

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับ สุรา
  - 1.1 ปัจจัยที่ส่งเสริมการติดสุรา
  - 1.2 ผลกระทบจากการดื่มสุรา
  - 1.3 อาการทางคลินิก
  - 1.4 โรคจิตจากสุรา
  - 1.5 ผลของสุราต่อความผิดปกติต่าง ๆ ด้านร่างกาย
  - 1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
  - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
  - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
  - 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพ
  - 4.1 ความหมายของการสอนสุขภาพ
  - 4.2 หลักการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้
5. การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
  - 5.1 ความหมายของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
  - 5.2 วัตถุประสงค์ของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
  - 5.3 ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม
  - 5.4 การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
6. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
7. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา

การติดสุราเป็นสภาวะจิตใจซึ่งมีมักจะร่วมกับร่างกาย อันเป็นผลมาจากการดื่มสุรา โดยแสดงลักษณะทางพฤติกรรม หรือการตอบสนองบางอย่าง ได้แก่ อยากรับดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีก ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้จิตใจสบาย และบางทีเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายกายจากการที่ไม่ได้ดื่ม โดยอาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่เพิ่มก็ได้ (สุวทนา อารีพรรค, 2524)

### 1. ปัจจัยที่ส่งเสริมติดสุรา ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ดังนี้

#### 1.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์

จากการศึกษาทางกรรมพันธุ์กรรมของคนติดสุรา พบว่ามีอัตราสูงในระหว่างญาติของคนติดสุรามากกว่าประชากรทั่วไป พบว่าร้อยละ 25 ของบิดาและญาติพี่น้องผู้ชายของผู้ติดสุรา จะติดสุราด้วยในคู่แฝด ที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งติดสุรา อีกคนจะมีโอกาสติดสุราเป็น 2 เท่า ของบุตรที่ขอมารู้อย่างบิดามารดาที่ไม่ติดสุราและบุตรของผู้ที่ติดสุรา แม้จะได้รับการเลี้ยงดูโดยคนที่ไม่ติดสุราได้เท่า ๆ กับบุตรของคนติดสุรา ซึ่งบิดามารดาเลี้ยงดูเอง

#### 1.2 ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Model)

ปัญหาการดื่มสุรา จัดว่าเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคล บางคนสุราเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536 และ สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีบุคลิกต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำ ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen, & Cooper, 1985) การติดสุรายังมีผลมาจากความกังวลเล็ก ๆ ที่มีอยู่รอบ ๆ ตน มีความขัดแย้งในใจ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) หรืออาจเกิดจากความรู้สึกกดดันในจิตใจ จากกระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะทางอารมณ์ ความต้องการลดภาวะทางอารมณ์ ที่ไม่สามารถทนทานได้ ความตึงเครียด ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) (Monti et al. , 1989 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547) นอกจากนี้เรายังพบว่าผู้พิการทางร่างกายมีการใช้สุรา เนื่องจากรู้สึกคับข้องใจและโกรธ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดการยอมรับจากผู้อื่น ขาดแรงจูงใจ รู้สึกซึมเศร้า (ประไพ ทายุทธ, 2545) การดื่มสุรายังเกี่ยวข้องกับการรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำและมีอารมณ์ซึมเศร้า เช่น การศึกษาของ Esposito Smythers และ Spirito (2004) พบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดสุราหรือยาเสพติดอื่น ๆ จะมีความสัมพันธ์กับความคิดทำร้ายตัวเอง

### 1.3 ปัจจัยทางสรีรวิทยา

สุราเมื่อสลายตัวจะเกิดสารชนิดหนึ่งเรียกว่า Acetaldehyde ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมอง โดยทำให้เกิดการติดยา (Dependence) ร่วมกับการทนยา (Tolerance) ขึ้น (สุวัทนา อารีพรค, 2524)

สุรามีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด และความขมขื่นต่างๆ เนื่องจากสุราไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เหล่านี้ นอกจากนี้การดื่มสุรายังช่วยป้องกันอาการขาดสุราที่เกิดจากการหยุดดื่มด้วย เช่น อาการวิตกกังวล อาการกระหายสุรา อาการอ่อนเพลีย มือสั่น เหงื่อแตก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นไข้ ชัก ประสาทหลอน และเพ้อคลั่ง

### 1.4 ปัจจัยด้านสังคม (Social Model)

สภาพทางสังคม จัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา สังคมที่จัดว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว มีผลต่อการดื่มสุรา กลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชน มีการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่ จะมีการดื่มสุราน้อยกว่า เด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) และปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุราคือ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็กและมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา (อวัสดา จันท์แสนคอง, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของเด็กนักเรียนคือ บิดา มารดา พี่น้องและเพื่อน (รุ่งวิทย์ มาสงามเมือง และคณะ, 2542) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา นับตั้งแต่การจำหน่ายอย่างเสรีหรือหาสุรามาได้โดยไม่มีข้อจำกัด และ ไม่มีกฎหมายที่ใช้อย่างบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราอย่างเหมาะสม (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับสุราที่ได้รับผ่านสื่อต่าง ๆ สื่อมวลชนมีอิทธิพลทางบวกต่อการดื่มสุราเช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อน (อรนุช ภาชีน และคณะ, 2542) และในสังคมไทย สุราได้รับการยอมรับในฐานะเป็นสื่อในงานเลี้ยง เช่น การพบปะสังสรรค์ในพิธี ประเพณี หรืองานสังคมต่าง ๆ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นบริบทของบุคคล แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานทำ ภาวะยากจน ความเครียดจากงาน การเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่

## 2. ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อร่างกายและสมอง (จรรยา จิตดิวิฑูการ, 2544)

ถ้าดื่มจัด โดยเฉพาะดื่มจัดติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดพยาธิแก่ร่างกายและมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ได้แก่

2.1 สุราทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป เป็นผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ เกิดความฮึกเหิม ขาดความระอาย หลงลืม ไม่มีสมาธิ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ตัดสินใจผิด นอกจากนี้ ยังมีผลต่อสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้การเดินผิดปกติ และกดการทำงานโดยทั่วไปของสมอง ทำให้

ความรู้สึกต่าง ๆ ลดลง จึงมีผู้ใช้สำหรับลดความเจ็บปวด และทำให้หลับ ในกรณีที่ดื่มมาก ๆ อาจ จะกดศูนย์ควบคุมการหายใจที่สมอง ส่วน medulla ทำให้การหายใจหยุด และถึงตายได้

2.2 สุราทำให้ปัสสาวะบ่อย และกระหายน้ำ เนื่องจากสุราไปยับยั้งการหลั่งของ antidiuretic hormone จากต่อม pituitary

2.3 สุราทำให้เกิดอาการ “hangover” ซึ่งประกอบด้วยอาการกระหายน้ำ ปั่นป่วน ในกระเพาะอาหารและปวดศีรษะ

2.4 สุราอาจทำให้มีการตกเลือดของตับอ่อน อย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการ อักเสบของกระเพาะอาหารหรือเป็นแผลที่กระเพาะอาหาร และท้องเสีย และสุรายังมีฤทธิ์ทำลายตับ

2.5 รบกวนการขับถ่าย uric acid ของไต ทำให้ระดับ uric acid ในเลือดสูง และ อาการของโรค gout กำเริบขึ้นได้

2.6 สุรามีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ขาดอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะวิตามินบีโดยตรง คือสุราทำให้การดูดซึมอาหารและวิตามินต่าง ๆ เบลลง และโดยอ้อม คือ ผู้ที่ติดสุรามักไม่ยอมรับประทานอาหาร เพราะแอลกอฮอล์มีแคลอรีสูงอยู่แล้ว นอกจากนี้ การที่สุรารบกวนการทำงานของตับและไต ก็ทำให้จำนวนและแร่ธาตุบางอย่างในร่างกายผิดปกติไปด้วย

### 3. อาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเพื่อคั่งจากพิษสุรา จะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยหยุดดื่ม สุราหรือลดปริมาณลง (วิทช์ เทียงบูรณธรรม และ เกษม เทียงบูรณธรรม, 2543) ดังนี้

ระยะเวลาหลังหยุดลดปริมาณลง 6-24 ชั่วโมง จะมีอาการกระวนกระวาย สั่น ความดัน โลหิตเปลี่ยนแปลง เหงื่อออกมาก, หน้าแดง, หัวใจเต้นเร็ว มีปฏิกิริยาต่ออาการกระตุ้นมาก นอน ไม่หลับ เห็นภาพหลอนมีประสาทหลอนทางหู มีอาการอยู่ 48-72 ชั่วโมง และร้อยละ 5 ของกลุ่มนี้ มีโอกาสเกิดอาการเพื่อคั่ง

ระยะเวลาหลังหยุดลดปริมาณลง 7-38 ชั่วโมง อาจเกิดอาการชัก มีอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดอาการชักแบบทั้งตัว หรือพบว่า ชักเป็นบางส่วนของร่างกายได้บ้าง

ระยะเวลาหลังหยุดลดปริมาณลง 48-72 ชั่วโมง อาการเพื่อคั่งคือไม่รู้เวลา สถานที่บุคคล หลงผิด มีประสาทหลอนทางหู ตา วุ่นวาย สั่น นอนไม่หลับ มีไข้ มีอาการสูงสุดอยู่นานประมาณ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดลงใน 5-10 วัน อาการเป็นมากในวันที่ 4-5 หลังหยุดดื่ม มักมี อาการทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคตับ ปอดบวม เลือดออกในทางเดินอาหาร ความไม่สมดุลย์ ของอิเล็กโตรไลต์ เป็นต้น

#### 4. โรคจิตจากสุรา

ในปี ค.ศ.1950 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (เกษม ดันดิผลชีวะ, 2536) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับโรคจิตจากสุราว่า เป็นความผิดปกติผู้ดื่มสุรา มีลักษณะการดื่มสุราอย่างมากและดื่มมานานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรัง โดยพิษสุราจะออกฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ทำให้ระบบประสาทผิดปกติ ขาดสติสัมปชัญญะ เสียความสามารถในการตัดสินใจ และควบคุมตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) เนื่องจากสุรามีผลของสุราต่ออารมณ์และจิตใจคือ

4.1 เป็นยากล่อมประสาทและยานอนหลับโดยเฉพาะในขนาดปานกลาง ช่วยลดกังวล ความเครียด ทำให้นอนหลับ สัมปัญหาที่เผชิญอยู่ชั่วคราว

4.2 ช่วยเปลี่ยนอารมณ์ (alteration of mood) ทำให้ครีครื้นมากขึ้น พูดเก่งขึ้น ลดความรู้สึกเศร้า และการแยกตัว ลดความจำที่เจ็บปวด

4.3 เพิ่มความก้าวร้าว เพิ่มความสามารถที่จะกล้าแสดงออกด้านต่าง ๆ กล้าพูด กล้าแสดงตัว และแสดงความก้าวร้าว ไม่กลัวใคร ซึ่งอาจจะเป็นผลเสริมจากการเคยได้รับคำสอน คำบอกเล่ามาก่อน ว่าสุราทำให้เกิดกำลังฮึกเหิม กล้าหาญ

4.4 ลดความยับยั้งชั่งใจ ลดมาตรฐานของคุณธรรมที่ตนยึดถือ ทำให้กล้าแสดง พฤติกรรมที่เคยคิดว่าน่าละอายได้ เช่น กล้าพูดคำหยาบ กล้าแสดงความรู้สึกทางเพศ หรือแสดง พฤติกรรมทางเพศที่เคยเก็บกดได้

4.5 ในการดื่มระยะยาว ก่อให้เกิดผลเสริมต่อร่างกายและสภาพจิตใจทรุดโทรม ลดคุณค่าทางสังคมของตนเอง มีอาการซึมเศร้าใช้การดื่มเป็นการทำลายตนเอง อาการซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากการดื่มสุราระยะยาวนาน มักร่วมกับอารมณ์ในลักษณะเฉยชา ไม่มีชีวิตชีวา (anhedonia) และอาจเป็นอยู่ระยะยาวนานมากหลังหยุดดื่มสุรา เป็นลักษณะ Secondary affective disorder

คู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชได้ระบุอาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย เพื่อคลั่งจากพิษสุราไว้ดังนี้

อารมณ์	อารมณ์แปรปรวน อารมณ์เศร้า (Depression)
การรับรู้	ประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucination) ประสาทหลอนทางตา (Visual Hallucination) ประสาทหลอนทางสัมผัส (Tactile Hallucination)
ความคิด	หลงผิด (Delusion) แปลสิ่งเร้าผิด (Illusion) กลัว หวาดระแวง
การนอน	การนอนแปรปรวน นอนไม่หลับ เกิดการสลับเวลายอน
ความรู้สึกตัว	การรู้สึกตัวเลือนลาง (Clouding of consciousness) สับสน (Confusion)

โดยความผิดปกติดังกล่าวที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้แก่

Pathologic Intoxication (โรคแพ้พิษสุรา) อาการเป็นพิษเนื่องจากพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นกับบุคคลบางคนทีแพ้สุรา ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงแม้จะดื่มสุราเพียงเล็กน้อย อาการเกิดขึ้นชัดเจนและฉับพลัน อาจมีอาการ automatic behavior คล้ายผู้ป่วยเป็น temporal lobe epilepsy โดยมีอาการก้าวร้าวรุนแรงและเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีอาการง่วงงับสน สูญเสียเวลา สถานที่และบุคคล มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ทำลายข้าวของอาจทำร้ายคนอื่นได้ ซึ่งจะมีอารมณ์โกรธแค้น วิตกกังวลและซึมเศร้า บางรายอาจทำร้ายตนเอง ความแปรปรวนเช่นนี้ อาจเกิดเพียงช่วงสั้นหรือนานก็ได้ เมื่อเกิดแล้ว ผู้ป่วยจะหลับเป็นระยะเวลานาน เมื่อตื่นขึ้นมาจะจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้

Alcoholic Paranoid (โรคระแวงเพราะพิษสุรา) อาการระแวงที่เกิดขึ้นในพวกที่ดื่มสุราเรื้อรัง ย่อมจะทำให้เกิดความคิดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย มีอาการหลงผิดเกี่ยวกับความอิจฉาริษยา หึงหวง และความไม่ซื่อสัตย์ทางเพศ มีความระแวงสงสัยคุ้มครองของตนจะมีความสัมพันธ์กับคนอื่น มีอาการหลงผิด ชนิด Jealousy delusion ผู้ป่วยจะพยายามแล้วคอยติดตามคุ้มครองเพราะความระแวงสงสัย บางครั้งรุนแรงถึงขั้นฆาตกรรม ผู้ป่วยบางรายมีอาการประสาทหลอน หูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ไปทำร้ายผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยทำไปโดยไม่รู้สีกตัว หรือมีเสียงบอกว่าจะมีคนมาทำร้าย ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดกลัว หลบหนีตลอด หรือมีเสียงเรียกบกรวน ทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่ยอมหลับนอน

Alcoholic Hallucinosi (โรคจิตหลอน) จะมีอาการหลอนเกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยฉับพลัน หรือเกิดเรื้อรังอยู่เป็นประจำ โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่มีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย อาการประสาทหลอน อาจจะปรากฏออกมาทางหูหรือทางตา แต่ส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นอาการหลอนทางหู ที่เรียกว่าอาการหูแว่ว จะหายไปเมื่อเลิกดื่มสุรา และจะกลับมีอาการซ้ำเมื่อกลับไปดื่มอีก

Toxic psychosis or Delirium tremens (โรคคลั่งเพื่อ) เป็นภาวะโรคจิตชนิดเฉียบพลัน มักจะเกิดขึ้นภายหลังจากการดื่มสุราจัด เป็นระยะเวลานาน มักพบหลังจากการหยุดดื่มสุรา เกิดกับผู้ป่วยที่ร่างกายขาดวิตามิน บี โดยเฉพาะวิตามิน บี 1 อาการ delirium มักเกิดขึ้นประมาณวันที่ 7-10 หลังจากหยุดดื่มสุรา อาการอาจค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็นทันที มีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา ฝันร้าย ประสาทหลอนทางหูและทางตา ร่วมกับมีอาการแปลภาพผิด (illusion) อาการ delirium นี้จะเป็นอยู่ประมาณ 3-10 วัน บางรายอาจนานกว่านี้และจะทุเลาลงไป อัตราการตายต่ำ แต่พบว่าจะมีอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมก่อนวัยที่ เรียกว่า Korsak of psychosis เร็วขึ้น

Korsakov's ostegisus (โรคจิตคอร์ซาคอฟฟ์) จิตแพทย์ชาวรัสเซียชื่อ Sergu Korsakoff ได้รายงานไว้ว่า ถ้าดูกริยาท่าทีภายนอกจะเห็นว่าผู้ป่วยจะมีอาการปกติ แต่ถ้าเมื่อได้คุยจะ

เห็นว่าจิตใจเขาผิดปกติกมาก คือ จะไม่รู้จักรเวลา สถานที่ และบุคคล ความจำเสื่อมมากโดยเฉพาะเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มป่วย ผู้ป่วยจะสร้างความจำเทียมขึ้น (confabulation) และพบว่าผู้ป่วยจะมีปลายประสาทอักเสบ

Wernicke Syndrome (โรคเวอนิกเค) ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีความจำเสื่อมอย่างมาก ผู้ป่วยจะสร้างความจำเทียมขึ้น (confabulation) สติสัมปชัญญะสับสน (clouded sensorial) กล้ามเนื้อตาจะเป็นอัมพาต การทรงตัวเสียไป และถ้าเป็นมากอาจถึงขั้นหมดสติ และเสียชีวิตได้

5. ผลของสุราต่อความผิดปกติต่าง ๆ ด้านร่างกาย (ปิยวัฒน์ โกวิทพรพงศ์, 2546 และ วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2543)

เนื่องจากสุรามีผลโดยตรงต่อการทำงานของร่างกาย จึงอาจเกิดความผิดปกติได้ถ้าดื่มจัด ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสุรา แบ่งได้เป็น 3 พวก คือ

5.1 ผลเฉียบพลันที่เกิดจากการดื่มหนัก ได้แก่

- การตาย การดื่มสุราจัดมาก ๆ อาจทำให้ตายได้ เพราะสุรากลดศูนย์หายใจที่สมองส่วน medulla
- Acute hemorrhagic pancreatitis

5.2 ผลเรื้อรัง ที่เกิดจากการดื่มหนักเป็นระยะเวลานาน

- ภาวะอาหารอักเสบ (gastritis) และท้องเสียพบได้บ่อย แต่รักษาหายได้
- โรคแผลในกระเพาะอาหาร (gastritis ulcer)
- โรคของตับ เช่น ตับอักเสบ (Hepatitis) ตับแข็ง(Cirrhosis)
- โรคของระบบประสาท ได้แก่ Wernick-Korsakov's syndrome, Peripheral neuropathy Retrobulbar neuropathy, Anteriorlobe cerebellar degeneration
- โรคของกล้ามเนื้อ ได้แก่ Cordiomyopathy , Myopathy
- โรคของโลหิต ได้แก่ Thrombocytopenia , Anemia
- โรคอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงชนิดที่เปลี่ยนแปลงง่ายและฉับโรคปอด

6. การรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547 และ สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

การรักษาปัญหาผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและผู้ทีติดสุรา ต้องรักษา 2 สภาวะ

6.1 รักษาภาวะขาดสุรา คือ การรักษาอาการขาดสุรา ซึ่งมักจะมีอาการอยู่เพียงไม่กี่วัน ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด กระสับกระส่าย และอาการสั่น เป็นต้น โดย

6.1.1 การให้ยา เพื่อลดอาการสั่น หงุดหงิด การให้นอนไม่หลับ และ

การใช้ antabuse (disulfiram) เนื่องจากมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenates หากผู้นั้นดื่มสุรา จะทำให้เกิด toxic reaction ดังนั้นการใช้ disulfiram จึงช่วยเป็นตัวครอบคุมภายนอก และ aversive conditioning

6.1.2 ให้วิตามินในขนาดสูง โดยเฉพาะวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ peripheral neuropathy และ Wernicke – Korsakov’s syndrome

6.1.3 ให้น้ำ การให้น้ำทางเส้นโลหิต อาจไม่จำเป็นทุกราย ให้เฉพาะในรายที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ หรือ รายที่อาเจียน หรือท้องเสีย รวมทั้งให้อาหารที่มีประโยชน์มีแคลอรีเพียงพอ

6.1.4 ระยะแรก ที่หยุดสุราอาจมีอาการหายใจหอบ (hyperventilation) ทำให้เกิด respiratory alkalosis และมี hypermagnesemia ร่วมด้วย ซึ่งมีผู้รายงานว่าทำให้เกิดอาการชัก ในรายที่มีอาการชักร่วมด้วย อาจต้องให้ยากันชัก เช่น diazepam 10 mg ตามด้วยกิน dilantin อีก 2-3 สัปดาห์

6.1.5 ถ้ามีอาการ delirium อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นจำเป็นต้องรีบรักษา หรือรับไว้ในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสงบ โดยยากล่อมประสาท ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม หรือ ผูกมัด ถ้าผู้ป่วยวู่วาม อาละวาด หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

6.1.6 รักษาปัญหาแทรกซ้อนทางกาย ที่พบบ่อยก็คือ โรคปอดบวม ตับแข็ง และโรคขาดอาหาร

6.2 รักษาการติดสุรา เริ่มเมื่ออาการขาดสุราหมดไปแล้ว การรักษาสาขานี้จำเป็นต้องตั้งเป้าหมายดังนี้

6.2.1 ให้หยุดดื่มตลอดไป หรือหยุดดื่มเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งเป็นเรื่องยากมาก และในปัจจุบันยังนับว่าล้มเหลว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะหยุดดื่มได้ชั่วคราวระยะเวลาไม่นานแล้วก็กลับไปดื่มอีก เป็นเช่นนี้บ่อย ๆ จนผู้ป่วยเองก็สิ้นหวังที่จะหาย การรักษาในปัจจุบัน ที่ทำกันมีหลายวิธี เช่น

#### ก. จิตบำบัด (Psychotherapy)

การทำจิตบำบัดในผู้ติดสุรา จะมุ่งเน้นที่สาเหตุของการดื่ม เช่น ลดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ในระยะเริ่มต้นของการรักษา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อผลของการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องมีความกระตือรือร้นให้สนใจ และประทับใจทางจิตต่อผู้ติดสุรา เพราะผู้ติดสุรามักมีความกังวลล่วงหน้าว่า พยายามจะไม่สนใจ และทอดทิ้ง พยาบาลจะมองว่าการดื่มสุราเป็นเสมือนกลไกทางจิตอันหนึ่ง และหาทางให้ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ในกรณีที่ผู้ติดสุรานั้นกลับไปดื่มอีก พยาบาลจะให้ความเห็นใจ (empathy) ไม่ตำหนิ และพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป



ข. การให้ยาแก้ลมประสาทและยาแก้อารมณ์เศร้า

ค. การรักษาทางจิต-สังคม (Psychosocial Intervention) ซึ่ง รูปแบบการรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุรามีหลายรูปแบบ เช่น

- พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย ครอบครับบำบัด (Conjoint Therapy) การฝึกทักษะการหางานทำ (Thaining in the Job Finding) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม นันทนาการ การติดตามการใช้น้ำเมา การเข้าชมรมปลอดสุรา การปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีขึ้น เช่น Relaxation training , Self control skills และฝึกกลวิธีในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การบำบัดประเภทนี้ เกิดจากการพัฒนาแนวคิดการทำความเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ให้มีความสำคัญเพียงสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (External Antecedent) และผลกรรม (Consequences) ที่บุคคลได้รับภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ยังไม่ชัดเจนถึงกระบวนการคิด ตัดสินใจ สติปัญญา และอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์กลุ่ม Cognitive Behavior Therapy จึงสรุปว่าต้องให้ความสำคัญทั้งปัจจัยกระตุ้นภายนอก และปัจจัยกระตุ้นภายใน ผลการบำบัดด้วยวิธีการ Cognitive Behavior Therapy นี้ พบว่าใช้ได้ดีทั้งในรูปแบบกลุ่มและในรูปแบบรายบุคคล (Margues & Formigoni, 2001)

- การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) โดยแนวความคิดนี้ ใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจสามารถกลับสู่ครอบครัวอย่างปกติสุข มีประสิทธิภาพที่เหมาะสม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษาและรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับทีมบำบัดรักษาและชุมชน

- กลุ่มสุรานิรนาม (Alcoholics' Anonymous หรือ AA) กำเนิดจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ในหมู่ผู้ติดสุราที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยเริ่มก่อตั้งขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วง ค.ศ.1930 ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีกลุ่มนี้มากกว่า 1,000 กลุ่ม โดยความเชื่อที่ผู้เลิกสุราจะช่วยผู้เลิกสุราด้วยกันได้ดีที่สุด และการดำเนินชีวิตของกลุ่มนี้จะอาศัยหลักการ 12 ข้อ (Twelve steps) และประเพณี 12 ข้อ (Twelve Traditions) มาเป็นหลักการพื้นฐาน ซึ่งมุ่งเน้นที่ความเชื่อและความศรัทธา กลุ่ม AA สามารถใช้ได้ผลกับผู้ติดสุราและผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น แต่ในการก่อตั้งกลุ่ม AA ต้องมีผู้นำที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งนี้อาจเกิดข้อจำกัด ในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีอาการทางจิต รากฐานของกลุ่ม AA ที่ดีต้องมีกลุ่ม Self-help group ที่มั่นคงแข็งแรงและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำหรับสถานบำบัดที่เริ่มต้นในการบำบัดผู้ติดสุรา

## 7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2544 และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

### 7.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราระยะ Withdrawal delirium ดังนี้

- เฝ้าระวังอุบัติเหตุ ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการรับรู้แปรปรวนและสูญเสียการรู้สึกตัวตามปกติ โดยจะทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่สงบ ลดการรบกวน เพราะผู้ป่วยไวต่อการถูกกระตุ้น ลดความกลัวของผู้ป่วย โดยเปิดไฟให้สว่างตลอดเวลากลางคืน

- ดูแลใกล้ชิด เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากประสาหลอนและหลงผิด
- ประเมินสัญญาณชีพและระดับการรู้สึกตัวป้องกันภาวะชัก
- ดูแลการนอนหลับตามปกติ
- ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการรับรู้แปรปรวนและไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ

- ดูแลเรื่อง อาหาร น้ำ ให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ จัดให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นบางอย่าง โดยเฉพาะให้ได้รับวิตามิน บี เพื่อบำรุงเซลล์ สมอง

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นยาต้านโรคจิต หรือยากลุ่ม Benzodiazepine สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายเช่น Shock Pneumonia

### 7.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราระยะฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาสังคมและจิตใจ ที่ควรได้รับการแก้ไข ถ้าผู้ป่วยเลิกดื่มสุราแล้วมิได้มีการแก้ไขสภาพจิตและบุคลิกภาพที่เป็นปัญหา เช่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นคนว่างงาน ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิม สิ่งแวดล้อมเดิมไม่ได้ เกือบร้อยละ 90 หันกลับไปดื่มสุราอีก ควรให้ผู้ป่วยได้ฝึกงาน ฝึกหัดอาชีพ ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ รู้จักควบคุมจิตใจตนเองให้ผู้ป่วยฝึกอาชีพบำบัด ฝึกให้มีการเสียดสีเพื่อส่วนรวม ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง อดทน และพร้อมที่จะทำงานให้มีความเจริญต่ออนาคตที่ดีงามต่อไป

- Re-Education เป็นการฟื้นฟูพัฒนาของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการเรียนรู้ประสบการณ์ (Learning Experiences) เช่น เข้ากลุ่มสนทนากับผู้ป่วยอื่นได้ แต่การสนทนาในขั้นนี้ ควรหลีกเลี่ยงการสนทนาเกี่ยวกับสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และหลีกเลี่ยงการดื่มสุราซ้ำ
- Re-Socialization เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะติดต่อ และเข้ากับผู้อื่นได้ เช่น เข้ากลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation Program) เพื่อผู้ป่วยสามารถ เรียนรู้ที่จะเข้ากับผู้อื่น และปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

- Re- Establishment เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณค่า บุคคลเหล่านี้คิดว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่น มีปมด้อย ไม่มีความหมาย ไม่มีใครอยากคบหาสมาคมด้วย ทีมรักษาจะต้องให้ความสนใจผู้ป่วยเหล่านี้เป็นพิเศษ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจ ควรระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถอดทนต่อสิ่งต่างๆ ได้นาน

### พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

#### 1. ความหมายของพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกายได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้านจิตใจได้แก่การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิตและการปรับตัว เมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

สุเมธญา บุญชัย (2545) และปริวรรต ไชยน้อย (2546) ได้สรุปถึง พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สรุปความหมายได้ว่า พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตประจำวัน หรืออยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี

ดังนั้น ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจึงควรพิจารณาทักษะสำคัญ ๆ ที่เป็นพื้นฐานในการเสริมสร้างความเป็นบุคคลและส่งเสริมให้บุคคลมีความพึงพอใจ มีความสุข รู้สึกมั่นคงในชีวิต สิ่งเหล่านี้จะเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตใจให้บุคคล และส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งคน เมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่สมดุลได้ภายในระยะเวลาอันสั้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

และเมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเมื่อได้รับการรักษาแล้ว อาการดี สามารถกลับไปอยู่ในสังคมโดยสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ก็จะทำให้มีสุขภาพจิตดี มีจิตใจเข้มแข็ง รับรู้

สาเหตุของการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สามารถเผชิญกับความเครียดได้โดยไม่ดื่มสุรา ก็จะ  
ทำให้สุขภาพกายดี เกิดความสุข และมีความมั่นคงในชีวิตได้ โดยไม่ป่วยกลับซ้ำด้วยปัญหาจาก  
การดื่มสุรา

2. องค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Hill and Smith, 1990  
และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง  
ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม  
พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้  
ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็  
สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการ  
ตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับศรีรัตนา สุภพิทยกุล(2534)  
ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มี  
บุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่  
การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สรุปได้ดังนี้

1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบ  
การณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย  
ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อ  
สิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตน  
เองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่า  
นิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความ  
รู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม  
ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับ  
สิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำให้  
ความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหา  
อย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา  
รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคล ที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมี  
สุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) การรับรู้ความรู้สึก (Awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองอาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของคนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถ ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน และประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

ดังนั้นการพัฒนาการรู้จักตนเอง จึงเป็นการตระหนักถึงความทุกข์ทรมานจากปัญหาและความเจ็บป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ซึ่งจะเป็นการช่วยให้เกิดการค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาทุกข์ทรมานนั้น ค้นหาเหตุเช่นการดื่มสุราจนทำให้เกิดอาการทางจิตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

## 2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสาร ที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ได้แก่

2.2.1 การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ Ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2.2.2 การฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

Hill and Smith (1990 :อ้างใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) กล่าวถึงการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- 1) การประเมินแบบแผนและรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
- 2) การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการให้และการรับข้อมูลที่ถูกต้อง

- 3) ยอมรับและจำกัดการแสดงออกของความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร
- 4) ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเท่า ๆ กัน ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูด และการแสดงออก
- 5) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับบทบาทของวัฒนธรรม และคุณค่าของกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 6) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับการทำนายทักษะการติดต่อสื่อสาร ในกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่าง
- 7) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม

ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (เพชรีกันธสายบัว, 2544) นำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมาทำให้ต้องเก็บความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ หากทางออกไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ติดสุรามักจะเกิดปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารทั้งก่อนดื่มสุรา และเมื่อดื่มสุราแล้ว ยิ่งทำให้การคิดวิเคราะห์ มีพฤติกรรมสื่อสารบกพร่องจนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้

### 2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก)

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

- 1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน ส่งผลให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้มีเป้าหมายของกิจกรรมที่ทำเป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดี

- 2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา “วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

- 3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้นักเรียนรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนมาก จะละเลยการวางแผนใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้เวลาส่วนใหญ่จะอยู่กับการดื่มสุรา และสังสรรค์กับเพื่อนที่ดื่มสุรา มีเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจน้อย และไม่ค่อยได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงไม่มีการจัดการกับเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคม ที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหามาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกรู้ว่าตนเองมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตสุราเป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่ง และเป็นทักษะทางสังคม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดและความไม่สบายใจ มักจะเผชิญปัญหาด้วยการดื่มสุราจนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

#### 2.5 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Pender, 1996) ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เมื่อมีความเจ็บป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนจากบุคคลและสังคมรอบข้างให้ตนเองมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่ง

แหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยกลับซ้ำ

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ
- 2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ
- 3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต
- 4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน
- 5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่มักมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เนื่องจากปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับเวลาไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโดยตรง เกิดเป็นความเครียดหรือปัญหาเรื้อรังจนเกิดเป็นความขัดแย้ง ซึ่งหากบุคคลในครอบครัวไม่เข้าใจหรือยอมรับที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการติดต่อสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

## 2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่ โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตนตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผู้ที่มีคุณธรรมประกอบกรละเว้นทำความชั่ว กระทำความดี หรือทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกุล, 2538)

บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ มีเมตตากรุณา เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น และรู้จักการเสียสละ เหล่านี้จะทำให้มีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุขสงบ สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วย



เหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994 )

ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นการพัฒนาจิตใจให้มีความสงบ สามารถดำเนินชีวิตหรือคิดแก้ไขด้วยความมีสติ และนับเป็นวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย ตกทอดมาสู่คนรุ่นใหม่ ให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรารู้จักตนเอง รู้จักปล่อยวาง ยอมรับและตระหนักถึงความเป็นจริง (เพชร คันธสายบัว, 2544) พร้อมทั้งจะแก้ปัญหาแห่งตนโดยไตร่ตรองด้วยสติและดูแลตนเองได้โดยไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยเหตุการดื่มสุราที่ขัดต่อหลักศาสนาอีก

## 2.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

ร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรงและสมบูรณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Hill and Smith, 1990) ซึ่งการดูแลสุขภาพกระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ บุคคลจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์ และปริมาณของอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน บุคคลควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนานยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่มมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดมอร์ฟีน หากมีแต่ประโยชน์ ไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ นี้จะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท

ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ควรมีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสม

และสนับสนุนให้มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองนั้น ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ที่พบว่า ภูมิหลัง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก ผู้ศึกษาจึงขอเสนอในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 ด้านความรู้ Orem เชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และยังเป็นส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วย (Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมช่วยควบคุมอาการของโรค (กัลยา ใฝ่เกาะ, 2537)

3.2 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชรี กัณธสาขบัว, 2544; ) ซึ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996:35 ) ได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อชีวิตจากการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงหรือลดการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ความเสี่ยงอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Baker, 1995)

3.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกันในด้าน อารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการการยกย่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ซึ่งเชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง

3.4 การรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหาอยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับมีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนั้นจากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพและความผาสุก นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

#### 4. การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เป็นการประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากพื้นฐานแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต ของ Hill and Smith (1985) ที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองแต่ละเรื่องจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งคน ซึ่งแนวคิดการดูแลตนเอง และลักษณะของการมีสุขภาพจิตดีของบุคคล และแนวคิดการของการดูแลตนเองซึ่งกระทำต่อตนเองที่เป็นหน่วยเดียวที่มีทั้งกายและจิตรวมกันซึ่งแยกจากกันไม่ได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ทำให้มีการพิจารณาจำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็น 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป แบบวัดประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือการพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ

การเผชิญปัญหา จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดแต่ละตอน ด้วยวิธีวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยการวัดความคงที่ภายใน ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach ได้ผลการวิเคราะห์ แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เท่ากับ .93

## แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพ

### 1. ความหมายของการสอน

Fattu (1960 อ้างใน ขวัญตา ไผ่หยงงาม, 2534) ได้กล่าวถึงการสอนว่า หมายถึงทุกอย่างที่ผู้สอนทำ ซึ่งอาจจะเป็นงานที่ผู้สอนทำโดยลำพัง หรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้ เพื่อจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียน ในรูปของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการด้านความคิด เหตุผล ทักษะ ทักษะ อุปนิสัย ทำให้เห็นคุณค่า และความสำคัญของชีวิตในอนาคต

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) สรุปว่าการสอน หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

ขนิษฐา นาคะ (2534) การสอน เป็นวิธีการให้สมาชิกมีพัฒนาการความรู้หรือทักษะที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของสมาชิก ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน

กล่าวได้ว่า การสอน หมายถึงกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ โดยใช้ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดประสงค์ที่กำหนด อาจเป็นความรู้ใหม่ หรือความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ส่งผลถึงพฤติกรรมของผู้เรียน

การสอนควรมีการประเมินปัญหา และความต้องการที่จะเรียนรู้ของสมาชิก ทั้งนี้หากสมาชิกที่ได้รับการสอนเป็นผู้ป่วย ความรู้ที่ควรได้รับ ได้แก่ เรื่องโรค หรืออาการผิดปกติ หรืออาการที่เป็นปัญหา การรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ขนิษฐา นาคะ, 2534 ; อ้างใน นฤยา ภักตร์เจริญ, 2545) รวมถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลด้วย รวมทั้งการรับฟังของพยาบาล จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

กลุ่มด้วย การสอนและคำแนะนำที่ได้ผลดี ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความ เป็นมิตรระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่ม(Hammond and Deans, 1995)

นอกจากการสอนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้แล้ว ยังมีวิธีการส่งเสริมการสอนเพื่อให้การเรียนรู้ เป็นไปตามจุดประสงค์ได้ (นฤยา ภักตรเจริญ, 2545) ดังนี้

1) การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือก วิธีการดูแลตนเองภายใต้วิธีการชี้แนะ และดูแลของพยาบาลผู้นำกลุ่มการสอนในรูปแบบของการ แนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยให้สมาชิกที่เป็นผู้ป่วย ปรับปรุงความสามารถเพื่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

2) การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกที่เป็นผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแล ตนเองได้แม้จะอยู่ในภาวะเครียด มีความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถที่จะเรียนรู้การมีชีวิตรอยู่โดย กระทบต่อพัฒนาการของตนเองน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่ทำให้กำลังใจ หรือกิริยา ท่าทางของพยาบาลผู้นำกลุ่มการสอนเช่น การมอง การสัมผัส การใช้น้ำเสียงนุ่มนวล โดยต้อง เลือกให้การสนับสนุนให้เหมาะสมกับสมาชิกแต่ละคน แต่ละสถานการณ์ การสนับสนุนทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจจะช่วยให้สมาชิกริเริ่มและพยายามมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของสมาชิกที่วางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น กับสมาชิกคนอื่น หากสมาชิกปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง พยาบาลผู้นำกลุ่มการสอนจะคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำ อาจ ใช้การให้คำปรึกษา(สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) หรือใช้วิธีการประสานความช่วยเหลืออื่นแก่ สมาชิก( Miklowitz and Hooley , 1998)

2. หลักการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) มีดังนี้

1) สอนในสิ่งที่สมาชิกต้องการเรียนรู้ โดยผู้สอนต้องถามและรับฟังการรับรู้ ของสมาชิก

2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้อง การปรับปรุง หรือเสริมสร้างความรู้สึนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของ สมาชิกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลหรือผู้สอนต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผน ในการดำเนินการสอนให้สมาชิกเรียนรู้ได้มากขึ้น

3) สมาชิกต้องมีความพร้อมในการเรียนรู้

4) การมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจะทำให้มีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ สมาชิกมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนโดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง สมาชิก กับผู้นำกลุ่มการสอน และระหว่างสมาชิกด้วยกัน

5) การประเมินผลโดยการไต่ถาม จะช่วยให้สมาชิกมีการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นการประเมินความก้าวหน้าตามเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและกำลังใจในสิ่งที่สมาชิกเรียนรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในกิจกรรมที่สมาชิกกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยายามที่เป็นผู้นำกลุ่มการสอนต้องชี้แจงแก้ไข แลพยายามหลีกเลี่ยงไม่ตำหนิหรือทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจ ความเป็นมิตร การรู้จักดีเพื่อก่อ ยกย่องเมื่อสมาชิกกระทำได้ดีสำเร็จ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6) เนื้อหาและวิธีการสอน ต้องปรับให้เข้ากับความพร้อมในการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคน พยายามผู้นำกลุ่มการสอนต้องคอยประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของสมาชิก ด้วยการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้ เช่น สถานที่ อุปกรณ์

7) สัมพันธภาพที่ดี และความอบอุ่น ระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มการสอน และสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ดังนั้น พยาบาลต้องใช้เวลาเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจเสียก่อนจึงจะดำเนินกลุ่มการสอน

8) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้นำการสอนสุขภาพจิตผ่านกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ ที่มีกรณีศึกษา การสนับสนุน การสอน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยจัดกระทำให้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสุราให้ได้รับการส่งเสริมด้านความรู้ เกี่ยวกับสุราและผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความคิดริเริ่มในการปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

### การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ลักษณะของกลุ่มการสอนสุขภาพจิตนี้ ได้ประยุกต์มาจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่จัดให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดย Anderson (1977) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย สามารถตอบสนองและจัดการกับอาการความเจ็บป่วยนั้น ส่งผลให้ลดความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย รวมถึงจัดสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จากครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารและปฏิกิริยาที่เป็นลักษณะวิพากวิจารณ์ จากการศึกษาของ Lubin and Johnson (2000) และ Miklowitz and Hooley (1998) พบว่าการจัดกลุ่มให้สมาชิกได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีส่วนร่วมในการรักษา คลายความเครียดและความกังวลลงได้ สามารถดูแลให้ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นานมากขึ้นโดยไม่ป่วยกลับซ้ำ แต่ผู้ป่วยโรคจิต

จากสุรา เมื่ออาการทางจิตสงบแล้วยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้จึงควรได้รับความรู้ได้เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้ดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระแก่ญาติ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตได้เหมาะสม

### 1. ความหมายการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

Anderson et al. (1980) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา จัดความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงการปรับประคับประคองด้วย

Koontz (1991) กล่าวว่าเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจและให้ข้อมูลที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาและสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้

Wilson (1996) ได้ให้ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่า เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติ เกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับประคับประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

Walsh (1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับสมาชิกที่มีภาวะดูแล และได้รับความเดือดร้อนจากผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วยและยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหาที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มการสอน ซึ่งเป็นชนิดของกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ตนเองถึงปัญหา อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคประสาทที่เผชิญกับปัญหาค่อนข้างมาก

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึงรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่เป็นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับญาติ และเป็นการช่วยเหลือปรับประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามักจะเป็นการจัดกระทำให้กับญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแล ผู้ศึกษาจึงสนใจประยุกต์ทดลองใช้การสอนสุขภาพจิตแบบให้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอาการทางจิตสงบ และมีปัญหาด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดื่มสุรา ซึ่งน่าจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเช่นกัน

### 2. วัตถุประสงค์ของกลุ่มการสอนสุขภาพจิต

นันทิกา ทวีชาติ (2539) ได้กล่าวถึง กลุ่มการสอนสุขภาพจิต หรือสุขภาพจิตศึกษา มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรคและการรักษาผู้ป่วยแก่สมาชิก
  - เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนระดับประคองแก่สมาชิก
  - เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
  - เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น

### 3. ลักษณะของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978)

การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำการสอนสุขภาพจิตผ่านกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้ ที่มีการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยใช้เทคนิคการสอน ตามแนวคิดของ Anderson (1980) มีการพัฒนากลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) และเนื้อหาพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่สร้างจากแนวคิดของ Hill and Smith (1985)

### 4. ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิต

จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Lasale and Lasale(1995 ;อ้างในสกาเวรัตน์ ภูษา, 2543) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม ในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8-12 คน และกรมสุขภาพจิต (2543) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการเข้ารับการสอน หรือการอบรมแบบกลุ่ม ควรเป็นครั้งละ 5-6 คน ดังนั้นในการทำกลุ่มบำบัดครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงกำหนดจำนวนสมาชิกในการร่วมกลุ่มบำบัดคือ 5-10 คนเพราะถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ (Yalom,1975)

### 5. ระยะเวลาในการสอน

ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่มซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6 - 8 ครั้ง และจากการศึกษาของอัญชลี เตมีประดิษฐ์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ได้เสนอ



การทำกลุ่มบำบัดที่เหมาะสมตามความต้องการของสมาชิกคือจำนวน 6 ครั้ง โดยในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจึงเลือกระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่ม ให้เหมาะสมกับเนื้อหาและความสะดวกของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นระยะเวลาฟื้นฟูสภาพในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงจัดกลุ่มให้ผู้ป่วย วันละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

#### 6. การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

6.1 การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม เป็นการประเมินผลของการเข้ากลุ่มที่เกิดขึ้นกับสมาชิกอันเนื่องมาจากการเข้ากลุ่ม ได้แก่การประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลทั้งที่เป็นภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย และการประเมินความสามารถในการดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม

6.2 ปัจจัยในการบำบัด (Curative factors) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก มีผลช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่ม คือ ทำให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยในการบำบัดจะเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งปัจจัยแต่ละตัวต่างก็สนับสนุนกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด Yalom (1975) ในการดำเนินกลุ่มจะเกิดปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดไว้ดังนี้ (Marram, 1978)

1) ความเกื้อกูล (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น อยากช่วยเหลือคนอื่น เห็นความสำคัญของบุคคลอื่น มีผลทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

2) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของ กล้าเปิดเผยตนเอง รู้สึกผูกพันกับกลุ่มทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

3) การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน(Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความรู้สึกที่ว่าตนเองทุกข์อยู่คนเดียวลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้

4) การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองได้พูดได้แสดงความคิดเห็นอย่างไรในกลุ่ม ทำให้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น นำไปพัฒนาตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้การอยู่กับบุคคลอื่น

5) การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม (Development of socializing techniques) ในการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้วิธีการติดต่อสื่อสารกับคนอื่น เรียนรู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง

6) การระบาย (Catharsis) การเข้ากลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสรบายความคับข้องใจต่าง ๆ ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ถ้ากลุ่มมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สมาชิกจะมีโอกาสในการระบายออกมาได้มาก การได้ระบายความคับข้องใจจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาจิตใจและอารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น

7) การได้เลียนแบบ (Identification) การเข้ากลุ่มเป็นโอกาสที่สมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งจากผู้นำกลุ่มด้วย

8) ความรู้สึกเป็นครอบครัว (Family reenactment) โดยภาวะของกลุ่มจะเป็นสถานการณ์จำลองของครอบครัว ซึ่งมีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าครอบครัวและสมาชิกคนอื่นเป็นเสมือนญาติพี่น้อง สิ่งที่สมาชิกแสดงก็คล้ายกับที่เขาแสดงกับครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม สมาชิกคนอื่นต้องช่วยเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสม

9) การให้ข้อมูลหรือแนะนำ (Imparting of information, guidance) เป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มมีการอภิปรายกัน ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นความจริงและชัดเจน จะช่วยให้สมาชิกเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติ

10) ความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิตเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการที่จะสู้เมื่อเห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

11) การได้รู้ความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่ามีทั้งผิดหวังและสมหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทำให้สมาชิกกลุ่มเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความมั่นใจพึ่งพอใจในตนเอง ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น

## การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยผสมผสาน 3 แนวคิด คือ

1. เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา ของ Anderson (1980) ซึ่งแนวคิดของ Anderson ได้กล่าวว่าเป็น รูปแบบการให้ความรู้ โดยมีหลักดังนี้

1.1 มีการประคับประคอง (Support) เป็นปฏิกิริยาของสมาชิก ที่ตอบสนองต่อกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผู้นำกลุ่มมีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่น และปลอดภัย ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ในกลุ่มซึ่ง เป็นสถานที่ ที่มีคนรับฟัง ยอมรับ และเข้าใจ Anderson กล่าวว่า เป็นการยอมรับ และสนับสนุนให้สมาชิกช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน (Anderson, 1977) โดยการประคับประคองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม (Anderson, 1980)

1.2 มีบริการด้านความรู้ (Education services) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการเจ็บป่วยของโรคสมาชิก เช่น ทฤษฎีของการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว จัดได้ว่าเป็นการให้ข้อมูล (Information) เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills)

1.3 การลดภาวะตึงเครียดของสมาชิก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย มีผลถึงความเครียดในครอบครัว จากปัญหาการสื่อสารที่สับสน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายส่งผลกระทบต่อสมาชิกเกิดความรู้สึกผิด โกรธ คับข้องใจ ซึ่ง Anderson ได้กล่าวถึงการจัดการด้านการสื่อสารที่ดี การมีข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคล รวมถึงการประคับประคองกัน จะทำให้ลดความเครียดลงไปได้ (Anderson, 1980)

1.4 มีการสร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีหลักฐานชี้ชัดว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมีบทบาทส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการเกิดและการหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้น คือสมาชิกที่เข้าร่วมในกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน

2. การพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม บอกจุดมุ่งหมาย แนวทางปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการให้ข้อมูลแก่สมาชิก นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การที่ผู้นำกลุ่มมีท่าทีอบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟังสมาชิก จะช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ

ผลที่ตามมาคือสมาชิกมีความกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง โดยการพูดระบายความคิด ความรู้สึก และ ประสบการณ์ของตนเอง ทำให้ความวิตกกังวลหรือความทุกข์ใจของสมาชิกลดลงได้

#### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) ตรงจุดนี้เองจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการ ระบายความรู้สึก ความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น ยอมรับว่าตนเอง มีปัญหาโดยมีสมาชิกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ การได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดความคิดที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ของตนเอง ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีความสามารถในการให้และรับข้อมูลของ สมาชิกกลุ่มได้ สมาชิกรู้สึกว่าจะตนเองมีคุณค่า ระยะนี้จึงเป็นระยะที่สมาชิกทุกคนร่วมแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้สมาชิก และเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น

#### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ด้วยการ แสดงออกโดยคำพูดของสมาชิก หรือประเมินจากพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกมา

สรุปได้ว่า การเข้าใจพัฒนาการกลุ่มจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินได้ว่า กลุ่มนี้จะ ดำเนินไปได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้ามีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของกลุ่ม จะได้มีการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งใช้เป็นเนื้อหา ในการดำเนินการกลุ่ม มี 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการ เข้าใจถึงลักษณะของตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง การเข้าใจยอมรับการ เจ็บป่วยและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง และการมีเป้าหมาย ในการดำเนินชีวิต

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิต จากสุราในการใช้ภาษาสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติต่อผู้อื่นให้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และ ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน สามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยโรค จิตจากสุราในการจัดลำดับความสำคัญ และวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันได้ โดยใช้เวลาในการ อยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม

4) การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดการดื่มสุราซ้ำ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว หรือปัญหาการควบคุมอารมณ์ และผ่อนคลายตนเองจากความวิตกกังวล เพื่อลดโอกาสการดื่มสุราซ้ำ ป้องกันการป่วยกลับซ้ำ

5) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน โดยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา รวมถึง การรับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่พึงได้รับการรักษา พร้อมทั้งรับทราบ และสามารถขอรับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเหล่านั้นเมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโดยยึดหลักทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หลีกเลี่ยงการทำผิดและให้ภัยผู้อื่น เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ

7) การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากระทำ เพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี ได้แก่ การได้รับสารอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

#### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลการศึกษาหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีปัจจัยบำบัดเกิดขึ้นคือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล และ ความเกื้อกูล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1

ศรีสุตา แซ่ลิ่ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง กลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองหลังการฝึกการแก้ปัญหา มากกว่าก่อนการฝึกการแก้ปัญหา และ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตจากสุรา

ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ( 2542) ได้สำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตคนไทยที่ติดสุรา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรามีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต เพราะเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจแล้วคนส่วนหนึ่งใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อดื่มในระยะแรกอาจทำให้ลืมเรื่องราวที่ทุกข์ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะเกิดอาการเศร้าโศกเสียใจกับเรื่องที่ต้องการจะลืม ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และมีบุคลิกภาพผิดปกติ

ประไพ ทายุทธ (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 63 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่พบมาก คือบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นร้อยละ 98.4 หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ร้อยละ 93.65 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานร้อยละ 88.89 และญาติร้อยละ 85.71 ส่วนแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่พบน้อยที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 41.27 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา

เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีความซึมเศร้า เนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น และปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ติดสุรา คือความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ผู้ติดสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า

จุลนิษฐ์ จันทร์ชมภู (2546) ได้ศึกษาปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตามการรับรู้ตนเองและภรรยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน พบว่าปัญหาสำหรับภรรยาของผู้ป่วย คือจากการดื่มสุราของผู้ป่วยทำให้รู้สึกเครียด ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจได้มากที่สุด ปัญหาด้านผู้ป่วยคือ ปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรมลงจากการพยายามเลิกหรือเคยเลิกสุราแต่ไม่สำเร็จ การที่ผู้ป่วยกลายเป็นคนใจร้อน วู่วาม ทำอะไรโดยไม่ยั้งคิด ทำให้ความสุขในครอบครัวลดลง สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรมลง ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวบ่อยขึ้นและผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง เพราะใช้เวลาไปกับการดื่มสุรา เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าปัญหาด้านที่ทำให้รู้สึกเครียด ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจได้มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยคือ ด้านจิตวิญญาณ

นิศานาด โชคเกิด (2545) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 40 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นันทิยา วิสุทธภักดี (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องสุรา ทักษะคิดต่อการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร

Becker, Drachman,& Kirscht (1974) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหุ้ชั้นกลางอักเสบ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

วิภาพร กาญจนราช (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ประกอบด้วยการดูแลตนเองด้านทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองได้ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.14 และยังพบอีกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา อยู่ในระดับ 1.09 ที่ต้องปรับปรุงโดยพบว่า ยังมีการดื่มสุราในระยะเจ็บป่วย

ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) ได้ศึกษาอ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 85 คน พบว่า

1. อ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา คือ ระดับสูง และมีอ้อมโนทัศน์ในระดับต่ำ และพบว่าอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงที่สุดคือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี รองลงมา คือ รู้สึกว่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญ ส่วนอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ระดับต่ำที่สุด คือพยายามดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง

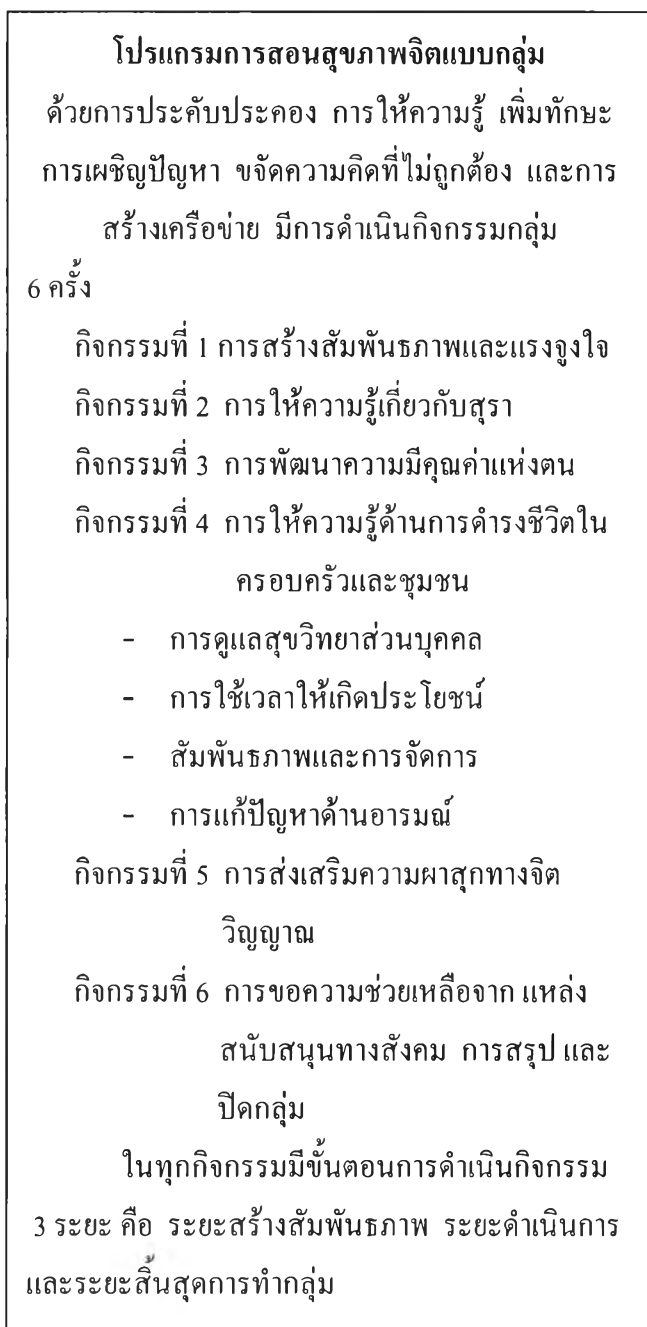
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงตามลำดับ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงที่สุดคือ เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือคนรู้จักมักจะทักทายเสมอ รองลงมาคือ เมื่อไม่สบายมีคนคอยช่วยเหลือดูแล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับต่ำสุดคือ รู้สึกว่ารับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา คือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ พึ่งตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รองลงมา คือ อาบน้ำแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับต่ำสุด คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ



4. ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

## กรอบแนวคิดในการศึกษา



### พฤติกรรมที่ตนเองด้านสุขภาพจิต

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม
6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
7. การดูแลสุขภาพกายทั่วไป