

คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

(Handbook Manual of Cognitive-behavioral therapy

for Patient with Major Depressive Disorder)

การดำเนินงาน

โดย

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

ร่วมกับ

กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## คำนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและจากการคาดการณ์ในอนาคตซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆถ้าหากวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัวเกิดความสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับประเทศไทยพบว่าในหญิงไทยโรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 4 และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทยแต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทยและอันดับ 2 ในชายไทยแต่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นซึ่งหมายถึงผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก

Cognitive behavioral therapy ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสูงสุด ไม่ต่างจากการใช้ยารักษาซึมเศร้าในการช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต จึงมีความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในไทย แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของตะวันตกกับไทยแตกต่างกัน จึงต้องพัฒนารูปแบบการใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมไทย

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ได้ร่วมกับกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้พัฒนารูปแบบการใช้ Cognitive-behavioral therapy (CBT) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมไทย และได้จัดทำเป็นคู่มือการบำบัดด้วย Cognitive-behavioral therapy (CBT) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2/2558 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมการบำบัดด้วย Cognitive-behavioral therapy (CBT) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถนำคู่มือดังกล่าว ไปใช้ในการบำบัดทางสังคมจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และลดความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นการป้องกันความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในคนไทยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในคนไทยที่ว่าภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่ก่อความสูญเสียด้านสุขภาพ 4 อันดับแรกในคนไทย

รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา  
หัวหน้าคณะทำงานผู้จัดทำคู่มือการบำบัดด้วย  
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
กันยายน 2558

## สารบัญ

	หน้า
▪ คำนำ	2
▪ วัตถุประสงค์	4
▪ กลุ่มเป้าหมายที่รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	4
▪ คุณสมบัติของผู้ใช้คู่มือ	4
▪ หน้าที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญคณะทำงาน	4
▪ บทนำ	6
▪ คำจำกัดความและนิยาม	7
▪ ข้อเสนอแนะ	7
▪ ขั้นตอน/กระบวนการโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	8
Cognitive-behavioral therapy (CBT)	
▪ Flow chart of Cognitive-behavioral therapy for Major Depressive Disorder	8
▪ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	10
Cognitive-behavioral therapy (CBT)	
▪ Appendices	43
▪ Appendix 1 Major depressive disorder	44
▪ Appendix 2 เครื่องมือประเมินอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดความคิด	51
และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	

## เป้าหมาย

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับ mild to moderate ได้รับการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy (CBT) และมีอาการซึมเศร้ามลดลง

## วัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ในการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy (CBT) ได้อย่างเหมาะสม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับ mild to moderate

## กลุ่มเป้าหมายที่รับการบำบัดรักษา

- เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders V) เป็นโรคซึมเศร้าระดับ mild to moderate

## คุณสมบัติของผู้ใช้คู่มือ

- ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Cognitive-behavioral therapy (CBT)

## รายชื่อที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ/คณะทำงาน

1. นายแพทย์ธรรณิษฐ์ กองสุข	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. นายแพทย์หวาน ศรีเรือนทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3. รศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา	รองศาสตราจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ผศ.ดร.สมบัติ สุกุลพรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. นางวาสนา เหล่าคองธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
6. นางกัลยา อันชื่น	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
7. ดร.สุภาพร ประดับสมุทร	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
8. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
9. น.ส.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
10. น.ส.สุปราณี พิมพ์ตรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
11. นางหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
12. นางสุพัตรา สุขาวห	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
13. นางจามจรรี อุดรสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
14. นางจรรีรัตน์ สุธีร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
15. นางดารณี ชัยอิทธิพร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

16. น.ส.สุภารัตน์	พุดมพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
17. น.ส.วิไลรัตน์	สะสมผลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
18. นางลัดดาวิณีย์	คุณวุฒิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
19. น.ส.ศิริจันทร์	สุขใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
20. นางประนอม	แก้วกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
21. นางนิชนันท์	คำล้าน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
22. นางหทัยรัตน์	ดิษฐ์อึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
23. น.ส.ศิระพร	ไชยชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
24. นางกนกวรรณ	วงศ์ชิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
25. นางพนิดา	กองสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
26. นางอัจฉริยาภรณ์	สุพิชญ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
27. น.ส.จิราภรณ์	สีดำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
28. น.ส.สุภัคกาญจน์	ประกอบแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
29. นางวินัสริน	ก้อนศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
30. นายเบญเยี่ยม	ลาภาอุทัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
31. นางสาววัลย์	แก้วคำแพง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
32. น.ส.บงกช	ศาสตร์ภักดี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
33. น.ส.วิไลพร	วงษ์จำปา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
34. น.ส.ปิยะวรรณ	พลศรี	นักสังคมสงเคราะห์	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
35. นางวราณนันท	โมตันตะสุทธิ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
36. นางสุภาภรณ์	ทองเบญจมาศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
37. น.ส.พลับปลิง	หาสุข	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
38. นายนันท์วัฒน์	โคตรเจริญ	นักวิชาการสถิติ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
39. นายสินชัย	เจริญศรี	นักจัดการงานทั่วไป	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
40. นายวาทิ	วันเพ็ญ	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
41. น.ส.วงเดือน	คนกล้า	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
42. นายสมเกียรติ	โพธิ์งาม	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต จากการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health และธนาคารโลก (Murray & Lopez, 1996) คาดการณ์ภาระของโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่า ภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด

จากการวิเคราะห์ปัญหาของโรคซึมเศร้าของคนไทยในปัจจุบันโดยกรมสุขภาพจิต พบว่า ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีข้อจำกัดของการรักษาด้วยยา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอื่นๆ เช่น จิตบำบัด ยังมีน้อยมากและขาดเทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ทำให้ผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยที่ได้จากการคัดกรองไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลช่วยเหลือ บำบัดการรักษาที่ถูกต้องตลอดจนไม่มีเทคโนโลยีในการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคที่มีประสิทธิผล

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy, CBT) เป็นจิตบำบัดที่เป็นการรักษาโดยอาศัยการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาเน้นถึงวิถีคิดของผู้ป่วยที่มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระของตนเอง CBT ได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกเพื่อใช้รักษาโรคซึมเศร้าโดย Aron Beck โดยมีความเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) ต่อ ตนเอง โลกและอนาคต (Cognitive triad) การคิดการเข้าใจดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Automatic Negative Thought) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) ให้ Cognitive behavioral therapy ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่า เป็นหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสูงสุด ไม่ต่างจากการใช้ยารักษาซึมเศร้าอย่างไรก็ตาม การบำบัดแบบนี้เป็นการบำบัดที่ใช้ในต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำมาปรับใช้ในการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในไทยและบริบทของวัฒนธรรมไทยเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่เกิดจากโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องครบวงจร และเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น การจัดทำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยในครั้งนี้มุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Cognitive-behavioral therapy (CBT) ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years Lost due to Disability, YLD) ของคนไทยลดลง

## คำจำกัดความและนิยาม

- การบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม(Cognitive-behavioral therapy :CBT)หมายถึง โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยที่ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา สมบัติ สกุลพรรณ และคณะ(2557) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 1995)ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญคือ 1) การให้ความรู้เรื่องสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดทางปัญญา (cognitive model) 2) การให้ความเข้าใจเรื่อง การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้า 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 4) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และ 5) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลและมีจำนวนการบำบัดรวม 12 ครั้ง
- ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
  1. กลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 9Q,HRSD=7-12)
  2. กลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 9Q,HRSD =13-18)
  3. กลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง(คะแนน 9Q,HRSD≥19)

หมายเหตุ - ระดับรุนแรงควรบำบัดควบคู่กับการใช้ยาต้านเศร้า

- โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Major Depressive Disorder (severe) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders V)

## ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บำบัด

- การบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม(Cognitive-behavioral therapy: CBT) มีทั้งหมด 12 ขั้นตอน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดอย่างน้อย 8-12 ขั้นตอน เนื่องจากผู้ป่วยจะเข้าใจและสามารถค้นหา พิสูจน์และปรับเปลี่ยน ความคิดอัตโนมัติได้รวมทั้งสรุปประเมินการเรียนรู้จากการค้นหา พิสูจน์และปรับเปลี่ยน ความคิดอัตโนมัติของตนเองในขั้นตอนที่ 8ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเรียนรู้ครบอย่างน้อยขั้นตอนที่ 8 จะมีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะมีอาการซึมเศร้าลดลงและมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถบำบัดตนเองได้ (Self Therapist)

โรงพยาบาลพระศรีมหาราชา