

## หลักฐานทางวิชาการใหม่ในการจัดการกับลักษณะเนื้อหาความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า A Current Evidence for Management of Cognitive Content Underpinning Depression

ดร.ณิ ภูขาว

Darunee Phukao

\* คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

E-mail: [darunee.phukao@gmail.com](mailto:darunee.phukao@gmail.com)

### บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: พบว่าปัจจัยด้านความคิด เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามพบว่าข้อจำกัดที่ปรากฏในไทยคือมีการศึกษาวิจัยประเภทการทบทวนองค์ความรู้สากลเฉพาะประเด็นการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยมาก วิธีการศึกษา: การทบทวนองค์ความรู้ และวิเคราะห์ด้วยวิธีพรรณนา โดยได้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญคือ องค์กรระดับชาติ ในประเทศอังกฤษ ได้แก่ สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติประเทศอังกฤษ (The National Institute of Clinical Excellence (NICE) และ ไอ ซีเอส (ICS, Institute for Clinical System Improvement) ประเทศอเมริกา ซึ่งทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษา และ ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติที่ปรากฏในหลากหลายประเทศ ผลการศึกษา: พบหลักฐานทางวิชาการใหม่ๆ และสำคัญๆ ในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ 5 ประเภทด้วยกัน ได้แก่ ก. พบว่าจากมุ่งเน้นในการให้ความสนใจในการจัดการกับ ลักษณะความคิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า มาเป็นครอบคลุมความคิด เกี่ยวกับ ความต้องการ ความพร้อม (Readiness) ในการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ข. มีการให้ความสำคัญกับสมรรถนะของผู้บำบัดด้านการทำความเข้าใจภาวะเศร้า (Case Conceptualization or Case formulation) มากๆเท่ากับการให้ความสนใจในการ จัดการกับภาวะเศร้า (Intervention Strategies) ค. มีการพัฒนารูปแบบ CBT ความเข้มข้นต่ำ (Low Intensity CBT) และ CBT ความเข้มข้นสูง (High Intensity CBT) ง. พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ในแง่ความถูกต้อง (Fidelity tools) ของผู้บำบัดที่ใช้ CBT จ. พบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 3 ประเภท i) ฝึกการใช้ CBT 10 นาที สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่มีเวลาจำกัดในการพบผู้ป่วย (Busy health professional) ii) หลักสูตร Low intensity CBT iii) หลักสูตร High Intensity CBT อภิปราย: หลักฐานทางวิชาการต่างๆพัฒนาขึ้นโดยมีแนวโน้มว่ามีการให้ความสำคัญกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้มีประสิทธิภาพ (Therapeutic relationship) มากกว่าที่จะมุ่งเน้นเฉพาะตัวเทคโนโลยี กลยุทธ์ ทักษะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Strategies) พบว่าจุดเด่นของหลักฐานทางวิชาการที่พบนี้จะไปตอบโจทย์ การปฏิบัติงานในระดับบุคคล (Individual level) ยังไม่พบ หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้ระดับ ระบบ (A system level) คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยอิงจากหลักฐานทางวิชาการใหม่ๆในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับ องค์กร สถานพยาบาลทั่วไป สรุปและข้อเสนอแนะ: อาจมีการพิจารณาจัดทำแผนที่ความคิด (Mapping) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ กับหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ที่ปรากฏในประเทศไทย อันจะนำไปสู่การหาจุด เหมือน จุดต่าง ช่องว่าง และ โอกาสในการพัฒนา และเนื่องจากการสืบค้นครั้งนี้ไม่ได้ทำการสืบค้นอย่างเป็นระบบ ผู้ที่จะทำการศึกษารั้งต่อไป ควรพิจารณา ใช้วิธีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ

**คำสำคัญ:** หลักฐานทางวิชาการ, เนื้อหาความคิด, ภาวะซึมเศร้า

## Abstract

Principle and reason: It was found that the factor of thinking is an important factor that causes people to have depression. However, it was found that the limitation that appeared in Thailand is that there are very few research studies in the form of a review of international knowledge specifically on the treatment of abnormal thoughts in people with depression. Study method: Review of knowledge and analysis by descriptive method from important sources of information, namely national organizations in England, namely The National Institute of Clinical Excellence (NICE) in England and ICS (Institute for Clinical System Improvement) in America, which are responsible for developing treatment systems, and databases that collect guidelines that appear in many countries. Results of the study: New and important academic evidence was found on the treatment of abnormal thoughts in people with depression in 5 types: a. It was found that from focusing on the management of the characteristics of thoughts that lead to depression, it covered thoughts about the need, readiness (Readiness) to change, depression that occurs in oneself. b. There is a lot of importance given to the competence of the therapist in understanding the depression (Case Conceptualization or Case formulation) as much as paying attention to managing the depression. (Intervention Strategies) C. There is a development of low intensity CBT and high intensity CBT. D. It was found that there are tools used for quality assurance in terms of fidelity tools of therapists who use CBT. E. It was found that there are 3 types of training courses developed: i) 10-minute CBT training for health professionals who have limited time to meet patients (Busy health professional) ii) Low intensity CBT course iii) High intensity CBT course Discussion: Various academic evidence has been developed with a tendency to focus on factors related to creating an effective therapeutic relationship (Therapeutic relationship) rather than focusing specifically on technologies, strategies, skills leading to behavior change (Change Strategies). It was found that the strengths of the academic evidence found will answer the work at the individual level (Individual level). There is no academic evidence related to the practice guidelines that aim to use at the system level (A system level), which is how to drive the care system for patients with depression based on new academic evidence to correct abnormal thoughts in people with depression at the organizational level, general hospitals. Conclusion and Recommendations: It may be considered to create a mind map (Mapping) to analyze and compare the knowledge obtained from this study with academic evidence related to this issue that appears in Thailand. This will lead to finding similarities, differences, gaps, and opportunities for development. And since this search was not systematic, those who will conduct the next study should consider using a systematic search method.

**Keywords:** Academic Evidence, Cognitive Content, Depression

## บทนำ

พบว่าปัจจัยด้านความคิด เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่ามียุทธศาสตร์การบำบัดทางจิตสังคมหลายประเภทที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อมุ่งเน้นในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไขความคิดที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามพบว่ามียุทธศาสตร์การบำบัดประเภทหนึ่งที่ปรากฏชัดเจนว่าการมุ่งเน้นที่ครอบคลุมทั้งให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไขความคิดที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสามารถบำบัดตัวเองได้เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งชื่อว่ายุทธศาสตร์การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งพัฒนาโดย ศ.แอรอน เบค กว่า 30 ปี ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาวิจัย Control Clinical trial ในจำนวนมากกว่า 300 การศึกษาวิจัยที่ได้ยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดนี้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า<sup>1,2</sup> สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติประเทศอังกฤษ (The National Institute of Clinical Excellence (NICE) ได้ระบุ ว่า CBT ควรใช้เป็นแนวทางการรักษาอันดับแรก (first-line treatment) ในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า<sup>3</sup> พบว่าในเมืองไทยนั้น มีการนำเอารูปแบบการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมมาใช้กันอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจัดทำทบทวนองค์ความรู้ หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ โรคซึมเศร้าที่ได้รับการจัดทำโดย น.พ. ธรนินทร์ กองสุขและคณะ ในปี พ.ศ. 2549<sup>4</sup> และพบว่ามีการกล่าวถึง หลักฐานทางวิชาการในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแทรกอยู่ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ได้รับการนำเสนอในปริมาณที่จำกัด และผลจากการทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านมายังไม่พบชัดเจนว่ามีการศึกษาวิจัยที่จัดทำขึ้นมาโดยเฉพาะเพื่อทบทวนองค์ความรู้สากลเฉพาะประเด็นการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

## วัตถุประสงค์

จัดทำทบทวนองค์ความรู้สากลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานทางวิชาการใหม่ในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

## วิธีการศึกษา

การทบทวนองค์ความรู้ และวิเคราะห์ด้วยวิธีพรรณนา โดยได้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญคือ องค์การระดับชาติ ในประเทศอังกฤษ ได้แก่ สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติประเทศอังกฤษ (NICE , National Institute for Health and Clinical Excellence) และ ไอ ซีเอส (ICS, Institute for Clinical System Improvement) ประเทศอเมริกา ซึ่งทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษา และฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติที่ปรากฏในหลากหลายประเทศ

## ผลการศึกษา

ผลจากการทบทวนครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบหลักฐานทางวิชาการใหม่ๆ และสำคัญๆ ในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ 5 ประเภทด้วยกัน ได้แก่

ก. พบว่าจากมุ่งเน้นในการให้ความสนใจในการจัดการกับ ลักษณะความคิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า มาเป็นครอบคลุมความคิด เกี่ยวกับ ความต้องการ ความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลง (Readiness to change) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง เห็นได้จากพบว่าเริ่มมีอุบัติการณ์การศึกษาวิจัยที่นำเอาวิธีการสัมภาษณ์แบบเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาใช้ในการบำบัดครั้งแรกเพื่อวัตถุประสงค์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมหรือตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแทนที่จะใช้เพียงการให้ความรู้ ก่อนที่จะเริ่มให้การบำบัดที่เข้มข้น (Intensive Intervention)

เมื่อพิจารณาดูเนื้อหาที่ปรากฏในคู่มือ บทความ ตำรา ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะความคิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในยุคนกว่า 10 ปีที่ผ่านมา จะพบการให้ความสนใจกับประเภทของลักษณะการให้เหตุผลบกพร่อง หรือให้เหตุผลโดยมิได้อยู่บนฐานของความเป็นจริง (Reality) หรืออาจพบใช้คำว่า ความคิดบิดเบือน (Cognitive distortion) ตัวอย่างเช่น ลักษณะการให้เหตุผลแบบสุดโต่ง (All or none thinking) แบบด่วนสรุป (Jumping to conclusion) แบบ เดใจ (Mind reading) เป็นต้น หรือให้ความสนใจกับการให้เหตุผลบกพร่องที่พบในประเภทของ ความคิด 3 ลักษณะ ที่เรียกว่า “cognitive triad” ที่เชื่อว่าพบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ความคิดเกี่ยวกับการมองตนเอง (Self) เช่น ฉันเป็นคนที่น่าเบื่อ ความคิดเกี่ยวกับผู้อื่น (Others) เช่น ไม่มีใครที่หวังดีกับฉัน ความคิดต่ออนาคต (Future) เช่น ฉันสิ้นหวัง หรือในบางตำรา อาจมีการให้ความสนใจจัดแบ่งประเภทของชื่อความคิด เช่น การให้เหตุผลที่มาของปัญหา (Attribution) การรับรู้ความสามารถว่าตนเองสามารถทำการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (Self efficacy) ความคาดหวัง (Expectation) ความคิดภาคภูมิใจ นับถือตนเอง (Self esteem) เป็นต้น<sup>5</sup>

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา พบการขยายขอบเขตความสนใจ จากเดิมมาเป็นให้ความสนใจต่อ ความคิดที่ เกี่ยวข้องกับความ ต้องการ ความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Stage and readiness of change) ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลักฐานทางวิชาการที่ปรากฏคือ การศึกษาวิจัยที่มีการนำเอาวิธีการสัมภาษณ์แบบเพิ่มแรงจูงใจมาใช้ ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเข้าร่วมรับการบำบัดที่เข้มข้นต่อไป ซึ่งที่มาของการนำเอา MI มาใช้คือ พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่พร้อมที่จะเข้ารับการรักษา<sup>6, 7</sup>

ข. มีการให้ความสำคัญกับสมรรถนะของผู้บำบัดด้านการทำความเข้าใจภาวะเศร้า (Collaborative Case Conceptualization) มากๆเท่ากับการให้ความสนใจในการ จัดการกับภาวะเศร้า (Intervention Strategies)

ได้แก่ พบการพัฒนาแนวคิดการทำความเข้าใจอารมณ์เศร้าในผู้ที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน จากแนวคิด 3 ปม หรือ 3 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับภาวะเศร้า ซึ่งได้แก่ สถานการณ์นำ, พฤติกรรม และ ผลกระทบ ซึ่งเรียกสั้นๆ ว่า เอ-บี-ซี [(A-B-C (Antecedents-Behavior-Consequences)] มาเป็น 5 ปม ที่สัมพันธ์กับภาวะเศร้า (Five part model)<sup>5</sup> ซึ่งครอบคลุมถึง สถานการณ์นำ (Activating Events) ความคิด (thought) การแสดงออก (Action, Behavior) อารมณ์ (Mood) และ ปฏิกริยาทางร่างกาย (Physical Reactions) และ พบการพัฒนาการทำความเข้าใจอารมณ์เศร้าในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน (Depression Patient Co-occurring with personality disorders and substance use disorders) โดยครอบคลุมระดับความยึดติดในความคิด 3 ระดับ ได้แก่ ความคิดระดับลึก (Core belief) รากแขนงหรือความคิดที่เป็นกฎเกณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินชีวิต (Underlying Assumptions) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) และเทคโนโลยีต่างๆที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยในการจัดการและปรับเปลี่ยน 3 ระดับความคิดด้วยกระบวนการคำถามโซเครติก (Socratic Questionings) ได้แก่ แบบบันทึกความคิดประจำวัน (DTR-Daily Thought Record Sheet) ,การกระตุ้นให้ตรวจสอบระดับความจริงในความคิด โดยให้ทดลองในชีวิตจริง (Behavioral Experiments) มาตราวัดการเปลี่ยนแปลงระดับความเชื่อในความคิดรากแก้ว (Core Schema) (Charting on the Adaptive Continuum Methods)<sup>8,9,10</sup>

ค. มีการพัฒนารูปแบบ CBT ความเข้มข้นต่ำ (Low Intensity CBT) และ CBT ความเข้มข้นสูง (High Intensity CBT)<sup>11</sup> ซึ่งรูปแบบ CBT ความเข้มข้นต่ำใช้ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ การให้การช่วยเหลือแต่ละครั้งจะใช้เวลาสั้นๆ ไม่เกิน 30 นาที และการพบกันส่วนใหญ่จะเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่สำคัญคือ หนังสือ คู่มือ หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computer-CBT) ที่อิงกับการพัฒนาทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ส่วน CBT ความเข้มข้นสูง (High Intensity CBT) ใช้ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ที่จะมีคุณสมบัติใช้ CBT ความเข้มข้นสูง (High Intensity CBT) นี้จะมาจาก 2 ช่องทางด้วยกัน ได้แก่ ช่องทางแรก คือผ่านการปฏิบัติงาน โดยทำหน้าที่เป็น

ผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดระดับความเข้มข้นต่ำมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี จากนั้นต้องแสดงศักยภาพว่ามีสมรรถนะต่างๆตามที่ระบุไว้ในองค์กร BACBP ตัวอย่างเช่น ผ่านการปฏิบัติงานด้านการประเมินและบำบัดรักษาด้วย CBT มาอย่างน้อยจำนวน 200 ชั่วโมง บำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างน้อย จำนวน 8 คน เสร็จสิ้นการเขียนรายงานผลการประเมินรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนอย่างน้อย 8 คน ได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่องจากผู้บำบัด CBT ที่ได้รับการรับรองจาก BACBP และได้รับการนิเทศมาแล้วอย่างน้อย 70 ชั่วโมง สามารถประเมินตนเองด้านความถูกต้องในการใช้ CBT ได้ ด้วยเครื่องมือ CTS-R เป็นต้น ซึ่งสมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ใช้รูปแบบการบำบัดทั้งสองนี้จะแตกต่างกันปรากฏในกรอบแนวคิดสมรรถนะของการใช้ CBT (The competence model for CBT)<sup>12</sup> ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวได้มาด้วยการจัดทำการศึกษาวิจัย ด้วยวิธีการสังเคราะห์การศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบประสิทธิผลของ CBT โดยผู้จัดทำการศึกษาวิจัยคือทีมคณาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้าน CBT ระดับชาติ (Expert reference group) ซึ่งผลงานดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโครงการระดับประเทศที่จัดทำโดย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบำบัดที่มีหลักฐานการศึกษาวิจัยรับรองประสิทธิผล (Evidence Based Practice) ชื่อโครงการ ไอเอพีที (IAPT, Improving Access to Psychological Therapies) ซึ่งเริ่มพัฒนาโครงการเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา<sup>13</sup>

นอกจากนี้ยังพบ CBT ความเข้มข้นต่ำ (Low Intensity CBT) ในรูปของหนังสือการดูแลตนเองด้วยตนเอง (Self help), ปรากฏในแหล่งข้อมูล (Resources) ตลอดจนเว็บไซต์ต่างๆ (website) ได้แก่ หนังสืออารมณ์ดี (Feeling Good)<sup>14</sup> หนังสือใจ

จ. พบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 3 เนื้อหาอารมณ์ (Mind Over Mood), หนังสือควบคุมภาวะเศร้า (Control your depression)<sup>15</sup> เป็นต้น

ง. พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ในแง่ความถูกต้อง (Fidelity tools) ของวิธีการปฏิบัติ โดยผู้บำบัดที่ใช้ CBT ตัวอย่างเช่น แบบประเมินความถูกต้องในการใช้รูปแบบการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Therapy Scale) ที่พัฒนาโดย ศ. แอรอน เบค<sup>16</sup>

ประเภท i) ฝึกการใช้ CBT 10 นาที สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่มีเวลาจำกัดในการพบผู้ป่วย (Busy health professional)<sup>17</sup> ii) หลักสูตร Low intensity CBT<sup>13</sup> ประกอบด้วยเอกสาร 7 ชนิดด้วยกันได้แก่ 1) โครงสร้างหลักสูตร (Curriculum for low-intensity therapies worker) ซึ่งได้ทำการปรับปรุงล่าสุดในปีที่ผ่านมา (Revised March 2011) 2) รายละเอียดบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 3) คู่มือครู ผู้สอน สำหรับใช้ในการอบรม 4) คู่มือผู้เรียน 5) คู่มือผู้นิเทศ (Supervisor Manual) 6) คลิปสไลด์ 7) คู่มือสำหรับผู้รับบริการในการพิจารณาคุณภาพของหนังสือ คู่มือที่ใช้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า iii) หลักสูตร High Intensity CBT ซึ่ง สองหลักสูตรแรกเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าถึงได้ทางเว็บไซต์

## อภิปราย

ผลจากการทบทวนความรู้ครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สำคัญ 3 ประการคือ (ก) การแก้ไขความคิดผิดปกติกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่พบในปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ สามารถกระทำได้ 3 ระดับ โดยตัวผู้ป่วยเอง ผ่านการใช้คู่มือ หนังสือการดูแลตนเอง (CBT self help) โดยตัวผู้ช่วยเหลือที่มีจำเป็นต้องเป็นบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องผ่านการฝึกอบรมในระยะเวลาสั้นๆให้สามารถใช้ CBT เข้มข้นต่ำ และโดยบุคลากรสุขภาพ (Health professionals) ที่ได้รับการอบรมเพื่อใช้ CBT เข้มข้นสูง นอกจากนี้ยังพบว่า CBT สามารถนำไปใช้ได้โดยมีจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่นาน เพียง 10 นาที ก็สามารถให้ CBT กับผู้ป่วยได้ (ข) พบแนวโน้มว่ามีการให้ความสำคัญกับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้มีประสิทธิภาพ (Therapeutic relationship) มากกว่าที่จะมุ่งเน้นเฉพาะ ตัวเทคโนโลยี กลยุทธ์ ทักษะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Strategies) ที่มักปรากฏใน คู่มือการบำบัด (Manual) ยุคก่อนๆ เช่น พบว่า มีการพัฒนา กรอบแนวคิดสมรรถนะผู้ให้การบำบัดแบบ CBT ที่ครอบคลุม ทักษะที่ครอบคลุม สมรรถนะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Therapeutic Alliance) การรู้ถึงแรงต้าน (resistance) ทักษะการกลิ้งไปกับแรงต้าน (Rolling with Resistance) การสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ที่เราเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา (Empathy) ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่งเป็นองค์ความรู้และทักษะที่ปรากฏในวิธีการเพิ่มแรงจูงใจ และปรากฏว่ามีกรกล่าวถึงในเครื่องมือที่ใช้ในการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ในแง่ความถูกต้อง (Fidelity tools) ของผู้บำบัดที่ใช้ CBT ซึ่งหลักฐานทางวิชาการเหล่านี้สะท้อนถึงการทำให้ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพเชิงบำบัด ชัดเจน โปร่งใสมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของศ.นอร์ครอส (Norcross)<sup>18</sup> ที่ระบุว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้ ปัจจัยด้านทักษะต่างๆที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏในรูปแบบการบำบัด คือปัจจัยด้านความสามารถของผู้บำบัดในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบำบัดอันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ (Good Therapeutic Relationship) ศ.นอร์ครอสเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของสัมพันธภาพเชิงบำบัด ซึ่งคณะกรรมการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน แผนก 12 และ 29 (APA, American Psychological Association-Division 12 and 29) ซึ่งตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของทักษะต่างๆที่จำเป็นในการพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Evidence based Therapeutic relationship) เท่าๆกับ การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด (Evidence based psychological treatment) ซึ่งตัวอย่างของทักษะต่างๆที่จำเป็นในการพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผล ได้แก่ การตระหนักถึงแรงต้านและการจัดการ (Reactance/Resistance Level) การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change), การใช้ทักษะเพื่อก่อให้ผู้ป่วยรับรู้ที่ผู้บำบัดเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเขา (Empathic skills) การจัดการกับความขัดแย้ง ความรู้สึกที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วยซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ทางลบต่อการบำบัด (Managing Counter transference) เป็นต้น (ค) พบว่าจุดเด่นของหลักฐานทางวิชาการที่พบนี้จะไปตอบโจทย์ การปฏิบัติงานในระดับบุคคล (Individual level) ยังไม่พบ หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้ระดับ ระบบ (A system level) คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยอิงจากหลักฐานทางวิชาการใหม่ๆในการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับ องค์กร สถานพยาบาลทั่วไป

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ปรากฏชัดเจนในรูปแบบการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับลึก และในระดับกว้าง โดยระดับลึกครอบคลุมทั้งการค้นพบความคิดที่สามารถจำแนกตามระดับของความยึดติดในความคิด ที่นำมาใช้ในการทำความเข้าใจและช่วยเหลือในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนระดับกว้าง ได้แก่ หลักฐานทางวิชาการที่บ่งถึงความพยายามในการทำให้องค์ความรู้นี้ถ่ายทอดการใช้กับผู้คนหลากหลายกลุ่ม ทั้งการจัดทำคู่มือการช่วยเหลือดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยใช้ในการศึกษาทำความเข้าใจด้วยตนเอง นอกจากนี้หลักฐานทางวิชาการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือพบแนวโน้มว่ามีการให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้มีประสิทธิภาพ (Therapeutic relationship) มากกว่าที่จะมุ่งเน้นเฉพาะ ตัวเทคโนโลยี กลยุทธ์ ทักษะ CBT ต่างๆที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Change Strategies) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการจัดทำการศึกษาครั้งนี้คืออาจมีการพิจารณาจัดทำแผนที่ความคิด (Mapping) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ กับหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ที่ปรากฏในประเทศไทย อันจะนำไปสู่การหาจุดเหมือน จุดต่าง ช่องว่าง และ โอกาสในการพัฒนา และเนื่องจากการสืบค้นครั้งนี้มิได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผู้ที่จะทำการศึกษารั้งต่อไป ควรพิจารณาเลือกวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.น.พ. ธรณินทร์ กองสุข ที่ได้ให้โอกาสผู้เขียน ในการเข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาโครงการพัฒนางานการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคมะเร็ง ในส่วนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคมะเร็ง สำหรับ (ก) พยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ และ (ข) ในสถานบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งการร่วมปฏิบัติงานดังกล่าวส่งผลให้นักวิจัยได้ทำการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขความคิดผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

1. เบค, ยัง (Beck & Young). แบบประเมินความถูกต้องในการใช้การบำบัดแบบการปรับพฤติกรรมด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Therapy Scale). ใน ดร.ณิ ภูขาว และคณะ. 2555, ใน *หลักสูตรฝึกอบรม การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy)*. เชียงใหม่. แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน. วนิดาการพิมพ์. 289-294.
2. ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549. องค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ผลการทบทวนหลักฐานเชิงวิชาการ.โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุดรราชธานี.
3. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9), 953-9.
4. Burns. 1999. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Avon.
5. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1),17-31.
6. CBM Concepts Ltd. (2009). *10 minute CBT: Practical CBT Training for busy health professional*. Retrieved 21 July 2010. Available from [www.10minuteCBT.co.uk](http://www.10minuteCBT.co.uk)
7. Clark. 2011. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience, *International Review of Psychiatry*, 23, 375-384.
8. Dennis Greenberger and Christine A. Padesky. 1995. *Mind Over mood: Change How You Feel By Changing the Way You Think*. New York. Guildford Press.
9. Kuyken, Padesky & Dudley. 2009. *Collaborative Case Conceptualization*. New York. Guildford Press.
10. Lewinsohn et al.1978. *Control your depression*. N.J. : Prentice-Hall.
11. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Retrieved 20 May 2012. Available from [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

12. NICE. 2004. *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Clinical Guideline
13. NICE. 2012. *Nice Guidance Research Recommendations*. Retrieved 12 June 2012. Available from <http://www.nice.org.uk/research/index.jsp?action=rr>
14. Norcross. 2011. *Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*. Retrieved 19 June 2012. Available from <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force/>
15. Padesky. 1994. Schema Change process in Cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1 (5), 267-278.
16. Roth & Pilling. 2008. Using and Evidence based methodology to identify the competencies required to deliver effective Cognitive and Behavioral Therapy for depression and Anxiety Disorders. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 129-147.
17. Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. 2006. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. *Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
18. Swartz, Holly A., Allan Zuckoff, Nancy K. Grote, Heather N. Spielvogel, Sarah E. Bledsoe, Katherine M. Shear, and Ellen Frank. 2007. "Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation." *Professional Psychology: Research and Practice* ,38, 430-439
19. Zuckoff, Allan, Holly A. Swartz, and Nancy K. Grote. 2008. "Motivational interviewing as a prelude to psychotherapy of depression." In *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, edited by Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller and Stephen Rollnick, 109-144. New York, NY: Guilford Press.