา

Turkington, Kingdon and Turner (2002) ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลจิตเวชชุมชนของประเทศนิวซีแลนด์ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบวิธีบำบัดรักษาแบบ brief CBT กับวิธีอื่น ๆ พบว่าวิธี CBT ช่วยให้ผู้จิตเวช ได้รับความรู้และการแสดงของตนเอง มีการหยั่งรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น และอาการซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญ

Proudfoot et al. (2004) ศึกษาประสิทธิภาพของ CBT ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีภาวะวิตกกังวลที่ได้รับการรักษาที่ระดับปฐมภูมิ พบว่า CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าวิธีบำบัดอย่างอื่น ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความไม่สบายใจจากโรคซึมเศร้าและมีภาวะวิตกกังวล

ยุทธนา อดอาจสกุลม้น (2005) ได้ศึกษาการจัดทำจิตบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 4 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีอาการดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดมากขึ้น โดยยอมรับว่าตนเองป่วยและร่วมมือในการรักษา

Chen, Lu, Chang, Chu and Chou (2006) ศึกษาผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชของประเทศไต้หวันที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน กลุ่มควบคุม

จำนวน 25 คน ทดลองในเวลา 12 สัปดาห์ และทำการประเมินก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Durrant, Clarke, Tolland and Wilson (2006) ได้ทำการศึกษา นำร่องผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษานักผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้ CBT ร่วมกับ Dialectical Behavior Therapy (DBT) ในการบำบัดรักษาระยะสั้น พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ และมีความมั่นใจในการที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองดีขึ้น

Garety et al. (2008) ศึกษาเรื่องการใช้ CBT และการจัดการครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งการรักษามี 20 ขั้นตอนนานกว่า 9 เดือน พบว่า ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าแสดงอาการในเชิงบวกนานถึง 24 เดือน และผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและมีปัญหาเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีอาการดีขึ้น

Warrilow and Beech (2009) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ CBT บำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 เรื่อง เพื่อสร้างเครื่องมือให้ผู้ป่วยบำบัดตนเองด้วยวิธีการ CBT (self-help CBT materials) ซึ่งได้ข้อเสนอแนะว่า self-help CBT จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือสนับสนุนงานของพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ขั้นเบื้องต้น ได้เป็นอย่างดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาและทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้า โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนเอกสารแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ขั้นที่ 2 พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย 4 ชุด คือ

- 1) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย
- 2) แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน
- 3) แบบประเมินผลความซึมเศร้า
- 4) รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ขั้นที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการภาวะซึมเศร้าหลัก
- 2) ผู้ป่วยมีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาตามการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 4 ประเมินผู้ป่วยด้านความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง

ขั้นที่ 5 ดำเนินการทดลองโดยใช้ รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่กำหนดไว้เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 10 – 20 ครั้ง

ขั้นที่ 6 ประเมินผู้ป่วยด้าน ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์และสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มารับการรักษา แผนกจิตเวช ประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา ช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง มกราคม 2553

กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย พัฒนาจากแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตผู้ใหญ่และครอบครัวของอรพรรณ ลือบุญวัชชัย ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการปรับตัว 3 ด้าน คือ

- 1.1 การปรับตัวด้านสรีรวิทยา
- 1.2 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
- 1.3 การปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ลักษณะของเครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้คะแนนตามระดับความสามารถ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน พัฒนาจาก Coopersmith Self-Esteem Inventory ลักษณะของเครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้คะแนนตามความรู้สึก 4 ระดับ คือ จริงมาก ก่อนข้างจริง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

3. แบบประเมินผลความซึมเศร้า พัฒนาจาก Beck Depression Inventory ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้ค่าคะแนน 0-3 คะแนน โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงเป็น 5 ระดับ คือ

- 3.1 คะแนน 0-9 มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ
- 3.2 คะแนน 10-15 มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
- 3.3 คะแนน 16-19 มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง
- 3.4 คะแนน 20-29 มีระดับภาวะซึมเศร้ามาก
- 3.5 คะแนน 30-39 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง

4. รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ประยุกต์จากวิธีการของ Aaron T. Beck ประกอบด้วยมี

4.1 ขั้นตอน

4.1.1 ขั้นการสอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

4.1.2 ขั้นการตรวจสอบความคิดที่ก่อเกิดอารมณ์ด้านลบของผู้ป่วย

4.1.3 ขั้นการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ได้แก่ การมอบหมายงาน การฝึกซ้อมในการคิด และการใช้บทบาทสมมติ

4.2 หลักการการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

มุ่งเน้นการแก้ไขกลไกของกระบวนการคิดที่ผิดจากความเป็นจริง (distorted cognitive mechanisms)

4.2.1 ฝึกหัดการคิดอย่างเป็นระบบ (systematic training)

4.2.2 ในระยะเริ่มต้นมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการฝึกควบคุมตนเอง (focus on behavioral changes and self - control training)

4.3 เทคนิควิธีการ

4.3.1 Recognizing and socialization เป็นการแสดงการยอมรับผู้ป่วยอย่างจริงใจและเตรียมผู้ป่วยให้รู้จัก การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมนิยม

4.3.2 Monitoring distorted automatic thought processes คือ การตรวจสอบกระบวนการคิดของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติอย่างไร

4.3.3 Normalization เป็นการชี้แจงให้ข้อมูลผู้ป่วยให้รู้ว่าอาการต่าง ๆ ของเขาพบได้ในคนทั่วไป

4.3.4 A-B-C Technique เป็นการฝึกหัดให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้เขามีอารมณ์แย่ลง โดย A (Activating event) คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น B (Belief) คือ ความเชื่อที่มีอยู่ในตัวเรา C (Emotional Consequence) อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา

4.3.5 Evidence - counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้น ๆ

4.3.6 Alternative technique เป็นช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น เขาสามารถคิดในแบบอื่น ๆ ได้หรือไม่

4.3.7 Behavioral reattribution technique เป็นการนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการปรับแก้พฤติกรรมของผู้ป่วย

4.3.8 Homework เป็นการให้การบ้านผู้ป่วยที่ต้องกลับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การบันทึกอารมณ์ การฝึกพูดกับตนเอง (self talk)

4.4 โครงสร้างการทำ CBT ในแต่ละครั้ง

- 4.4.1 ตรวจสอบอารมณ์ผู้ป่วย
- 4.4.2 ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา
- 4.4.3 วางแผนร่วมกันถึงสิ่งที่จะแก้ไขในครั้งนี้
- 4.4.4 ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมา (ยกเว้นครั้งแรก)
- 4.4.5 อภิปรายประเด็นปัญหาร่วมกัน
- 4.4.6 สรุปเรื่องเป็นระยะ ๆ
- 4.4.7 ให้การบ้านใหม่
- 4.4.8 สรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับก่อนการจบในแต่ละครั้ง

ระยะเวลาการบำบัดในแต่ละครั้ง 45 นาที - 1 ชั่วโมง จำนวน 10-20 ครั้ง

การพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการวิจัยและกลุ่มเป้าหมาย และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92
2. แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86
3. แบบประเมินผลความซึมเศร้า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ติดต่อประสานกับคณะกรรมการวิจัยและขอความร่วมมือจากจิตแพทย์ พยาบาล และ

บุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา

ขั้นดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา และรับยาต่อเนื่อง จำนวน 10 ราย
2. อธิบายรูปแบบการวิจัย เชิญผู้ป่วยและขออนุญาตจากญาติผู้ป่วย เพื่อให้เข้าร่วมการวิจัย
3. นัดหมายไปเยี่ยมที่บ้าน ชักประวัติ และทำแผนที่บ้าน
4. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

- 1) ประเมินความสามารถในการปรับตัว การเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า

2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบำบัด
ระยะเวลาและข้อตกลงของการทำงานร่วมกัน

3) ตรวจสอบอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

5. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 20 ดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการ
คิดและพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนจากแบบประเมินความสามารถในการปรับตัว แบบ
ประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และแบบประเมินผลความซึมเศร้า

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าใน
ตน และระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบ
ค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม



บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักด้วยการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ประยุกต์รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck. ทดลองใช้การบำบัดรักษาตามรูปแบบที่กำหนดกับผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้าหลัก ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการรักษาดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย ผลการดำเนินการสรุปได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

คนที่	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	การศึกษา	อาชีพ	จังหวัดที่อาศัยอยู่
1	ชาย	43	โสด	ป.ตรี	ค้าขาย	กรุงเทพฯ (บางเขน)
2	หญิง	22	โสด	ป.ตรี(ปี2)	นักศึกษา	ปทุมธานี (ธัญบุรี)
3	ชาย	31	โสด	ม.3	ขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง	กรุงเทพฯ (ดอนเมือง)
4	ชาย	19	โสด	ม.3	พนักงานรักษาความปลอดภัย	นนทบุรี (บางบัวทอง)
5	หญิง	55	สมรส	ปวช.	แม่บ้าน	กรุงเทพฯ (สายไหม)
6	หญิง	41	โสด	ป.6	รับจ้างซักกรีด	ปทุมธานี (ตลาดไท)
7	ชาย	33	โสด	ป.6	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	นนทบุรี (บางบัวทอง)
8	ชาย	51	สมรส	ป.4	พนักงานรักษาความปลอดภัย	ปทุมธานี (บางเขย)
9	หญิง	41	สมรส	ปวช.	ค้าขาย	นนทบุรี (เมืองทอง)
10	ชาย	58	โสด	ปวช.	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	นนทบุรี (บางกรวย)

จากตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก เป็นเพศชาย 6 คน เพศหญิง 4 คน มีช่วงอายุ 19 – 58 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จบการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ 3 คน มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 คน ประถมศึกษาจำนวน 3 คน และปริญญาตรี 1 คน มีอาชีพค้าขาย 2 คน พนักงานรักษาความปลอดภัย 2 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 คน ที่เหลือรับจ้างซักกรีด ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง แม่บ้าน และนักศึกษาพักอาศัยอยู่จังหวัดนนทบุรี 4 คน ปทุมธานี 3 คน และกรุงเทพฯ 3 คน

ตอนที่ 2 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนการบำบัดรักษา
ด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

คนที่	ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก					
	ด้าน สรีรวิทยา	ด้าน บทบาทหน้าที่	ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	รวม	เฉลี่ย คะแนนเต็ม 5	ระดับ
1	22	23	28	73	2.4	ต่ำ
2	39	39	37	115	3.8	ดี
3	29	31	25	85	2.8	ปานกลาง
4	24	30	24	78	2.6	ปานกลาง
5	22	21	18	61	2.0	ต่ำ
6	33	34	33	100	3.3	ปานกลาง
7	28	30	29	87	2.9	ปานกลาง
8	24	19	21	64	2.1	ต่ำ
9	3	37	34	105	3.5	ปานกลาง
10	21	18	18	57	1.9	ต่ำ

จากตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ก่อนการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรม รวมทุกด้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปรับตัวในระดับปานกลางและต่ำ

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักหลังการบำบัดรักษา
ด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

คนที่	ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก					
	ด้าน สรีรวิทยา	ด้าน บทบาทหน้าที่	ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	รวม	เฉลี่ย คะแนนเต็ม 5	ระดับ
1	27	29	30	86	2.8	ปานกลาง
2	43	44	45	132	4.4	ดี
3	35	34	30	99	3.3	ปานกลาง
4	29	32	29	90	3.0	ปานกลาง
5	30	31	30	90	3.0	ปานกลาง
6	37	38	37	112	3.7	ดี
7	31	34	33	98	3.2	ปานกลาง
8	26	25	25	86	2.5	ต่ำ
9	37	41	43	121	4.0	ดี
10	25	23	21	69	2.3	ต่ำ

จากตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก หลังการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรม รวมทุกด้านพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปรับตัวในระดับปานกลางและดี มีผู้ป่วยรายที่ 8 และ 10 ที่ยังมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำอยู่แต่มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากเดิม

ตอนที่ 3 คะแนนความรู้สึกเป็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

คนที่	คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนก่อนทดลอง	คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนหลังการทดลอง
1	61	72
2	82	93
3	73	79
4	58	64
5	66	85
6	78	88
7	69	71
8	60	63
9	79	88
10	47	52
$\bar{X}$	67.3	75.5

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 47 – 82 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 67.3 และหลังการบำบัดรักษา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 52 – 93 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 75.5

ตอนที่ 4 คะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

ตารางที่ 5 คะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

คนที่	คะแนนความซึมเศร้าก่อนทดลอง		คะแนนความซึมเศร้าหลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	26	มาก	19	ปานกลาง
2	20	มาก	18	ปานกลาง
3	18	ปานกลาง	16	ปานกลาง
4	19	ปานกลาง	14	เล็กน้อย
5	28	มาก	18	ปานกลาง
6	18	ปานกลาง	17	ปานกลาง
7	29	มาก	22	มาก
8	22	มาก	18	ปานกลาง
9	18	ปานกลาง	16	ปานกลาง
10	29	มาก	23	มาก
X	22.7		18.1	

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับมากและมี 4 คน ที่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับปานกลาง และหลังการบำบัดรักษาส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับปานกลาง มี 1 คน ที่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับเล็กน้อย และมี 2 คนที่ยังคงมีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับมาก

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็น
คุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการ
บำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปรับตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก
ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

การปรับตัว	ค่าเฉลี่ย (S.D.)		t
	ก่อนทดลอง (n=10)	หลังทดลอง (n=10)	
ด้านสรีรวิทยา	27.6 (6.1)	32.0 (5.81)	17.411*
ด้านบทบาทหน้าที่	28.2 (7.5)	33.1 (6.64)	15.762*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	26.7 (6.7)	32.2 (7.49)	13.621*
รวม	82.5 (19.60)	97.3 (19.64)	15.66*

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปรับตัวโดยรวมของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการบำบัดรักษาสูงกว่าก่อนการบำบัดรักษา
ทุกด้าน

เมื่อพิจารณาความแตกต่างรายด้าน พบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทาง
สังคมหลังการบำบัดรักษามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้าน
สรีรวิทยา ตามลำดับ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน	ค่าเฉลี่ย (S.D.)		t
	ก่อนทดลอง (n=10)	หลังทดลอง (n=10)	
คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน	67.3 (11.03)	75.5 (13.31)	17.937*

*P = < 0.05

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ความซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย (S.D.)		t
	ก่อนทดลอง (n=10)	หลังทดลอง (n=10)	
คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า	22.7 (4.78)	18.1 (2.72)	20.994*

*P = < 0.05

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ด้วยการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรมนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลัก และทดลองใช้การบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยมีสมมติฐาน คือ

1. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังทดลองใช้การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง มกราคม 2553 จำนวน 10 ราย

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของอารอนเบ็ค (Aron T. Beck)

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนเอกสารแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ขั้นที่ 2 พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน แบบประเมินผลความซึมเศร้าและรูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม

ขั้นที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการภาวะซึมเศร้าหลัก
- 2) ผู้ป่วยมีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาตามการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 4 ประเมินผู้ป่วยด้านความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง

ขั้นที่ 5 ดำเนินการทดลองโดยเยี่ยมบ้านและใช้รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่กำหนดไว้เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 10 – 20 ครั้งตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นที่ 6 ประเมินผู้ป่วยด้าน ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์และสรุปผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย พัฒนาจากแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตผู้ใหญ่และครอบครัวของอรพรรณ ลีอนุวัชชัย และคณะ ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการปรับตัว 3 ด้าน คือ

- 1) การปรับตัวด้านสรีรวิทยา
- 2) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
- 3) การปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ลักษณะของเครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้คะแนนตามระดับความสามารถ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน พัฒนาจาก Coopersmith Self-Esteem Inventory ลักษณะของเครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตรฐานค่า 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้คะแนนตามความรู้สึก 4 ระดับ คือ จริงมาก ค่อนข้างจริง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

3. แบบประเมินผลความซึมเศร้า พัฒนาจาก Beck Depression Inventory ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วให้ค่าคะแนน 0-3 คะแนน โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงเป็น 5 ระดับ คือ

- 1) คะแนน 0-9 มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ
- 2) คะแนน 10-15 มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
- 3) คะแนน 16-19 มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง
- 4) คะแนน 20-29 มีระดับภาวะซึมเศร้ามาก
- 5) คะแนน 30-39 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง

4. รูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ประยุกต์จากวิธีการของ Aaron T. Beck โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นการสอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
- 2) ขั้นการตรวจสอบความคิดที่ก่อเกิดอารมณ์ด้านลบของผู้ป่วย
- 3) ขั้นการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ได้แก่ การมอบหมายงาน การฝึกซ้อมในการคิด และการใช้บทบาทสมมติ

โครงสร้างการทำ CBT ในแต่ละครั้ง มีดังนี้

- 1) ตรวจสอบอารมณ์ผู้ป่วย
- 2) ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา
- 3) วางแผนร่วมกันถึงสิ่งที่จะแก้ไขในครั้งนี้
- 4) ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมา (ยกเว้นครั้งแรก)
- 5) อภิปรายประเด็นปัญหาร่วมกัน
- 6) สรุปเรื่องเป็นระยะ ๆ
- 7) ให้การบ้านใหม่
- 8) สรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับก่อนการจบในแต่ละครั้ง

ระยะเวลาการบำบัดในแต่ละครั้ง 45 นาที - 1 ชั่วโมง จำนวน 10-20 ครั้ง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 4 ชุด ผู้วิจัยได้พัฒนา ดังนี้

ผู้วิจัยปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92
2. แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

3. แบบประเมินผลความซึมเศร้า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ติดต่อประสานกับคณะกรรมการวิจัยและขอความร่วมมือจากจิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา

ขั้นดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา และรับยาต่อเนื่อง จำนวน 10 ราย
2. อธิบายรูปแบบการวิจัย เชิญผู้ป่วยและขออนุญาตจากญาติผู้ป่วย เพื่อให้เข้าร่วมการวิจัย
3. นัดหมายไปเยี่ยมที่บ้าน ชักประวัติ และทำแผนที่บ้าน
4. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
 - 1) ประเมินความสามารถในการปรับตัว การเห็นคุณค่าในตนและระดับภาวะซึมเศร้า
 - 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบำบัด ระยะเวลาและข้อตกลงของการทำงานร่วมกัน
 - 3) ตรวจสอบอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
5. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 20 ดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดรักษาแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากคะแนน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก และประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และแบบประเมินผลความซึมเศร้า

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน และระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติทดสอบค่าที ($t - test$)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่ศึกษา พบว่า เป็นเพศชาย 6 คน เพศหญิง 4 คน ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 19–58 ปี สถานภาพโสด 7 คน สมรส 3 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 3 คน

มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 2 คน มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 2 คน ปริญญาตรี 1 คน กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี 1 คน และประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 1 คน มีอาชีพค้าขาย 2 คน พนักงานรักษาความปลอดภัย 2 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 คน รับจ้างชั่วคราว 1 คน ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง 1 คน แม่บ้าน 1 คน และนักศึกษา 1 คน จังหวัดที่อาศัยอยู่ คือ นนทบุรี 4 คน ปทุมธานี 3 คน และกรุงเทพฯ 3 คน

2. ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

2.1 ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ มี 1 รายที่คะแนนอยู่ในระดับดี

2.2 ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและปานกลาง มี 1 รายที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

2.3 ผลการพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ภายหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก พบว่าคะแนนความสามารถในการปรับตัว ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยหลังการบำบัดรักษาสูงกว่าก่อนการบำบัดรักษาทุกด้าน

3. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

3.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 47–82 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 67.3 และหลังการบำบัดรักษา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 52–93 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 75.5

3.2 ผลการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน ภายหลังการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

4.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับมากและมี 4 คน ที่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับปานกลาง และหลังการบำบัดรักษาส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับปานกลาง มี 1 คน ที่มีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับเล็กน้อย และมี 2 คนที่ยังคงมีความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับมาก

4.2 ผลการพัฒนาความเข้มแข็งของผู้ป่วย ภายหลังจากบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาความเข้มแข็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านสถานภาพของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าหลัก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 ใน 10 คน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาโรคซึมเศร้าหลักที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความชุกของโรคในเพศหญิง สูงเป็น 2 เท่าของความชุกในเพศชาย (พีรพนธ์ ลีอนุญรัชชัย, 2553) เนื่องจากการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดมาก เช่น ความยินยอมพร้อมใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยเพศหญิงมักจะไม่พร้อมในการให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านและจากการหลุดหายของกลุ่มตัวอย่างบางคนทำให้ต้องกลับมาเก็บข้อมูลใหม่

ข้อมูลด้านอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีช่วงอายุ 19 – 58 ปี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่น่าเสนอว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มักพบมีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 50 ปี (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

สำหรับสภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 7 ใน 10 คน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่นำเสนอว่า พบการเกิดโรคซึมเศร้าหลักต่ำสุดในผู้ที่เป็นโสด (พีรพนธ์ ลีอนุญรัชชัย, 2553) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะพฤติกรรมการแยกตัว การขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการมีชีวิตโสด

ด้านการศึกษาและอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและอาชีพที่แสดงให้เห็นถึงสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน เอกวารงกูร (2553) ที่นำเสนอว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมักมีระดับการศึกษาค่ำและมีรายได้ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าได้ รวมทั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ Coopersmith (1981) ได้บอกว่า บุคคลจะพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าได้ต้องมีพื้นฐานจากการมีพลังอำนาจ มีความสำคัญ มีคุณค่าที่ดี มีความสามารถและได้รับการปฏิบัติจากผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอซึ่งทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย

2. ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม พบว่ามีความสามารถในการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และด้านสรีรวิทยาและด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก จะไม่สนใจดูแลตนเอง มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่น้อยลง จะไม่สนใจบุคคลอื่น และไม่พยายามมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ภายหลังการบำบัดรักษา พบว่า ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยทุกด้านมีคะแนนสูงขึ้น แต่ส่วนใหญ่ก็ยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสามารถในการปรับตัวโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน พบว่า ทุกคนมีคะแนนสูงขึ้น แต่มี 2 คน ที่ยังมีคะแนนความสามารถในการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ทั้ง 2 คน เป็นเพศชาย มีอายุ 51 และ 58 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาภายใต้ฐานความคิดตามแนวคิดทฤษฎีแล้ว โดยทั่วไปมักพบว่าวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ลำบากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สำหรับการที่ผู้ป่วยมีคะแนนการปรับตัวสูงขึ้นนั้น ปัจจัยอย่างหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วย ประกอบด้วยการบำบัดรักษาทางความคิดและพฤติกรรมนั้น มุ่งเน้นที่กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีเหตุผลและเหมาะสมยิ่งขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความจริง และเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับอรรถพรณ ถิระบุญวัชชัย (2553) ที่นำเสนอว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวที่เหมาะสม

3. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ก่อนการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนสูงขึ้นทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุด 2 คน คือ 19 ปี และ 22 ปี จะมีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าภายหลังการบำบัดสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนนี้ อาจเกิดการจากการค่อย ๆ ประจักษ์ถึงความสำคัญ ว่าตนเองเป็นที่รักเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

4. ภาวะซึมเศร้าหรือความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก พบว่าก่อนการบำบัดรักษา กระบวนการคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับมาก และภายหลังการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความซึมเศร้าอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความซึมเศร้ามลดลง แต่พบว่ามีผู้ป่วย 2 คน คือคนที่ 7 และคนที่ 10 ที่มีคะแนนความซึมเศร้า ยังอยู่ในระดับมากทั้งคู่ ซึ่งทั้ง 2 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจเป็นข้อจำกัดทางสังคมในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับแต่งพฤติกรรมทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงได้รับการส่งเสริมพัฒนาและมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยอื่น

สรุป การวิจัยเรื่องการพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ด้วยการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรม ครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยคะแนนความสามารถในการปรับตัวแต่ละด้าน และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนของ

ผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาสูงขึ้นทุกคน สำหรับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัดนั้นผู้ป่วยทุกคนจะแนบความซึมเศร้าลดลงทุกคน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมการปรับตัว ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และอาการของโรคดีขึ้น จึงเสนอแนะให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก โรคจิตเภท รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้ ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรมด้าน CBT มา สามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งยังเป็นการสนับสนุนเสริมการรักษาด้วยยาอย่างหนึ่ง

2. ในการดำเนินการจิตเวชชุมชน พยาบาลที่เยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อาจนำรูปแบบของการบำบัดรักษากระบวนการคิดและพฤติกรรมนี้ ไปประยุกต์ใช้เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำได้เป็นอย่างดี โดยจากปรับเปลี่ยน เรื่องระยะเวลา ให้ต่อเนื่องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. น่าจะมีการวิจัยโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. น่าจะมีการศึกษาอบรมพยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาลจิตเวชชุมชนให้สามารถทำการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมให้มากขึ้น และทำวิจัยควบคู่เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้เข้มแข็งขึ้น

บรรณานุกรม

- จริยา วัฒนโสภณ. (2544). *เปรียบเทียบความรู้สึกเห็นคุณค่าและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม*. รายงานการวิจัย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น, กรมสุขภาพจิต.
- ฉัตร พิชรัตน์เสถียร. (2550). *Cognitive behavior therapy: การอบรมโครงการอบรมพฤติกรรมปัญหานิยมครั้งที่ 2*. ประจวบคีรีขันธ์: กรมสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการสอน.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธนา งามาสกุลม่น. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่องการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(2), 114 – 115.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. (2541). *การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน*. รายงานการวิจัย, มุทิตาสัตตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บริษัทธนเพรส จำกัด.
- Chan, S., and Leung, J. (2002). *Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia : implications for mental Lealth nursing practice*. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 214 – 224.
- Chen,T.H., Lu, R.B., Chang, A.J., Chu, D.M., and Chou, K.R. (2006). *The evaluation of cognitive - behavioral group therapy on patient depression and self- esteem*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40(1), 3-11.

- Fortinasm, K.M., and Worret, P.A. (2008). *Foundations for psychiatric mental health nursing*. Saint Louis: Mosby Elsevier
- Nichols, J. (2006). The Use of Cognitive Behavior Therapy by Community Mental Health Nurses: A review of literature. This document is located on the internet site: <http://www.rational.Org.nz>.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., and Kuipers, E.(2008). *Cognitive- behavioural therapy and family intervention for Relapse prevention and symptom redeection in psychosis: randomized Controlled trial. The British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.
- Scott, J. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for servere mental disorders: back to the future. The British Journal of Psychiatry*, 192, 401-403.
- Turkington, D., Kingdon, D., and Turner, T. (2002). *Effectiveness of a brief Cognitive – behavioral therapy intervention in the treatment of schaophrenia. The British Journal of Psychiatry*, 180, 523 - 527.
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Nursing: Concepts of care*(5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Warrilow, A.E. (2009). *Self-help CBT for depression : opportunities for primary care Mental health nurse. Journal of Psychiatrie and Mental Health Nuring*, 16, 792 – 803.



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก



ตัวอย่าง

แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
☐ แยก ☐ อื่น ๆ

การศึกษา

อาชีพ

จังหวัดที่พักอาศัย

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วย

ความสามารถในการปรับตัว	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านสรีรวิทยา					
1. ดูแลการแต่งกายและความสะอาด					
ของร่างกาย					
2. รับประทานอาหารเพียงพอในแต่ละวัน					
3. ดื่มน้ำเพียงพอในแต่ละวัน					
4. ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ					
5. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ					
ด้านบทบาทหน้าที่					
11. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ					
12. ปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้เหมาะสม					

ความสามารถในการปรับตัว	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ช่วยเหลืองานบ้านได้					
14. ปฏิบัติการงานอาชีพได้เหมาะสม					
15. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
พยายามได้ครบถ้วน					
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
21. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมกับ					
คนอื่นได้					
22. กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น					
23. รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่อต้องใช้					
ชีวิตร่วมกับผู้อื่น					
24. มั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น					
25. พึงพอใจต่อการมีกิจกรรมร่วมกับ					
ครอบครัว					



ตัวอย่าง

แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง

แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีในปัจจุบัน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยตอบถือว่าเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลอื่น ฉะนั้น จึงขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่สุด

จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยค่อนข้างมาก
จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย
จริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง น้อย	จริง น้อยที่สุด
1 ฉันชอบแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ				
2 ฉันเป็นคนที่ถูกตรงกับใจ				
3 มีหลายสิ่งที่คุณไม่อยากจะบอกให้ใครรู้				
4 ฉันชอบให้คนรู้จักตัวคุณที่แท้จริงของคุณ				
5 ฉันชอบเปิดเผยตนเอง				
6 ฉันกล้าพูดแสดงความคิดเห็น				
7 ฉันเป็นคนยอมแพ้อะไรง่าย ๆ				
8 ฉันเป็นตัวอย่างของผู้ที่ประพฤติตนตามกฎระเบียบสังคม				
9 ฉันต้องใช้เวลานานที่จะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่				
10 ฉันมีความเป็นตัวของตัวเอง				



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบประเมินผลความพึงพอใจ

ตัวอย่าง

แบบประเมินผลความซึมเศร้า

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นประโยคบอกเล่า กรุณาอ่านแต่ละประโยคให้ได้ใจความอย่างถึถ้วน เลือกประโยคที่สมบุรณ์แบบตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่แล้วจนถึงปัจจุบัน ใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับประโยคที่ผู้ป่วยเลือกเพียงข้อเดียว หรือเลือกที่ตรงประเด็นความรู้สึกที่สุด

1. ☐ ฉันไม่รู้สึกรเศร้า
☐ ฉันรู้สึกเศร้า
☐ ฉันเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถหยุดยั้งความรู้สึกเศร้าได้
☐ ฉันรู้สึกเศร้าไม่มีความสุขจนไม่สามารถจะทนได้
2. ☐ ฉันไม่รู้สึกรหดกำลังใจในอนาคต
☐ ฉันรู้สึกหดกำลังใจในอนาคต
☐ ฉันรู้สึกไม่มีสิ่งใดให้คาดหวัง
☐ ฉันรู้สึกสิ้นหวังในอนาคตและไม่มีสิ่งใดทำให้ดีขึ้น
3. ☐ ฉันไม่รู้สึกรว่าตนเองเป็นคนลั้มเหลว
☐ ฉันรู้สึกว่ตนเองลั้มเหลวมากกว่าคนทั่วไป
☐ เมื่อฉันมองกลับสู่อดีตสามารถมองเห็นความลั้มเหลวของตนเองมากมาย
☐ ฉันรู้สึกว่ตนเป็นบุคคลลั้มเหลว
4. ☐ ฉันรู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ มากกว่าที่เคยเป็น
☐ ฉันรู้สึกไม่พึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ มากกว่าเดิม
☐ ฉันไม่สามารถพบความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ได้อีกต่อไป
☐ ฉันรู้สึกไม่พึงพอใจและเบื่อหน่ายในทุก ๆ สิ่ง
5. ☐ ฉันไม่เคยรู้สึก ผิด บาป
☐ ฉันรู้สึก ผิด บาป ในบางขณะ
☐ ฉันรู้สึก ผิด บาป เกือบตลอดเวลา
☐ ฉันรู้สึก ผิด บาป ตลอดเวลา

ข้อมูลผู้วิจัย

1. อาจารย์ ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. แพทย์หญิงสุจิตรา จรัสศิลป์
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ช่วยวิจัย

1. นางสาวนภาพร ศรีโพธิ์
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. นางสาวสุกัญญา เควีเลาะ
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ