

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทาง การปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

อาณัติ เพ็ชรสมสืบ*, อรพรรณ สุนทวง*, ชุศรี โพธิ์สูง**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนากลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผ่านการประเมินและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กันยายน 2563

ผลการศึกษา พบว่า 1) ครอบครัวยังขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัด การให้บริการยังไม่มีกำหนดแนวทางที่ชัดเจน ให้บริการแยกตามวิชาชีพ 2) รูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยการให้บริการบำบัดรายครอบครัวจำนวน 6 Session สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทีมผู้บำบัดประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย Session 1 ฐานอารมณ์เศร้าและความสัมพันธ์ในครอบครัว Session 2 ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้า Session 3 ฐานทัศนคติที่บิดเบือนและความขัดแย้งในครอบครัว Session 4 พิสูจน์ความคิด Session 5 พัฒนาทักษะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว และ Session 6 ตั้งเป้าหมายและสิ้นสุดการบำบัด 3) ผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 คน และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้ง 5 ครอบครัว

สรุป การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาให้เกิดรูปแบบบริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ จึงมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อ เพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามหลังการบำบัดระยะยาวมากขึ้น

คำสำคัญ ครอบครัวบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรม โรคซึมเศร้า

Corresponding author: นพ.อาณัติ เพ็ชรสมสืบ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

E-mail: purmnut@gmail.com

วันรับ : 25 สิงหาคม 2564 วันแก้ไข : 8 กุมภาพันธ์ 2565 วันตอบรับ : 12 พฤษภาคม 2565



Development Cognitive Behavior Family Therapy by a Multidisciplinary Team in Depressive Patient with Family Relationship Problems at Roi-Et Hospital

Arnut Purmtummasin*, Orapun Suntuang*, Chusri Phosung**

*Department of Psychiatry and Drug Dependence Roi-Et Hospital

**Department Social Work Roi-Et Hospital

ABSTRACT

Objective: To develop Cognitive Behavior Family Therapy in depressive patients with family relationship problems by a multidisciplinary team in Roi-et Hospital.

Methods: This is a research and development study. The research sample group was a multidisciplinary team of depressive patients and their families. The study was divided into 3 phases: Phase 1 studied the situation of Cognitive Behavior Family Therapy in patients with depressive disorder. Phase 2 was the development of Cognitive Behavior Family Therapy by a multidisciplinary team in depressive patients with family relationship problems. Phase 3 was the study of the outcomes of Cognitive Behavior Family Therapy by a multidisciplinary team. The research instrument was Cognitive Behavior Family Therapy. The researchers were trained and experienced in family therapy and CBT. The instrument was assessed and received feedback from family therapy and CBT specialists. Experts determined the validity of content. The tools used to collect data included: a group discussion questionnaire, the 9-question Depression Symptom Scale and the Family Relationship Assessment Scale. The data was collected between December 2019 and September 2020.

Results: 1) It was found that the families still lack participation in the therapy. There were no clear guidelines for the service provision. The service was separated by profession. 2) The service model consisted of six weekly sessions with three therapists, including a psychiatrist, a psychiatric nurse, and social workers. The first session was about understanding depression and family relationships. The second session was about finding and analyzing dysfunctional thinking and family relationships that affect depressed mood. The third session was about recognizing dysfunctional thinking and family conflict. The fourth session was thought-checking. The fifth session was to develop skills to modify dysfunctional thinking and positive communication in the family. The sixth session was goal setting and ends therapy. 3) The results showed that after the treatment, all 5 depressive patients had no depression and the family relationship scores of the depressive patients and their families were good in all 5 families.

Conclusion: This research focuses on the process of developing a Cognitive Behavior Family Therapy clinic by a multidisciplinary team. Therefore, there is a limit on the number of samples. Quasi-experimental research should be continued to be able to demonstrate the effectiveness of therapy more clearly, and there should be much greater long-term follow-up after therapy.

Keywords: Family therapy, Cognitive Behavior Therapy, Depression

Corresponding author: Arnut Purmtummasin

E-mail: purmnut@gmail.com

Received 25 August 2021 Revised 8 February 2022 Accepted 12 May 20

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สมาธิและการตัดสินใจแย่งลง มีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจนอาจมีการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายได้ ถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การอนามัยโลก¹ ได้คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่อาจนำความสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพมาเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าอาจขึ้นมาเป็นอันดับที่ 1 สำหรับในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่มาใช้บริการเพิ่มขึ้นจำนวน 920,314, 1,040,346 และ 1,129,777 คน ตามลำดับ² ส่วนในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่มาใช้บริการจำนวน 20,043, 21,094 และ 22,714 คน ตามลำดับ³ แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความรุนแรงและทวีจำนวนมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

โรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงไปในทางลบ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าคุณรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิด และแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าอธิบายว่าสาเหตุภาวะซึมเศร้าเกิดจากภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง^{4,5}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี พบว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลายและพบว่าลดอาการซึมเศร้าได้⁶⁻⁹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดรายกลุ่ม โดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม และได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้า

พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด¹⁰ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการบำบัดยังมีค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทบาทของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ โรคทางจิตเวชส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุทางพันธุกรรม แต่สาเหตุอีกส่วนหนึ่งมาจากครอบครัวที่ไม่มีคุณภาพ การทำครอบครัวบำบัดจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมครอบครัวให้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเติบโตและงอกงามได้เต็มศักยภาพ¹¹ ถึงแม้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่กลับถูกนำไปใช้ในการทำครอบครัวบำบัดไม่มากนัก¹² ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม มองว่าปัญหาพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของบริบทครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ฉะนั้นปัญหาไม่ได้ถูกมองว่าเกิดขึ้นจากสมาชิกคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากความไม่สมดุลบางอย่างของกลไกของครอบครัว และจุดเด่นชัดของการทำครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม คือ พื้นฐานของความไม่สมดุลจากรูปแบบความคิดที่เป็นพยาธิสภาพและไม่สมเหตุสมผล^{12,13} จากการรวบรวมการวิจัยที่ใช้ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ พบว่ามีการใช้ครอบครัวบำบัดที่เด็กมีปัญหาความประพฤติ ความวิตกกังวล ในเด็ก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าสามารถช่วยแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁴⁻¹⁶ แต่การศึกษาในกลุ่มโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในเรื่องการใช้ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมยังมีจำกัด ที่มผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จึงต้องการให้เกิดพัฒนาารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยให้ทีมสหวิชาชีพขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV และ 3) ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ กลุ่มที่ 1 บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป และพบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.60 และกลุ่มที่ 3 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัด ตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹⁷ มีคำถาม 9 ข้อ เป็นการประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์ให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการเลย = 0 มีบางวัน/ไม่บ่อย = 1 มีค่อนข้างบ่อย = 2 มีเกือบทุกวัน = 3 มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย จุฑาทพร อินทสิทธิ์¹⁸ มีทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ คือ ด้านความรักและห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี = 1.00 - 1.79 ค่อนข้างไม่ดี = 1.80 - 2.59 ปานกลาง = 2.60 - 3.39 ค่อนข้างดี = 3.40 - 4.19 และดี = 4.25 - 5.00 คะแนนรวมที่มากแสดงว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

4. โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้ร่วมพัฒนาจากการทบทวนศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวบำบัด และการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาเนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของจุฑาทพร อินทสิทธิ์ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาเนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

4. โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ ผศ.นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร และ ผศ.ดร.เชาวนีย์ ล่องชุมผล และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด รศ.พญ.นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลังและการสนทนากลุ่มที่มสวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 13 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2562 - ธันวาคม 2562

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอในทีมผู้ร่วมวิจัยและได้สนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดแนวทางและคู่มือสำหรับผู้บำบัดและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2563 - เดือนพฤษภาคม 2563

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ โดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 15) และได้รับการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหาสัมพันธภาพในระดับตั้งแต่ค่อนข้างไม่ดี (คะแนน < 2.60) ที่มารับบริการ

ในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2563 - พฤษภาคม 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 5 ครอบครัว

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 051/2561 กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ข้อมูลทั่วไป

ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 4 คน พยาบาลจิตเวช 5 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 4 คน โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 46.1 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.6 การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 53.9 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี ร้อยละ 61.5

2. สถานการณ์การให้บริการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ไม่มาตามนัดหมาย ไม่เห็นความสำคัญในการเข้าร่วมการบำบัด การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดยังไม่มี การให้บริการที่กำหนดแนวทางที่ชัดเจน จะให้บริการแยกตามวิชาชีพที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการ การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มสวิชาชีพมองว่าเป็นปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนควรมีการพัฒนา และให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ

ทีมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้นำทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁵ การบำบัดที่เน้นการปรับแก้ความคิดที่

บิดเบือน ร่วมกับแนวคิด Structural Family Therapy^{19,20} การบำบัดที่เน้นการทำความเข้าใจบริบทรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยของสมาชิกในครอบครัวมาผสานเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม โดยการบำบัดเน้นที่การประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยของสมาชิกในครอบครัวร่วมกับค้นหาความคิดที่บิดเบือน และช่วยจัดโครงสร้างระบบครอบครัวใหม่ โดยช่วยปรับกฎของครอบครัวให้เกิดความเหมาะสม สร้างระบบปฏิสัมพันธ์เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสาร ขอบเขตระบบย่อยภายในโครงสร้างครอบครัวให้เกิดความเหมาะสม ปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริง ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง กำหนดให้มีการให้บริการรายครอบครัว จำนวน 6 Session ใช้ระยะเวลา Session ละ 45 - 60 นาที ทุก 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ โดยมีทีมผู้บำบัด 3 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์เป็นผู้บำบัดหลัก พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ช่วยผู้บำบัด และนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สังเกตการณ์กระบวนการบำบัดและร่วมให้ข้อเสนอแนะช่วงท้ายของการบำบัด รายละเอียดแต่ละ Session ประกอบด้วย Session 1 รู้ทันอารมณ์เศร้าและความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมใดบ้างของสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวห่างเหินกัน หรือใกล้ชิดกันหรือก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวจากประสบการณ์ของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว Session 2 ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้า เป็นกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถประเมินความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าของผู้ป่วย และเชื่อมโยงไปสู่ความรู้เรื่องการบำบัดโดยใช้ Cognitive model Session 3 รู้เท่าทันความคิดที่บิดเบือนและความขัดแย้งในครอบครัว เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละคนได้เรียนรู้ที่จะปรับความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมของตนเอง และเพิ่มศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติด้านลบและผลเสียจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ Session 4 พิสูจน์ความคิด เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถ Identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ Session 5 พัฒนากลยุทธ์ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกใน

ครอบครัว เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถค้นหาสมมติฐานที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและทดสอบความคิดความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ และสามารถเรียนรู้และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอารมณ์เศร้าได้ และ Session 6 ตั้งเป้าหมายและสิ้นสุดการบำบัด เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเองและเพิ่มศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพิ่มความเข้มแข็งของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้เมื่อสิ้นสุดการบำบัด

ตอนที่ 3 ผลลัพธ์การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ราย พบว่าสถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิงทุกคนอายุอยู่ในช่วง 18 - 28 ปี ร้อยละ 80 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 80 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 80 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 121 - 180 วัน ร้อยละ 80 ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 ครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว 8 คน พบว่าส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 - 3 คน ร้อยละ 80 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และมีลูก 1 - 2 คน ร้อยละ 80 มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 80 สถานภาพในครอบครัวส่วนมากเป็นมารดา ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 อายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 90 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 62.5 ทุกคนสถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย ร้อยละ 62.5 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

2. ผลการประเมิน

2.1 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 3 คน และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 2 คน และเมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังจากการบำบัด พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด

ผู้ป่วยในครอบครัวที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า			
	ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
1	18	ปานกลาง	4	ไม่มีอาการ
2	26	รุนแรง	3	ไม่มีอาการ
3	16	ปานกลาง	4	ไม่มีอาการ
4	25	รุนแรง	4	ไม่มีอาการ
5	26	รุนแรง	3	ไม่มีอาการ

2.2 ผลการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการบำบัด อยู่ในระดับไม่ดี ทั้ง 5 คน หลังการบำบัดคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีทั้ง 5 คน และในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสมาชิกในครอบครัวก่อนการบำบัดมีค่า

คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ครอบครัว และอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี จำนวน 1 ครอบครัว หลังการบำบัดสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี ทั้ง 5 ครอบครัว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวก่อนและหลังการบำบัด

ครอบครัวที่	สมาชิกในครอบครัว	คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว			
		ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
1	ผู้ป่วย	1.67	ไม่ดี	4.63	ดี
	บิดา	2.56	ค่อนข้างไม่ดี	4.45	ดี
	มารดา	2.56	ค่อนข้างไม่ดี	4.45	ดี
2	ผู้ป่วย	1.55	ไม่ดี	4.55	ดี
	บิดา	2.75	ปานกลาง	4.55	ดี
	มารดา	2.75	ปานกลาง	4.55	ดี
3	ผู้ป่วย	1.79	ไม่ดี	4.65	ดี
	มารดา	2.89	ปานกลาง	4.65	ดี
4	ผู้ป่วย	1.79	ไม่ดี	4.63	ดี
	บิดา	2.65	ปานกลาง	4.63	ดี
	มารดา	2.65	ปานกลาง	4.63	ดี
5	ผู้ป่วย	1.67	ไม่ดี	4.55	ดี
	สามี	2.89	ปานกลาง	4.35	ดี

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ ผลการวิจัยได้รูปแบบแนวทางการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และนำไปทดลองใช้ ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนไม่มีภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นถึงการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นวิธีการบำบัดหนึ่งที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ร่วมกันประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ได้รู้เท่าทันความคิดที่บิดเบือนและปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ได้ร่วมกันเรียนรู้ความคิดอัตโนมัติด้านลบและผลเสียจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ และร่วมกันพิสูจน์ความคิดความเชื่อของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวสามารถ Identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยได้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้เรียนรู้ที่จะปรับความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมของตนเอง และร่วมกันพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 5 ราย ก่อนการบำบัดผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า มีความคิดว่าไม่มีใครๆ ในครอบครัวรักตัวเอง ไม่มีใครในครอบครัวให้ความสนใจ ใส่ใจปัญหาที่ตนเองต้องเผชิญอยู่คนเดียว และคนในครอบครัวไม่เข้าใจ และสมาชิกในครอบครัวทั้ง 5 ครอบครัว ก่อนการบำบัดมองว่าปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นภาวะอ่อนแอ เป็นคนไม่สู้กับชีวิต เป็นคนเกียจคร้านการทำงาน รับรู้และคิดว่าผู้ป่วยทำตัวเองในครอบครัวมีการใช้การสื่อสารกันด้วยคำพูดที่รุนแรง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วย หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการมองปัญหาขึ้นใหม่ รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวต้องหารายได้มาจุนเจือในครอบครัวทำให้เวลาในครอบครัวต้องเจอกันน้อยลง รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น จากการสังเกตการณ์แสดงอารมณ์ คำพูด

มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดีขึ้น สัมผัสจากสีหน้า รอยยิ้ม เสียงหัวเราะ รู้จักการควบคุมอารมณ์ การแสดงออกทางคำพูดที่เป็นทางบวกมากขึ้น รู้จักแสดงความห่วงใยสมาชิกในครอบครัว และมีการให้กำลังใจกันและกัน การแสดงออกทางพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและมีสมาธิในช่วงการบำบัดมากขึ้น ในช่วงตั้งแต่ Session ที่ 3 เป็นต้นมา และรู้จักยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ดีขึ้น และจากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวหลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัวมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้นทั้ง 5 ครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การบำบัดทั้งครอบครัวเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ร่วมประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความห่างเหินกันในครอบครัว หรือจากประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้ปัญหาของกันและกันในช่วงการบำบัด และพบว่าทั้ง 5 ครอบครัว ก่อนการบำบัดคะแนนด้านการพักผ่อนหย่อนใจในครอบครัวต่ำกว่าทุกด้าน สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ทำหน้าที่การงานของตนเองมากกว่าใส่ใจสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่รู้ถึงความรู้สึกอารมณ์เศร้าของผู้ป่วย การแสดงออกด้านความรักและห่วงใยกันเป็นคะแนนลดลงลำดับรองลงมา หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยพบว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านความรักและห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีตามมา สมาชิกในครอบครัวทั้ง 5 ครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยว่าอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่ต้องให้ความรักความเข้าใจ มีการปรับวิธีการสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ลดแรงปะทะที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ถึงพลังความรักระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ในช่วงเฝ้าระวังการระบาดช่วงต่างๆ จะมีการนั่งใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการแสดงออกโดยการโอบกอดกัน มีสีหน้าที่สดชื่น ยิ้มแย้ม ครอบครัวสามารถแสดงความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรักที่มีในตัวผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทาง การปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวได้ แต่ควรทำการศึกษากิ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอที่จะแสดงและเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามหลังการบำบัดระยะยาวมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.2019.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2021. Bangkok.
3. Roi-et hospital, Ministry of Public Health. Annual report 2021. Roi-et.
4. Beck T. Depression: Causes and treatment (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press. 2009.
5. Beck T. Cognitive behavioral therapy: Basic and beyond. (2nded). New York: The Guilford press; 2011.
6. Jeerasup N, Dukhawaha S, Saguanrum K, Kenbabpha K, Dit-ung H. Development and test effectiveness of a school-based cognitive behavioral group therapy for depression in adolescents. J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65: 47-62.
7. Palee A. Effects of brief cognitive behavioral therapy program for patients with major depressive disorders receiving services in the adult psychiatric ward, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. APPJ 2021; 37(3): 190-201.
8. Yokchoo B. Effectiveness of implementing the Cognitive Behavior Therapy Multi-Channel Program among persons with major depressive disorder, Bannadoem hospital, Suratthani Province. Region 11 Medical Journal 2022;35(1):98-113.
9. Idsoe T, Keles S, Olseth A, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. BMC Psychiatry 2019; 19: 155-65.
10. Purmtummasin A. The factors influencing to level depression of depressive disorder in Roi-et Hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2019; 13(2): 87-96.
11. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. 5th Edition Bangkok: Santa Print. 2001.
12. Kaewsawang T, Rungwittayanuwat P. Cognitive behavior family therapy: review article. Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn 2020; 15(1): 1-17.
13. Friedberg D. Cognitive-behavioral approach to family therapy. J Contemp Psychother 2006; 36(4): 159-165.
14. Patterson T. A cognitive behavioral systems approach to family therapy. J Fam Psychother 2014; 25(2): 132-44.
15. Asarnow R, Hughes J, Babeva N, Sugar C. A cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(6): 506-14.
16. Kaslow N, Broth R, Smith O, Collins M. Family-based interventions for child and adolescent disorders. J Marital Fam Ther 2012; 38: 82-100.
17. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpempoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63: 321-34.
18. Intasithi J. Family relationship and attitude toward pregnancy of pregnant women with nausea and vomiting. Master. Nursing Science (Maternal and Child Nursing). Mahidol University. Bangkok (Thailand). Graduate School. 2002.
19. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University; 1974.
20. Lang A. Family structure, family functioning, and well-being in adolescence: A multidimensional approach. Int. J Human Soc 2018; 8(2), 24-31.