

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในผู้มีภาวะซึมเศร้า

The Interpersonal Individual Counselling in Person with Depression

Received: April 21, 2021
Revised: December 12, 2021
Accepted: December 12, 2021

กนกรัตต์ สูดลาภา¹ และ สุวัฒน์ รักขันโท²
Kanokrat Sudlapa and Suwatsan Ragkhanto
(kanokratsudiapa@gmail.com และ noonsuwat@gmail.com)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายให้เห็นถึงความหมาย แนวคิด ขั้นตอนและรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้คำปรึกษาในบุคคลที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินพบปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก 2) ด้านความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) ด้านการพร่องสัมพันธภาพกับบุคคล บทความนี้ เขียนเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตวิทยา สามารถนำศึกษาและใช้ในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยพัฒนาให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากปัญหาการปรับตัวเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและมีสุขภาวะที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษารายบุคคล, สัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

The purpose of this article is to the meaning, concept steps and pattern of the Interpersonal Individual Counselling in persons with depression. And

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บริษัทวังน้อยเบเวอร์เรจ จำกัด

² ภาควิจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

counselling in persons with depression and experiencing interpersonal problems in one of four areas: Grief / Complicated bereavement, Interpersonal role disputes, Role transitions and Interpersonal deficits. This article is written to guide nurses' mental health personnel and Psychology to study. And is used to provide more effective care for people with depression receiving treatment in community hospitals. And to help develop people with depression from adaptation problems related to interpersonal relationships to be able to adapt better and able to better manage relationship problems between any person resulting in reduced depression and wellbeing.

Keywords: Individual Counselling, Interpersonal in Persons, Depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ไม่เพลิดเพลิน ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และความผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติ และยาวนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ก็อาจทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้

โรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยผลกระทบต่อบุคคลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง แยกตัวออกจากสังคมและโดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย ความสามารถลดลง อ่อนเพลียมากขึ้น พลังทางจิตใจและทางกายลดลง ขาดความมั่นใจและการตัดสินใจไม่ได้ รวมถึง ประสิทธิภาพการทำงานลดลงด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียด เกิดความเหนื่อยล้า แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับบทบาท และการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านาน ๆ อาจทำให้เป็นเกิดเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรค ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น (Moussavi et al, 2007) และส่งผลกระทบต่อสังคม โดยสถิติองค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อ ตุลาคม ค.ศ. 2012 รายงานคาดการณ์ว่าปัญหาโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการแก้ไข จะมีผลกระทบรุนแรงจนไม่สามารถทำงานหรือเรียนหนังสือได้ จะเป็นภาระการดูแลรักษาอันดับ 1 ของทั่วโลกในอีก 18 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2012)

จากการศึกษาข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ โดยปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนสำคัญทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยหากบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 10-25 แต่หากบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสของบุตรจะสูงขึ้นถึง 2 เท่า (Sadock B.J. & Sadock V.A. , 2007)

2. ปัจจัยความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท ที่มีการลดลงของ norepinephrine, serotonin และ dopamine (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. ปัจจัยระดับครอบครัว หากบุคคลประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็กรวมทั้งการเลี้ยงดูในวัยเด็กแบบทารุณกรรม ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (Straus & Kantor, 1991)

4. ปัจจัยระดับสังคม หากประสบเหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตและพบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น ตกงาน มีปัญหากับผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ทำให้บุคคลเกิดโรคซึมเศร้าได้ โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และการบกพร่องสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าไทย และพบว่า ชนิดของเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลการเจ็บป่วย ที่ต้องหยุดงานหรือรบกวนกิจกรรมปกติ การเปลี่ยนแปลงการนอน การขาดการผ่อนคลายอารมณ์ ความขัดแย้งกับคู่สมรส ปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ปัญหาการเงินของครอบครัว การตกงาน ปัญหาที่นายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551)

การบำบัดรักษาและให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาทางชีวภาพ เช่น การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล จิตบำบัดรายบุคคล กลุ่มจิตบำบัดและครอบครัวบำบัด เป็นต้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแล เช่น แนวคิดทฤษฎีจิต

วิเคราะห์ ทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้มีภาวะซึมเศร้า

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นอาการสำคัญ ร่วมกับมีพฤติกรรมและความคิดผิดปกติ อาการด้านอารมณ์ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย (Depressed mood) และหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่อ ไม่เพลิดเพลิน (loss of interest) อาการทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ส่วนอาการทางด้านความคิดได้แก่ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มีความรู้สึกท้อแท้ มีความคิดอยากตาย หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2546) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้าหมอง หดหู่ ท้อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต

ส่วน มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการด้านอารมณ์ที่มีความรู้สึกหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้บ่อย รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด โดยอารมณ์เหล่านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดอ่อนเพลียทั้งวัน ผู้หญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติ แต่บางรายอาจนอนหลับหรือกินมากกว่าปกติ และบางรายมีอาการมาถึงขนาดทำงานบกพร่องไปจากปกติ ขณะที่ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดการณ์ล่วงหน้า และความเสียใจ ความผิดหวังที่เกิดจากการไม่ได้ดังหวัง หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาชีวิต ในทางคลินิก ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ความผิดปกติของจิตใจและรบกวนต่อการปฏิบัติหน้าที่การงานอย่างมาก และภาวะซึมเศร้าเกิดได้บ้างกับภาวะปกติของคนเราและอารมณ์ผิดปกติ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับที่รุนแรงก็จะมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ไม่เพลิดเพลิน ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และ ความผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดที่ตนเองไร้ค่า มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย หากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการเหล่านี้รุนแรง โดยมีอาการแทบทุกวัน และติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยภาวะซึมเศร้า สามารถแยกจากโรคซึมเศร้าได้ที่ระยะเวลาที่มีอาการ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์และได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อลดความสูญเสียที่อาจมีผลกระทบต่อบุคคลสังคมและประเทศชาติ

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้ดังนี้

1. **ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory)** อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากผลการศึกษางานของผู้วิจัยหลายคน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือจากการใช้สารเสพติด ดังนั้น จึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งการหลั่งของสารซีโรโทนินที่ลดลง ทำให้การควบคุมการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศ และความอยากอาหารลดลง หงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ ระบบของโดปามีน อะซีติลโคลีน และแกมมาอะมิโนบิวทิลริกแอซิด ก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทที่ลดลง

2. **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** พัฒนาโดย Sigmund Freud สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่า เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจาก

การขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ จากการขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศหรือความรับผิดชอบชั่วดี ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ 2) เกิดจากการที่บุคคลไม่พัฒนา Superego ถูกรบกวนและถูกยับยั้งจากการขาดความรักและความอบอุ่น การมีประสบการณ์สูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รักผูกพันและสำคัญในวัยเด็ก และมีการพัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม ใช้กลไกการเก็บกดและโทษตนเองเป็นหลัก เมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่และต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดกังวลและนำประสบการณ์สูญเสียครั้งใหม่เชื่อมโยงกับประสบการณ์การสูญเสียในอดีต ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ และหันเหความรู้สึกโกรธเข้าหาตนเองเกิดความรู้สึกผิด ด้อยคุณค่า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

3. **ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (Cognitive behavior Theory)** ของเบ็ค (Beck, 1979) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ เกิดจากการทำงานกระบวนการทางปัญญา หรือกระบวนการคิดเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งเร้า จะมีการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามา และจะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลบิดเบือนไป ซึ่งเป็นลักษณะความบิดเบือนทางปัญญา (Cognitive distortion) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดบิดเบือนด้านลบ มีลักษณะ 3 ประการ คือ

3.1) การมองตนเองในทางลบ ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองบกพร่อง ไร้คุณค่า ไม่ยอมรับตนเอง โทษตนเอง สำนึกในคุณค่าในตนเองต่ำ

3.2) การมองเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลความหมายปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในทางสูญเสีย ชีวิตจะเต็มไปด้วยอุปสรรค มองโลกในแง่ร้าย ต้องหลีกเลี่ยง ตนเองถูกลดโทษ คุณค่าตนเองลดลง

3.3) การมองอนาคตในทางลบ มองอนาคตมีแต่ความยุ่งยาก คับข้องใจ ความสูญเสียมีแต่ปัญหา อนาคตไม่มีความหวัง ทำให้รู้สึกท้อแท้ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4. **ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (Learned Helplessness Theory)** ของ Seligman (1975) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกท้อแท้หมดหนทางและจากการเรียนรู้หลาย ๆ ครั้งว่า การดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรปักษ์ ต่ำหนืดตนเองอยู่เสมอ เกิดความรู้สึกว่าสิ้นหวัง หมดกำลังใจและทำอะไรต่อไปไม่ได้ จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความ

สิ้นหวังเกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เมื่อนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้กับความซึมเศร้าในมนุษย์ อธิบายจากความคิดภายในซ้ำ ๆ ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองหลังจากมีเหตุการณ์ที่เลวร้ายจากภายนอกมากระตุ้น นอกจากนี้ กับพฤติกรรมบำบัดพบว่าภาวะซึมเศร้านั้น ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการเรียนรู้ที่ดี (Hoeksema, Seligman & Girgus, 1986)

5. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) โดย Harry Stack Sullivan (1953) กล่าวว่า เหตุการณ์ชีวิตในปัจจุบันและปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ทฤษฎีนี้จะเน้นเรื่องของบุคลิกภาพซึ่งเข้าใจว่าเป็นบุคลิกภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิด กล่าวคือ จะเป็นคนที่มองโลกในแง่ร้ายและเชิงซึม ชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น มองว่าตนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตในด้านลบ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก จากนั้น Weissman & Klerman (1997) เป็นผู้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาทำการศึกษา จึงมีการพัฒนาแนวความคิดนี้ โดยพบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า จึงได้นำหลักการนี้มาพัฒนาเป็นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น โดยได้อธิบายว่า ปัญหาสัมพันธภาพหลัก 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) ภาวะเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ 4) การบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อเป็นเป้าหมายหลักในการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย

แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่ผู้เขียนนำมาอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า 3 ทฤษฎีไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีชีวเคมี ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม และทฤษฎีการเรียนรู้ ความสิ้นหวังนั้น จะมีแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการเรียนรู้ แต่สำหรับแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ เน้นแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งถ้าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน 4 ด้าน ได้แก่ การโศกเศร้าเศร้าจากการสูญเสีย ความขัดแย้งบุคคลสำคัญ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และการบกพร่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะต้องมีการดำเนินชีวิตในสังคมและการทำงาน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือบกพร่องไป อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ปัญหาความขัดแย้งปัญหาการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด ปัญหาการเงินเศรษฐกิจ เป็นต้น ล้วนส่งผลกระทบต่ออารมณ์ สถานภาพครอบครัว ปัญหาการตงงาน ปัญหาความขัดแย้ง และปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาท โดยอาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2550) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยซึมเศร้าไทยในแผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก 2. ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต 3. การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4. การพร่องสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร เพ็ชรรุ่งเรือง (2556) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 391 ราย พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Weissman & Klerman (1997) ที่เป็นผู้แนะนำแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาทำการศึกษา โดยพบว่า ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า จึงนำมาใช้รักษาโดยมุ่งเน้นแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าด้านใดด้านหนึ่ง ใน 4 ด้าน ช่วยให้อาการของผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้นได้

สรุปสาระสำคัญจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกัน ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลที่รัก ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และการบกพร่องสัมพันธภาพ ซึ่งที่กล่าวมาล้วนเป็นปัจจัยจากสัมพันธภาพทั้งสิ้น

วิธีการให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเห็นประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยการใช้เทคนิคการทำให้กระจำง เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล่าเหตุการณ์ของการสูญเสียที่เกิดขึ้น

1.1) เมื่อได้ระบายนามธรรมความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่กดเก็บไว้ จะให้ความเชื่อมั่นและความมั่นใจว่า เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ จัดการได้ และควบคุมได้

1.2) เชื่อมโยงการสูญเสียชีวิตของบุคคลนั้นกับช่วงเวลาเริ่มต้นของอาการ ซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้า

1.3) ทบทวนประสบการณ์การสูญเสียและความสัมพันธ์ทั้งด้านที่ดีและด้านที่มี ปัญหาของผู้มีภาวะซึมเศร้ากับผู้ที่เสียชีวิต เพื่อให้เข้าใจและมีมุมมองต่อการสูญเสียตรงตามความเป็นจริง และตามด้วยความรู้สึกและทัศนคติที่ดีขึ้นต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้น

1.4) ผู้มีภาวะซึมเศร้าบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียได้ จะช่วยให้ยอมรับอารมณ์ที่เจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้น และสามารถผ่านพ้นความเศร้าเสียใจนั้นไปได้

2. ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Interpersonal role disputes)

การที่ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีการขัดแย้งขึ้น เป้าหมายการบำบัด คือ ให้สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเดิมที่มีปัญหา เป็นรูปแบบการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

2.1) ระยะเวลาแก้ปัญหา (Renegotiation) คือ ระยะเวลาพยายามที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้งนั้นให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เชื่อมโยงให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาที่นำมาสู่ความขัดแย้งและทำความเข้าใจสาเหตุปัญหานั้น เมื่อเข้าใจสาเหตุแล้ว ให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเห็นสิ่งที่ควรปรับปรุง โดยใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ และหาวิธีการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งหรือยอมรับสิ่งที่เป็นจริง และใช้เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติที่เหมาะสมนำไปแก้ไข ปัญหาความขัดแย้ง

2.2) ระยะเวลาหมดความพยายามแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (Impasse) ระยะเวลาที่ต่างฝ่ายต่างหมดความพยายามแก้ปัญหา โดยอาจจะใช้วิธีการไม่สื่อสารกัน ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าทำความเข้าใจปัญหาและมุมมองต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และดีกว่าการเงยบงกชจากนั้น กระตุ้นให้เข้าสู่ระยะที่มีความพยายามแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ถ้าเลือกที่จะสิ้นสุด

ความสัมพันธ์ ผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการจัดการในระยะสิ้นสุดความสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหาสาเหตุของปัญหาขัดแย้งที่เกิดขึ้นในสัมพันธ์ใหม่โดยลดการเกิดปัญหาเดิมซ้ำอีก

2.3) ระยะสิ้นสุดความสัมพันธ์ (Dissolution) เป็นระยะที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งได้ และต้องการสิ้นสุดความสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าค้นหาสาเหตุของปัญหาขัดแย้งที่เกิดขึ้นเข้าใจสาเหตุ สามารถสร้างความสัมพันธ์ใหม่และยอมรับการสิ้นสุดความสัมพันธ์ โดยมีมุมมองตรงตามความเป็นจริงและสามารถปรับตัวต่อการสิ้นสุดความสัมพันธ์นั้นได้

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (Role transitions) การที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีมุมมองการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมที่เกิดขึ้น ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความรู้สึกเสียใจเกี่ยวกับการสิ้นสุดบทบาททางสังคมเดิม และความกังวลเกี่ยวกับการเข้าสู่บทบาททางสังคมใหม่ จนส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.1) ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พุดและแสดงความรู้สึกถึงการสูญเสียบทบาทเดิม แหล่งสนับสนุนทางสังคมเดิม มองเห็นถึงส่วนดีบทบาทเดิม และบอกถึงบทบาทใหม่เกี่ยวกับความกังวลและการปรับตัวตามความเป็นจริง

3.2) ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินความสามารถและศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงสำหรับบทบาทใหม่ในด้านพัฒนาทักษะใหม่ ๆ จนสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้น

3.3) มองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมใหม่ เพื่อให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

4. การพร่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal deficits) บทบาทความสัมพันธ์ของผู้มีภาวะซึมเศร้ากับบุคคลที่สำคัญ ในปัจจุบัน ในอดีต รวมทั้ง กับผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาการบำบัด โดยใช้เทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ และการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา ดังนี้

4.1) ทบทวนความสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากับบุคคลที่สำคัญในปัจจุบันในอดีต โดยประเมินทักษะ รูปแบบการสื่อสารและการเข้าทางสังคม และปัญหารูปแบบการสื่อสาร

4.2) เชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของปัญหาความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับอาการของซึมเศร้า โดยชี้ให้เห็นว่า ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับอาการของซึมเศร้า

4.3) ช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้า สามารถจัดการกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น รวมถึง การส่งเสริมให้มีแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางสังคมเพิ่มเติม

เทคนิคการให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2550) ได้อธิบายเกี่ยวกับเทคนิคที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ดังนี้

1. เทคนิคการค้นหาข้อมูล เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง โดยการถามแบบไม่ชี้นำคำตอบ โดยการใช้คำถามปลายเปิด หรือคำถามกว้าง ๆ ทั่วไป เพื่อให้ได้เริ่มเล่าเรื่อง เพื่อค้นหารายละเอียดของข้อมูลในประเด็นเฉพาะ

2. การวิเคราะห์ปัญหาการสื่อสารและชี้ให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าใจ เพื่อช่วยให้มีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากการสังเกตเนื้อหาของเรื่องราวที่เล่าให้ผู้รักษาฟัง รวมทั้งจากรูปแบบและวิธีการสื่อสารของผู้มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดจึงต้องให้ข้อมูลกลับเพื่อบอกถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด โดย ทินกร วงศ์ปการันย์ (2553) กล่าวไว้ว่า “ผู้รับการบำบัดดีขึ้นเพราะได้ประสบการณ์ใหม่ คือ การสื่อสารที่จริงจัง ซื่อสัตย์ และเปิดเผยตรงไปตรงมากับผู้บำบัด”

3. การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์กับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในขณะนั้น สามารถยอมรับอารมณ์เจ็บปวดที่กอดเก็บไว้ และสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกนั้นให้คนอื่นทราบ โดยเน้นที่ผู้บำบัดเปิดเผยความรู้สึกของตนเองโดยตรงว่า มีความรู้สึกอย่างไร เช่น กระตุ้น (evoking) อารมณ์กระทบ (pulling) และสั่งการ (commanding)

4. การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นการจำลองสถานการณ์สมมติ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและบุคคลที่ใกล้ชิด เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์จริงนอกช่วงเวลาการรักษา เมื่อผู้รักษาเข้าใจรูปแบบและปัญหาการสื่อสารของผู้ซึมเศร้า ก็สามารถสะท้อนให้ผู้ซึมเศร้ารู้และเข้าใจและนำไปใช้ได้ เพื่อเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารใหม่ให้มีประสิทธิภาพ

5. การแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ (Problem solving and decision analysis) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ซึมเศร้าหาวิธีแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์เลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดไปใช้ เพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น ระดมหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้ซึมเศร้าคิดหาวิธีแก้ไขหลาย ๆ วิธีด้วยตัวเอง หรืออาศัยการเสนอแนะจากผู้รักษา และให้ผู้ซึมเศร้ามองคคะเนวิธีการแก้ไขต่าง ๆ ทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

6. การมอบหมายงานหรือการให้การบ้าน โดยเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล นอกช่วงเวลาการรักษา เพื่อให้ผู้ซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารให้เหมาะสม โดยงานที่มอบหมายอาจจะเป็นการฝึกการสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารของตนเองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น หรืออาจจะมอบหมายกิจกรรมที่ช่วยปรับปรุงทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

7. การใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา โดยสร้างความเชื่อมั่นในผู้ซึมเศร้าและช่วยให้เกิดการร่วมมือในการรักษา โดยผู้รักษาสามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของผู้ซึมเศร้ากับบุคคลอื่น และช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้มีภาวะซึมเศร้า

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Counselling: IPC) ของ พีโอน่า จัตต์ และคณะ (Judd et al, 2004) โดยในต่างประเทศได้มีผู้นำ Interpersonal Counselling ไปใช้ในการบำบัดและพัฒนาเรื่อยมา เช่น การให้คำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตโดยบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิต แต่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วย เพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความภาคภูมิใจและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ มีการศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในกลุ่มต่าง ๆ ในกลุ่มผู้หญิงที่เพิ่งแท้ง จำนวน 65 คน มีภาวะซึมเศร้า และใช้แบบประเมิน Depression (CES-D) ในการบำบัดมี 6 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที และแบ่งกลุ่มผู้ที่ได้รับการบำบัด IPC และได้รับการบำบัดตามปกติ พบว่า หลังการบำบัด IPC ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และเพิ่มสัมพันธ์ภาพที่บกพร่อง (Neugebauer et al, 2007) และการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและญาติผู้ดูแล เป็นการให้คำปรึกษา

ทางโทรศัพท์ตามแนวคิดจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล โดยผู้บำบัด คือ พยาบาล โดยรูปแบบเป็นการบำบัดเป็นกลุ่มและเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ คือ บำบัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลไปด้วยกัน โดยโทรศัพท์ไปทุกสัปดาห์ ครั้งแรก จะตรงกับผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยฉายแสงครั้งแรกเช่นเดียวกัน บำบัดทั้งหมด 16 ครั้ง และพูดคุยกับผู้ดูแล 11 ครั้ง สิ้นสุดกระบวนการ ร้อยละ 33 มีอาการซึมเศร้าและอาการเหนื่อยเพลียลดลง (Badger, Segrin, Meek, Lopez & Bonham, 2004) ต่อมา มีการศึกษาเป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า ลดความเครียด อาการเหนื่อยเพลียและเพิ่มคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระยะที่ 2 และต้องได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้โรคมะเร็ง ผู้บำบัดเป็นพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาผู้ผ่านการศึกษาด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ 32 ชั่วโมง การบำบัด 6 สัปดาห์ และมีติดตามผล 1 เดือน และเน้นบทบาทของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา (Badger et al, 2005) ต่อมา มีการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ในผู้ที่มีการสูญเสียที่มีอาการซึมเศร้า โดยศึกษาการให้คำปรึกษาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลและการดูแลปกติ เพื่อลดอาการซึมเศร้าความวิตกกังวลและอาการเศร้าจากการสูญเสีย พบว่า เรื่องราวของการสูญเสียมีผลต่ออารมณ์เป็นอย่างยิ่ง ผู้บำบัดควรค้นหาปัญหาที่ผู้รับการบำบัดต้องการความช่วยเหลือและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้อาการทางอารมณ์

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นโปรแกรมซึ่งพัฒนาโดย เพ็ญสุตา ไชยเมือง (2554) พัฒนามาจาก Interpersonal Counselling พีโอน่า จัตต์ และคณะ (Judd et al, 2004) และ Interpersonal Psychotherapy ของ Weissman and Klerman (1997) ซึ่งในประเทศไทย พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย (2549) ได้นำ Interpersonal Psychotherapy ของ Weissman & Klerman (1997) มาแปลเป็นภาษาไทย และนำมาบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามแนวคิดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ของ เพ็ญสุตา ไชยเมือง (2554) ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกผู้รับการบำบัดในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่า หลังการบำบัดอาการซึมเศร้า (Depressive Symptom) ลดลงในช่วงหลังการบำบัด และหลังการติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าอาการซึมเศร้ามลดลงเช่นกัน

บทสรุป

ปัญหาสัมพันธภาพส่วนบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้ซึ่งการบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีเป้าหมาย เพื่อลดอาการซึมเศร้าด้วยการปรับปรุงแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติให้ดีขึ้น เน้นที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันมากกว่าอดีต และไม่ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีการกำหนดเวลาในการรักษาชัดเจน เพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น และเมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นนั้น ก็จะช่วยให้อาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น พยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะใช้การบำบัดแบบนี้ ต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะทางด้านจิตบำบัด หรือการให้คำปรึกษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการบำบัดโดยการเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ปัจจุบันที่ประเมินพบกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้รับคำปรึกษา และใช้เทคนิคในการบำบัดสำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วย เพื่อแก้ไขปัญหตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในแต่ละด้าน ทำให้เพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะทางสังคมให้กับผู้รับคำปรึกษา รวมทั้ง ปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น ก็จะส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้รับคำปรึกษาดีขึ้น และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพที่ดี เพื่อส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

รายการอ้างอิง

- กนกรัชต์ บุปผา. (2558). *การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า* โรงพยาบาลวังน้อย (รายงานการศึกษาอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทินกร วงศ์ปการันย์. (2553). *จิตบำบัด: ทฤษฎีและเทคนิค*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล.(2544). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์ จำกัด.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 117-131.
- “_____”. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 29-45.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทิวชาชาติ และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. (2551). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 69-80.
- เพ็ญสุดา ไชยเมือง. (2554). *การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า* (รายงานการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2539). *ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช*. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์เชียงใหม่*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนแอนเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2546). *แผนการสอนการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สมพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2556). ปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-24.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพลส จำกัด.

- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A. M., & Bonham, E. (2004). A case study of telephone Interpersonal Counseling for women with breast cancer and their partners. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 997 – 1003.
- “_____”. (2005). Telephone Interpersonal counseling with women with breast cancer: Symptom management and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 274-279.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Kathleen, F., et al. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 3117 -3124.
- Hoeksema, S., Seligman, M., & Girgus, J. (1986). Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement, and Explanatory Style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- Holmes, A., Hodgins, G., Adey, S., Menzel, S., Danne, P., Kossmann, T., & Judd, F. (2007). Trial of Interpersonal Counseling after Major Physical Trauma. Australian & New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 41. 926-933.
- Judd, F., Davis, J., Hodgins, G., Scopelliti, J., Agin, B., & Hulbert, C. (2004). Rural Integrated Primary Care Psychiatry Programme: a systems approach to education, training and service integration. *Australasian Psychiatry*, 12(1), 42–47.
- Judd, F., Weissman, M. M., Davis, J., Hodgins, G., Piterman, L. (2004). Interpersonal counseling in general practice. *Australian Family Physician*, 33(4), 332-337.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858.

- Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J. C., & Rosing, M. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression. Following miscarriage. *Depression and Anxiety, 24*(3), 219- 22
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical Psychiatry (10thed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan. H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Dimascio, C., Neu, C., Goklaney, M., & Kleman. G. L. (1997). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *The American Journal of Psychiatry, 136*(4), 555-558.
- World Health Organization. (2012). *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*. Retrieved July 15, 2014, from [http://www. WHO.org](http://www.WHO.org).