



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดและกระบวนการการบำบัดทางปัญญา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายและลักษณะสำคัญของโรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 1.2 สาเหตุของการติดสุรา
 - 1.3 ผลกระทบและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ระดับของภาวะซึมเศร้าและการประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
4. แนวคิดและกระบวนการบำบัดทางปัญญา
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

1.1 ความหมายและลักษณะสำคัญของโรคพิษสุราเรื้อรัง

มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายของ โรคพิษสุราเรื้อรัง พอสรุปได้ดังนี้

โรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง ความประพฤติก่ผิดปกติไปโดยที่คนใช้ดื่มสุรามากเกินไป จนทำให้เกิดความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย และจิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับครอบครัว ที่ทำงานและสังคมแปรปรวนไป โรคนั้นนับเป็นการเสพติดอย่างหนึ่งในทัศนของจิตเวช การดื่มสุราจะทำให้ผู้ดื่มได้รับความพอใจในความอยากบางอย่างและดื่มมากขึ้นทุกทีจนในที่สุด สุราจะเป็นอย่างหนึ่งและเป็นอย่างเดียวในชีวิตของเขา เป็นยากล่อมอารมณ์ภายในตัว ภายหลังจากที่ดื่มเข้าไปบ่อยๆ ก็จะติด (วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2531)

โรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ จนทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อสุขภาพ สังคม ครอบครัว อาชีพหรือกฎหมายของผู้ดื่ม สภาวะที่รักษายากหรือรักษาไม่ค่อยหาย มักเลวลงเรื่อยๆ เรื้อรังและเป็นแล้วเป็นอีก อยากดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกติดต่อกันเป็นเวลานานๆ หรือในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อจิตใจสบายหรือเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายกายจากการที่ไม่ได้ดื่มด้วย อาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ได้เพิ่มก็ได้ (วิทย์ เทียงบูรณธรรม และ เกษม เทียงบูรณธรรม, 2543)

โรคพิษสุราเรื้อรัง คือ พฤติกรรมที่ผิดปกติ สืบเนื่องมาจากการดื่มสุรามากเกินไป นอกเหนือจากการดื่มเพื่อให้เจริญอาหาร ซึ่งมีผลต่อผู้ดื่ม คือ ทำให้สุขภาพทรุดโทรมตลอดจนเป็นปัญหาต่อเศรษฐกิจ สังคมและหน้าที่การงาน (มุกดา วัฒนกุล, 2519)

สรุปได้ว่าโรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง พฤติกรรมที่ผิดปกติโดยการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและจิตของผู้ดื่ม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

โรคเรื้อรังทั้งหลายรวมทั้งโรคพิษสุราเรื้อรังต้องการผู้ดูแล เนื่องจากการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือญาติผู้ใกล้ชิดซึ่งต้องเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น ทั้งความเครียดจากพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเมื่อมีอาการจากการดื่มสุราและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์และการกระทำต่างๆ มีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีความสัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม การข่มขืน การทำผิดกฎหมายอื่นๆ เช่น การขับรถขณะเมาสุรา ดังนั้นจึงพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราต่ำทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Foster et al., 2000)

โรคพิษสุราเรื้อรังนั้นมีลักษณะที่เด่นชัดของโรค คือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ มีจิตใจหมกมุ่นอยู่แต่กับการดื่มสุราและมักจะใช้การปฏิเสธเพื่อปกป้องตนเองทำให้สังคมทั่วไปมีความเชื่อต่อผู้ป่วยว่าชอบปฏิเสธปัญหาไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา ชอบ

บุคคล (Velleman, 1992) ขาดความรับผิดชอบ (Bennett, 1995) ดังนั้นคนในครอบครัวตลอดสังคมทั่วไปหรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เองก็มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย (McLanghlin&Long, 1996) ซึ่งจะทำให้ไม่เข้าใจผู้ป่วยและจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลช่วยเหลืออย่างมาก ขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนตระหนักว่าการติดยาเป็นปัญหาใหญ่แต่ก็ยากที่จะเลิกติดยาได้ ท่ามกลางแรงกดดันอย่างมากจากเพื่อนร่วมงาน (Bennett, 1995) เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม ไม่ว่าจะเป็นการงานเพราะประสิทธิภาพการทำงานลดลง ขาดงานหรือไปทำงานสาย ปัญหาด้านกฎหมาย การดื่มยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ครอบครัวเพราะผู้ป่วยใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการติดยา จะเห็นได้ว่ามีผลกระทบมากมายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคพิษสุราเรื้อรัง บางคนสร้างความเดือดร้อนจนกลายเป็นที่รังเกียจของสังคม ไม่มีคนเคารพเชื่อถือและเมื่อสุขภาพของผู้ป่วยเสื่อมลงไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ก็จะกลายเป็นภาระให้ครอบครัวและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดดูแล (จุลนิษฐ์ จันทร์ชมภู, 2546)

1.2 สาเหตุของการติดยา

การติดยาพบว่าไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่สามารถอธิบายการเสพติดติดยาได้อย่างสมบูรณ์จากการทบทวนตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆมีปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุของการติดยาซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor)** จากการศึกษาปัจจัยทางชีวภาพ ที่มีการเกี่ยวข้องกับติดยา คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและเพศ ปัจจัยด้านพันธุกรรมพบว่า การที่มียีนส์ทำหน้าที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่จะเกิดภาวะการติดยาแบบเป็นอันตรายหรือภาวะติดยา (Genetic Vulnerability) ซึ่งมีการพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางพันธุกรรม ที่มีผลต่อการติดยา เช่น โรคพิษสุราเรื้อรังในครอบครัว (Wedding, 1999 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำถ่าน, 2547) และพบว่าเด็กชายที่มีพ่อแม่เป็นโรคติดยา จะมีโอกาสเสพติดติดยาได้สูงกว่า ชายที่บิดาไม่เสพติดติดยาถึง 3 เท่า (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2543 ; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2545) จากการศึกษาในเด็กกลุ่มแฝด และบุตรบุญธรรมพบว่า เด็กในครอบครัวที่เป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง จะกลายเป็นผู้ป่วย โรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าฝาแฝดเทียม และลูกชายของครอบครัวที่ป่วยเป็น โรคพิษสุราเรื้อรังมีโอกาสเป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง ได้มากกว่า 4 เท่า ของครอบครัวที่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะดังกล่าวก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพของเด็กหรือการเลี้ยงดูของบิดา มารดาด้วย นอกจากนี้แล้ว กลไกการออกฤทธิ์ของสุราก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสพติดติดยา จากปัจจัยทางชีวเคมีและการทำงานของสมองพบว่า การติดยาหรือความต้องการอยากติดยาอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญคือ Endogenous Opioid และ Dopamine

โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยสุรา (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) และจากการศึกษาวิจัยทางเพศต่อการเสพติดสุรา ดันแฮม (Dunham อ้างถึงใน อวัสตา จันท์แสนตอ, 2541) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากกว่าปัจจัยอื่น เพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราได้มากกว่าเพศหญิง และเพศชายจะเกิดปัญหามากกว่าเพศหญิง และจากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราของปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่าการเสพติดสุราระหว่างเพศชายกับเพศหญิงมีสัดส่วนประมาณ 5:1 จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางเพศน่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ติดสุราได้

2. ปัจจัยด้านบุคลิกและจิตวิทยา (Personality and Psychological factors) เชื่อว่าการติดสุรามีผลมาจากความกังวลเล็ก ๆ ที่มีอยู่รอบ ๆ มีความขัดแย้งในใจ และกดความรู้สึกเอาไว้แล้วใช้สุราเป็นหนทางที่ลดความเครียดจากจิตใต้สำนึก เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจต่อกัน (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542 ; เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ซึ่งบุคลิกภาพของผู้ที่ติดสุราจะมีลักษณะปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง ความรู้สึกเป็นบาป รู้สึกไร้ค่า (Donald et al., 1996) นอกจากนี้แล้วผู้ที่มีความพิการทางร่างกายมีการใช้สุรา เนื่องจากรู้สึกคับข้องใจและโกรธต้องพึ่งพาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้รู้สึกเกลียดตัวเอง ขาดแรงจูงใจ รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำและมีอารมณ์ซึมเศร้า (Watt as cited in Frances & Frantefin, 1986 อ้างถึงใน ประไพ ทายาท, 2545) ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุเบื้องต้นของการดื่มสุรา หรือเป็นสาเหตุของการดื่มสุราจำนวนมากจนเสพติดสุรา บางคนดื่มสุราเพื่อข่มใจให้เกิดความกล้า และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อพบว่าการดื่มสุราของตนเองทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะทำให้มีการดื่มสุราต่อไป (Goadner. อ้างใน อวัสตา จันท์แสนตอ, 2541)

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural factors) ปัจจัยด้านสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา เชื่อว่าการติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นบริบทของบุคคล แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานทำ ภาวะยากจน ความขัดแย้งของคู่สามีภรรยา ความเครียดจากงาน เด็กมีการเรียนแบบพฤติกรรมผู้ใหญ่ หรือทำตัวให้เหมือนเพื่อนกลุ่มดื่มสุรา การมีเพื่อนในวัยเดียวกันดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการดื่มสุราในวัยรุ่น และพบว่าเด็กวัยรุ่นซึ่งมักดื่มสุราจัดมักมีเพื่อนสนิทดื่มสุราจัดเช่นกัน จากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่าการใช้สุราและการติดสุราในภายหลัง มีผลมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน ซึ่งเด็กเห็นบิดา-มารดา ดื่มสุรา ถือ

ว่าเป็นเรื่องธรรมดา เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า สาเหตุของการดื่มและการติดสุรานั้น มีปัจจัยเกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยด้านบุคลิกและจิตวิทยา โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดอิทธิพลต่อการติดสุรามากที่สุด

1.3 ผลกระทบและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

เนื่องจากสุราเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางหรือสมองโดยเฉพาะสมองส่วนที่ให้อารมณ์แก่ร่างกาย และระบบสารสื่อประสาทในสมอง จึงทำให้ผู้ใช้ติดต่อกันในช่วงระยะเวลาหนึ่งจะมีอาการติดหรือพึ่งพาสุรา การดื่มจนติดหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังนั้นจะส่งผลกระทบมากมายทั้งต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลกระทบแบบเฉียบพลันต่อร่างกายขึ้นอยู่กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด จากการศึกษาพบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ปฏิบัติการควบคุมตนเอง และการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นอกจากจะมีอาการดังกล่าวแล้ว ยังพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (hypoglycemia) มีอาการง่วงมึนงง ระบบหายใจถูกกด เป็นผลให้หายใจไม่ออก ถึงตายได้ (ชัชชาญแสงดี อ้างถึงในนิศานาถ โชคเกิด, 2545) สุราจะส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่สำคัญคือ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2543; บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ, 2534) เมื่อสุราเข้าสู่ร่างกายแอลกอฮอล์ประมาณ 1 ใน 5 จะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารที่เหลือจะดูดซึมที่ลำไส้แล้วส่งผ่านไปยังตับ และส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ ไม่เกิน 5 เปอร์เซ็นต์ จะขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะและลมหายใจ สุราจะทำให้เชื่อบุทางเดินอาหารระคายเคืองทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ รบกวนการดูดซึมอาหารและวิตามินทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร ในระยะยาวเนื้อตับจะถูกทำลายทำให้ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และมีไขมันมาสะสมที่ตับ ในที่สุดก็เป็นโรคตับแข็งทำให้มีอาการท้องอืด แน่นท้อง เบื่ออาหาร ตับมีไขมันและอาเจียนเป็นเลือดได้ และผู้ติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร

เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Nevid et al., 2000) ผลของสุราต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ในผู้ที่ดื่มจัดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (Alcoholic Cardiomyopathy) ผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ผู้ป่วยมีโอกาเป็นโรคปอดบวมหรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่าย ผลต่อระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงได้ในช่วงที่มี Acute Intoxication ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ & พันธศักดิ์ วรอัศวปติ, 2536) และส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเพศเปลี่ยนแปลงทำให้อัมตะม่อ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2543) ผลต่อการนอนหลับ พบว่าการดื่มสุราในระยะยาวจะทำให้วงจรการนอนเสีย นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับทั้งคืน และสำหรับผลต่อสมองและระบบประสาท เมื่อดื่มสุราในปริมาณไม่มากจะทำให้รู้สึกอ่อนคลาย อารมณ์ครั้นเครง เมื่อระดับแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการเมาสุรา เนื่องจากสุราจะออกฤทธิ์กดการทำงานของสมองทำให้ระบบประสาทวณเร ขาดสติสัมปชัญญะ เสียความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) และถ้าระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายสูงมาก ๆ อาจทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้ ในขณะที่ผู้ดื่มมีอาการเมาสุรานี้จะทำอะไรไปโดยไร้สติ เช่น ขับรถขณะมีเมมา ก่อเหตุทะเลาะวิวาททำให้มีปัญหา ด้านกฎหมายตามมา โดยเฉพาะผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และมีอาการเมมาสุราอย่างรุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชญากรรม การข่มขืนได้ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อ เอช ไอ วี สำหรับผู้ที่ดื่มสุราจัดมาเป็นเวลานาน ถ้าหากหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา (Withdrawal Symptoms) มีอาการสั่น (Tremor) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว บางรายอาจเป็นลมชัก และถ้าเป็น รุนแรง ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ มีอาการเพ้อมึนสั่น เรียกว่า Delirium Tremens ผู้ป่วยจะสับสน มีความผิดปกติของการรับรู้ การเข้าใจ มีอาการประสาทหลอน นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและถ้าไม่ได้รับการรักษามีอัตราการตายร้อยละ 20 (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ พันธศักดิ์ วรอัศวปติ, 2536)

ด้านอารมณ์ เนื่องจากสุราทำลายเซลล์สมองและระบบประสาทจึงส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยสุขภาพจิตในแต่ละประเทศเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตของสุรา (เทพินทร์ พิชรานุรักษ์, 2541) อาการของโรคทางอารมณ์ (Affective disorder) จะพบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า (Depression) มีรายงานว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดสุราจะมีอาการทางจิตอื่น ๆ และร้อยละ 50 จะมีอาการซึมเศร้า

(Weissman et al. 1980 cited in Brown, 1995) และพบว่าผู้คิดสุราจะมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย และฆ่าผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น (Barraclough, 1995 ; Rivara & Rushforth, 1997) จากการศึกษาของปริทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2541) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่คิดสุราพบว่าผู้คิดสุราร้อยละ 38.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ถือว่าควรจะไปพบแพทย์ ร้อยละ 7.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.4 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา ทวีชาชาติ (2528) ที่พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีกะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงและคะแนนความรู้สึกลบย่ำแย่ ให้ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าอยู่ในกลุ่มที่มีความเครียดทางจิตใจในระดับปานกลางและรุนแรง ส่วนผลกระทบทางสุขภาพและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรานั้น พบว่ามีปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมรุนแรง อุบัติเหตุ ปัญหาครอบครัว การงานและปัญหาเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา คนส่วนหนึ่งใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อดื่มระยะแรกอาจทำให้ลืมเรื่องราวที่ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะเกิดอาการเศร้าโศกเสียใจกับเรื่องราวที่จะลืม ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอาการฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและบุคลิกภาพผิดปกติ (เชิรชัชงามทิพย์วัฒนา, 2545)

ผลกระทบต่อครอบครัว จากผลกระทบของโรคพิษสุราเรื้อรังทำให้เกิดข้อจำกัด ความพร้อมทางด้านร่างกายหรืออวัยวะ ความพร้อมด้านสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์และความรู้สึก สมาชิกครอบครัวจะได้รับความเครียดโดยตรง จากพฤติกรรมต่าง ๆ (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) และเกิดความเครียดขึ้นอย่างเรื้อรังในครอบครัว (Bick, 1981 cited in Murray, 1998) การได้รับผลกระทบด้านอารมณ์นี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของครอบครัว และจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นถ้าสังคมมองว่าการมีผู้คิดสุราในครอบครัวเป็นเรื่องที่น่าอับอาย (Julian & Komblum, 1986 อ้างถึงใน จุลลิตย์ จันทร์ชมภู, 2546) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุตรของผู้ป่วยด้วย พบว่าบุตรของผู้คิดสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหากการดื่มสุรามากกว่าปกติ 4 เท่า รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วย (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2543) และพบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีบิดาป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่บิดาไม่ได้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (ปณินันท์ สกุตทอง, 2531)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ผู้คิดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากว่าผู้ที่ดื่มสุราประจำต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้สุรามาดอบสนองความต้องการของตนเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างอื่น และเมื่อดื่มสุราจัดคือดื่มทุกวัน บางคนดื่มตลอดเวลา รายได้จากการทำงานก็ลดลง เพราะขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เงินไม่พอใช้ในการซื้อสุรา จึงต้องไปเป็นหนี้สินคนอื่น ก่อความเดือดร้อนให้คนอื่น เป็นภาระและปัญหาสังคมใน

การดูแล และความปลอดภัยจากพฤติกรรมที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ต่อสังคมก็ลดน้อยลง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) เกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ สังคม โดยประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักกลับเป็นซ้ำอีก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้บางคนไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าญาติทอดทิ้งก็ตกเป็นภาระของสังคม

จากการศึกษาประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายประสบการณ์จากมุมมองของผู้ป่วยพบว่า ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับเป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการทางกายที่มีความสัมพันธ์กับการติดสุราและอาการขาดสุรา ความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์เกิดจากความละอาย ความรู้สึกผิด การใช้วิธีโกหกหรือการแก้ตัวเพื่อลดความเจ็บป่วยทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกเครียดและความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในและเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองตกต่ำและสิ้นหวัง ความทุกข์ทรมานจึงเป็นการเจ็บป่วยทางกายและทำให้เกิดความเจ็บป่วยในใจ ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยดื่มสุราในแต่ละครั้งก็เพื่อต้องการหนีจากความรู้สึกผิด ความรู้สึกละอายและความรู้สึกเกลียดตัวเอง ผู้ป่วยมองว่าตัวเองนั้นเลวลงในทุกๆด้าน ไม่มีกำลังที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง (Smith, 1998)

ผลของโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วยทำให้เห็นได้ว่าการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังประสบกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานกับข้อจำกัดทางกายจากอาการต่างๆ ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆของตนเอง มีบุคลิกภาพที่มีปัญหาในการปรับตัวสูญเสียความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม รวมทั้งการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว บทบาทหน้าที่ต่างๆ ทางสังคมหมดไปกลายเป็นภาระให้ครอบครัวและสังคมที่จะต้องดูแล

ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่ามีความคิดด้านลบต่อตนเอง เกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ หากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

การบำบัดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังสามารถเลิกดื่มสุราได้และกลับคืนสู่สังคม ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยมีขั้นตอนทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ (กรมการแพทย์, 2541 อ้างถึงใน ลำชา ลักษณาภิชนัชช, ม.ป.บ., น. 1-17)

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว ผู้ป่วยหลายรายจะไม่ยอมมารับการบำบัดรักษา จนกว่าจะรู้สึกว่าตัวเองควบคุมการดื่มสุราไม่ได้ ต้องดื่มใน

ปริมาณสูงหรือมีโรคแทรกซ้อนจากสุรา หรือถูกบังคับให้มารักษาโดยญาติหรือตำรวจ มีเพียงบาง ส่วนที่คิดว่าการติดสุราทำให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัว และสังคม ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคพิษสุราเรื้อรังให้สัมฤทธิ์ผลได้ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าตนเอง จำเป็นที่จะต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยจะต้องทำความเข้าใจและยอมรับที่จะเลิกสุราอย่าง จริงจัง และนอกจากตัวผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังแล้วจะต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ ใกล้ชิดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาก็เป็นสิ่งสำคัญและผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งขั้น ตอนนี้จะแล้วเสร็จภายใน 1-7 วัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สัมภาษณ์ สอบประวัติส่วนตัวในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุรา ประวัติ การเจ็บป่วย ประวัติการก่ออาชญากรรม เป็นขั้นตอนที่ทำความรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย โดยศึกษา ประวัติจากผู้ป่วย จากครอบครัวและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ตรวจร่างกาย คุสภาพร่างกายว่าทรุดโทรมมากน้อยแค่ไหน มีโรคแทรกซ้อน อะไรบ้าง ตรวจสภาพจิตว่าปกติดีหรือมีอาการทางจิต บุคลิกภาพเป็นแบบใด

1.3 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ

1.4 วิเคราะห์ปัญหา เพื่อวางแผนช่วยเหลือ เมื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ป่วย เพียงพอ และเป็นที่เชื่อถือได้แล้ว ต้องนำข้อเท็จจริงนั้นมาวินิจฉัย แยกแยะเป็นเรื่องๆ ไปวิเคราะห์ ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา การวิเคราะห์ทำให้ทราบจุดอ่อนของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร แล้ว จึงวางแผนการให้ความช่วยเหลือต่อไป ประเภทของปัญหาอาจแบ่งได้ดังนี้

1.4.1 ปัญหาสังคม เช่น ปัญหาปัจจุบันที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ได้แก่ ปัญหา ครอบครัวแตกแยกและ ปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถปรับตัวเอง เข้ากับครอบครัวและสังคม ไม่ยอมรับความเป็นจริง เป็นต้น

1.4.2 ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีความ เป็นอยู่ยากจน ขาดแคลนเงินทุนประกอบอาชีพ ว่างงาน เป็นต้น

1.4.3 ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ปัญหาความกดดันด้านจิตใจ การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การขาดความรักและความอบอุ่น ถูกชักจูงจิตใจได้ง่าย เป็นต้น

1.4.4 ปัญหาความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ปัญหาขาดความร่วมมือของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาหรือปัญหามุขลักษณะเป็นปมด้อยของผู้ป่วยอาจ ไม่ได้รับความร่วมมือในการบำบัดรักษา

1.5 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเพื่อที่ครอบครัวจะได้เป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยและให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อตนเองและ สังคมสิ่งแวดล้อมในสถานที่บำบัดรักษา

1.6 แนะนำถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการบำบัดรักษา โดยทำให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริง เข้าใจสภาพอันแท้จริงของตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยยอมรับในความเป็นจริงของตนเอง ทั้งจุดดีและจุดด้อย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่เป็นอยู่ได้ง่ายขึ้น

1.7 อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนการบำบัดรักษาเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ทำผิดซ้ำ ช้อนขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษาและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาด้วยเหตุและผล ย่อมทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเอง

2. ขั้นตอนพิษสุรา ขั้นตอนนี้เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการดื่มสุรา การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังถือว่าการถอนพิษสุรา เพราะเป็นการบำบัดอาการอยากสุรา หรืออาการขาดสุราเพื่อให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังสามารถผ่านระยะนี้ไปได้ โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนหรืออาการขาดสุราที่ทรามานมากเกินไป สามารถงดหรือหยุดการดื่มสุรา และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาต่อไปอีก

การถอนพิษสุราหรือการรักษาอาการขาดสุราในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จะมุ่งเน้นการบำบัดรักษาอาการวิตกกังวล อาการหลอนประสาท และที่สำคัญ คือ อาการชัก (Rum fit) และอาการคลุ้มคลั่ง (Delirium Tremens) ยาที่ใช้ในการรักษา คือ กลุ่ม Benzodizzepine เพราะสามารถลดอาการชัก มีพิษน้อย กดการหายใจและหัวใจน้อยกว่ายากลุ่มอื่น ลดอาการขาดสุราได้ ส่วนยากันชัก สามารถให้เพิ่มได้ตามแต่อาการ แต่ไม่ควรให้ระยะยาว เพราะอาการชักจะหายไปตัวเอง ยกเว้นแต่ในรายที่เป็นโรคลมชักมาก่อน ยาต้านอาการซึมเศร้าบางตัวนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้วยังลดอาการอยากดื่มสุราได้ เช่น Fluocetine, Fluvoxamine, Zimelidine Citralopam ระหว่างการรักษาควรให้ยาบำรุงประสาท ยาบำรุงตับ สารน้ำและน้ำเกลือแร่ร่วมไปด้วยโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะขาดสารน้ำและทุพโภชนาการ

3. ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาในขั้นนี้ถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรมเป็นหลัก วัตถุประสงค์หลักของการรักษาในขั้นนี้ คือ การป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานาน เนกว่าจะเห็นผลที่แท้จริง และยากที่สุดในการรักษาด้วยกัน ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้นานเท่าไร โอกาสติดซ้ำก็ยิ่งน้อยลง โดยทั่วไปถ้าพ้น 3 เดือน การติดซ้ำจะน้อยลง แต่ถ้ามากกว่า 1 ปี ผลการรักษาก็จะดีขึ้นอีก

การรักษาในขั้นตอนนี้จะใช้จิตบำบัด ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล อาชีวบำบัด ครอบครัวบำบัด การแก้ไขสภาพแวดล้อม และปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย ควรใช้กระบวนการเหล่านี้ร่วมกันไป ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบำบัดรักษาและผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป บางแห่งอาจให้การรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ โดยไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แต่โดยทั่วไปแล้วเรามักจะใช้รูปแบบที่ชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงหลักการและจุดมุ่งหมายของการรักษาอย่างชัดเจนและเป็นกระบวนการต่อเนื่องสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและ

การบำบัดรักษาหลาย ๆ อย่าง รูปแบบที่ใช้ในขั้นตอนนี้มีหลายแบบ เช่น ชุมชนบำบัด (Therapeutic Communities), คลินิกผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholic Anonymous), คลินิกผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous) แต่รูปแบบที่นิยมและใช้ผลค่อนข้างดีในประเทศไทย คือ ชุมชนบำบัด โดยมีหลักการดังนี้

1. ให้การยอมรับผู้ป่วยในสภาพที่เขาเป็นอยู่
2. การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ
3. ให้กำลังใจอย่างฉลาด
4. หลีกเลี่ยงความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย
5. สัมพันธภาพต้องเป็นไปด้วยความจริงใจ
6. ดำเนินถึงความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย
7. ใช้แนวทางของหลักธรรมเข้าเสริม

ชุมชนบำบัดเป็นการนำผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน ไม่ใช่การให้ชุมชนภายนอกเป็นผู้บำบัดรักษา การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยในชุมชนบำบัดจะถือว่าทุกคนเป็นสมาชิก ไม่ใช่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความผูกพันและสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการใช้การให้คำปรึกษา จัดบำบัด แบบรายบุคคล กิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ อาชีวะบำบัด มีการลงโทษและให้รางวัล และสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อให้สมาชิกเกิดแนวคิคมองเห็นคุณค่าตัวเอง มองเห็นจุดหมายของชีวิต รู้จักสำรวจตัวเอง มองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตัวเอง ยอมรับและแก้ไขด้วยความตั้งใจ อดทน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในทางที่ดีและถูกต้องอย่างมีเหตุผล และรู้จักภูมิใจในจุดดีและผลสำเร็จของตนเอง ฝึกตนเองให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม ให้รู้จักเคารพกฎเกณฑ์ของสังคม โดยใช้คุณธรรมและปรัชญาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งจะแยกเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. ให้สมาชิกรู้จักการสำรวจตัวเอง ยอมรับตัวเองตามความเป็นจริงทั้งจุดดีและจุดบกพร่อง นั่นคือ ให้สมาชิกรู้จักภูมิใจในจุดดีของตนเอง และให้ยอมรับและแก้ไขจุดบกพร่องด้วยความเต็มใจ
2. ให้สมาชิกได้ศึกษาการเรียนรู้ในการเผชิญกับปัญหา และแก้ไขปัญหาคด้วยเหตุและผล
3. ให้สมาชิกได้เกิดทักษะในการฝึกตนเองให้อยู่กับปัจจุบันไม่อยู่กับอดีต และเพื่อฝันในอนาคต
4. ให้สมาชิกเกิดทักษะในการยอมรับกฎเกณฑ์ของสังคม ฝึกตนเองให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม

5. ให้สมาชิกเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น รู้จักเคารพสิทธิ เสรีภาพ ของกันและกัน

4. ขั้นการติดตามหลังการรักษา การติดตามหลังจากการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ แล้ว ถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายและเป็นขั้นที่สำคัญ ซึ่งหมายถึง การติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษา และที่สำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้ติดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้คิดสุราที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งสุราอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1-5 ปี ซึ่งวิธีการติดตามหลังรักษา สามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

4.1 วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถาม ผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามวิธีโดยตรง มีหลายแบบ เช่น

4.1.1 นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยไม่ มาตามนัดบ่อยมาก แต่สะดวกต่อสถานพยาบาล

4.1.2 ไปพบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้าหรือ ไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคนและงบประมาณ

4.1.3 นัดพบกันครั้งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่สถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบกันครั้งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า วัด เป็นต้น

4.1.4 นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะ นายจ้างอาจไม่ชอบให้มีการรบกวนเวลาทำงาน ผู้ป่วยเองก็อาจไม่ยอมให้ผู้ร่วมงานทราบว่ายังอยู่ในขั้นตอนการรักษา ดังนั้นการนัดหมายแบบนี้จะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพอิสระมากกว่า

4.2 วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามจะไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พุคคุยโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะแนวทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนขึ้นตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

เซลิเกแมน (Seligman, 1975 cited in Fortinash & Holiday-Worret, 1996) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงถึงความหมดหวัง เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้ยอมจำนนต่อสถานการณ์นั้น และแสดงออกเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจมีระดับรุนแรงขึ้นจนถึงซึมเศร้า

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

อรพรรณ ถิอนุชวัชชัย (2545) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดโดยแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบต่อทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการที่บุคคลมีความเบี่ยงเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ยังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน มีหลายทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้

1. ทฤษฎีชีวภาพ (biological theories)

ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษา คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบ พบเพียงร้อยละ 14 และมีการศึกษา พบว่าถ้าบิดา มารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และหากเป็นทั้งคู่ เด็กจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโร โทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ ซาโน (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโร โทนิน จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับ โรคสมองเสื่อม

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียในเชิงชีวิตจริงหรือเพียงสูญเสียในมโนภาพก็ได้ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รักที่พึง การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณอายุราชการ หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544) ฟรอยด์ อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ และ มีความเชื่อว่า สาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจาก ความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

3. ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง Seligman (1974) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

ซัลลิแวน (Sullivan) เชื่อว่า ความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

4. ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) นอกจากนี้ Beck (1979) กล่าวว่าความซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการ ได้แก่

1. รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิด ขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และมีความคิดด้านลบต่อตนเองส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองประสบมาจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้า ชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีแต่ปัญหาอุปสรรค ก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็นปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีด้านปัญญา สามารถให้กา ช่วยเหลือ และป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะ ทำความกระจ่าง และช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกทดแทน จะเป็นผลให้วงจรของความซึมเศร้าถูกตัดไป ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck et al, 1979)

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยของ Dobson (1989) ; Gloaguen et al. (1998) ; Harrington et al. (1998) ; Reinecke et al. (1998) พบว่าจากทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีปัญญานิยมนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; สมพร บุษราทิจ และเชิรรัช งามทิพย์วัฒนา, 2542; Covi et al., 1982; Dobson,1989; Fennell,

1990; Harrington et al., 1998; Reinecke et al., 1998; Haaga et al., 1999; Wright & Beck, 1999; Palmer & Szymanska, 2000)

2.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าและระดับของภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ การประเมิน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์และสังเกต และการประเมินโดยใช้แบบสอบถามในการประเมินตนเอง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีดังนี้ (Beeber, 1996 : Yonkers & Samson, 2000 : Kaplan & Sadock, 1989 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีทา, 2536) คือ

ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีสัมภาษณ์และสังเกต

1. Hamiton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้น โดย Hamiton ในปี ค.ศ. 1960 ได้มีการปรับปรุง ต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ซึ่งเน้นความสำคัญของอาการและอาการแสดงของพฤติกรรมและอาการทางกาย แบบประเมินนี้สร้างเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระยะแรกๆ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้น โดย Montgomery & Asberg ในปี ค.ศ. 1979 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและการใช้เครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ที่สุด

3. Bech-Rafaelsen Melancholia Scale แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเมื่อปี 1980 ซึ่งเป็นการปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Hamilton ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.82 - 0.93 แบบประเมินนี้จะเน้นหนักอาการทางจิต

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

1. Zung Self-Rating Depression Scale สร้างขึ้น โดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor disturbance) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1- 4 คะแนน

คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0- 80 คะแนน แบบประเมินจะแบ่งข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ อย่างละเท่าๆ กัน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.73 ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale สร้างขึ้น โดย Radloff ในปี ค. ศ. 1977 และพัฒนาขึ้น โดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาปรับปรุงและรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า จากการศึกษานี้ของไวส์สมา, ซอโลมสกาส, พอทเทนเจอร์, พรูสอфф และลอร์ด (Weissma, Shoiomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke อ้างถึงในอัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) พบข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้น โดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์ จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเองได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามความซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว (sense of failure) การไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดหวังว่าจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide ideation) การร้องไห้ (crying) การหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation)

อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง (unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (work inhibition) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และการขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido)

ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่าง ๆ กัน ตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะแตกต่างกันออกไป Beck (1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณะของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

2.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น จะมึอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลงและฉุนเฉียวง่าย

2.2 ด้านปัญญา ผู้ที่มีความซึมเศร้า ประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง คำหุนหันเหินตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องคำหุนและลงโทษ มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และมองภาพลักษณะตนเองบิดเบือนไป ส่วนด้านกระบวนการความคิดจะมีความสนใจกับแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

2.3 ด้านแรงจูงใจ ผู้ที่มีความซึมเศร้า สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยง่ายและต้องการแยกตัวเองจากสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้งสังคมทีละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ

ใจ สงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อนและละทิ้งสังคม หรือต้องการที่จะตาย

2.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ที่มีความซึมเศร้ามีความอยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ มีความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลดและมีความเชื่อว่าตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติ ด้านประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายมาก จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉยๆ ในท่าเดิมนานๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เจ็บซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิด หรือประสาทหลอน

ในการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า เบ็ค ได้พัฒนา และศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม โดยทดสอบกับหลายๆ กลุ่มตัวอย่าง หลายๆ ประเทศ และได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1987 as cited in Spreen & Strauss, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ระดับของภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 ระดับ ได้แก่

คะแนน ๑-9 คือ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range)

คะแนน 10-15 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (minimal depression)

คะแนน 16-19 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)

คะแนน 20-29 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)

คะแนน 30-63 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย เช่น เอี่ยมเดือน เนตรแขง (2541) ได้นำแบบประเมินไปประเมินกับกลุ่มผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายสามารถประเมินซ้ำได้ มีความเที่ยงตรงและเป็นที่ยอมรับ

2.3 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีหลายรูปแบบซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ก. การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการ ไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาซึมเศร้า ขนานที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ กินเกินขนาดไม่เสียชีวิต เริ่มโดยใช้ขนาด 20 มก. ให้กินวันละ 1 มื้อหลังอาหารเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย หรือ วิตกกังวลมากร่วมด้วยอาจให้ diazepam 2 มก. กิน เช้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก หากมีอาการนอนไม่หลับอาจให้ amitriptyline 10 มก. หรือ diazepam 2-5 มก. กินก่อนนอน

ในระยะนี้ ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น ไม่มากควรเพิ่มขนาดขึ้นจนถึง 40-60 มก./วัน หากให้นาน 4 สัปดาห์แล้วยังไม่ตอบสนองอาจเปลี่ยนยาแก้ซึมเศร้าขนานอื่น

ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยนั้นการรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วค่อยๆ ลดยาลงจนหยุดยา

ข. การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่า หากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษา ขณะลดยาหากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้เพิ่มยาขึ้นแล้วลงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือนแล้วลองลดยาใหม่

ค. การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง ระยะเวลาให้ยาป้องกันอย่างน้อยควรนาน 2-3 ปี จากนั้นจึงประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่ ถ้าเป็นมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้ยานานอย่างน้อย 5 ปี

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในปัจจุบันการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าใช้กันน้อย เพราะยาใช้รักษาได้ผลดีมาก และสะดวกกว่ามาก การช็อคไฟฟ้ามักใช้รักษา ในกรณี ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงโดยเร็ว การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดน้อยลงตามไปด้วย

2.2 ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาแล้วไม่ได้ผล

2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิตร่วมด้วยและเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง และ ประสาทหลอน การรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าชุกหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง

3. การรักษาด้วยจิตบำบัด

สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ในระดับรุนแรงการรักษาด้วยจิตบำบัดอาจยัง กระทำได้ยาก แต่ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการผู้ป่วยรุนแรงน้อยลงการ ใช้จิตบำบัดจะช่วยให้ได้มาก โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ได้เรียนรู้ในการจัด การปัญหาหรือความไม่สบายใจของตนเองในแนวทางที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของ ตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

4. การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยใช้หลักการดังนี้

4.1 การยอมรับผู้ป่วย โดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะ สมเพียงใด พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

4.2 พยาบาลใช้เทคนิคและคำพูด และท่าทีที่แสดงถึงความเห็นใจ และเข้าใจใน ปัญหาของผู้ป่วย

4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และความทุกข์ของคน พยาบาลรับฟังสิ่งที่ ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น การ สนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

4.4 ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การปรับตัว และ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

4.5 การป้องกันอันตราย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วยและจัด สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

4.6 การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอนให้คำปรึกษา และการฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

4.7 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขอนามัย ของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ

4.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว วาง แผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและแหล่ง บริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

5. การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

การบำบัดทางปัญญา พัฒนาขึ้น โดย เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (จันทิมา องค์กรโฆมิต, 2545 ; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) วิธีการบำบัดจะสอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดดำเนินการดังต่อไปนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต , 2543)

1. บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
2. สอนให้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม
3. ทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
4. ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ทดแทนความคิดที่บิดเบือน
5. เรียนรู้และแยกแยะที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดที่ผิด

วิธีการรักษานี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามักมีปัจจัยเหตุมาจากความคิดและจิตใจของบุคคล ซึ่งการรักษาด้านจิตใจที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ทำให้เป็นที่ยอมรับว่าเป็นการรักษาแบบมาตรฐานวิธีหนึ่งทางจิตเวช (สมพร นุชราทิจ และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542 ; Gloaguen et al., 1998)

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า มิได้เกิดเฉพาะที่มีอาการซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วม (comorbid) ตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540: อุมพร ตรีงคสมบัติ และคุดสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2535: Chaput et al., 1998) ดังนั้นหากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบได้

1. ผลกระทบด้านความคิด ก่อให้เกิดความยากลำบากในการคิด ตัดสินใจ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ
2. ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง ซึมเศร้า เบื่อหน่ายหรืออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย
3. ผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว

4. ผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

5. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ

6. ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้านอกจากจะพบได้ในผู้ป่วยทั่วไปแล้วยังพบได้ในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเวช (ปีทมา โทหเจริญวนิช, 2533) จากการสำรวจความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราของ ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2542) พบว่าร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของมุลเลอร์และคณะ (Muller et al., 1994) ยังพบว่าการติดสุราและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เป็นอาการสำคัญในผู้ติดสุราโดยพบได้ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 70 และจากการศึกษาของเบริกและ คอนนอร์ส (Barick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการติดสุราและลดการกลับไปดื่มสุราถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่เริ่มแรกก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของฮาซินและคณะ (Hasin et al., 1996) ศึกษาถึงผลกระทบของความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตลอดระยะเวลา 5 ปี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำนวน 127 รายพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยหากระดับความซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่ม โอกาสของการหายจากการติดสุราเรื้อรังและการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และพบต่อไปอีกว่านอกจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำแล้ว ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุรายังส่งผลต่อการฆ่าตัวตายอีกด้วย ทำนองเดียวกับการศึกษาของ ประเวศ ดันดิพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2542) พบว่าภาวะซึมเศร้าและการติดสุราเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 50

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตและการเกิด

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยเกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Beck, 1967) สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมิได้ตั้งแต่ปฏิบัติการที่เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ และภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุราหรือฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองโดยตรง (Lahman อ้างถึงในเรียรัชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2545) เนื่องจากสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองมีการลดลงของซีโรโตนิน หรือนอร์อิพิเนพรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Davies, 1998 ; Delgado & Morance cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002)

นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานยังมีผลทำให้เกิดปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ สุขุเสียบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัวและสังคม (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) เมื่อดื่มสุราเป็นประจำไม่สามารถหยุดได้ จึงต้องเสียเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้คุณค่าในตนเองลดลง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และรู้สึกว่าจะไม่มีความหวังต่ออนาคตเนื่องจากจะมีโอกาสกลับไปดื่มสุราก็ได้สูง มักล้มเหลวในการรักษา (สมภพ เรื่องตรกูล, 2543) มีการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วยยาวนาน (Rawlins et al., 1993) มีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดภาวะเครียดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง จากการรู้สึกผิด ไร้พลังอำนาจ โทษตัวเอง รู้สึกเสียคุณค่า เสียภาพลักษณ์ของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ ปังจยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลงเกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆตามมา (เรียรัชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2545)

จากการศึกษาของเอี่ยมเดือน เนครแซม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 67.67 เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดาคว่าจะถูกลงโทษ การดำเนินตนเอง การรู้สึกถึงความล้มเหลวในชีวิต

จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อพิจารณาแล้วสาเหตุหลัก ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังคือการมีความคิดด้านลบซึ่งเป็นรูปแบบของความคิดที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการตามแนวความคิดของBeck (1967) คือการที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีความซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถาน

การณ์ต่างๆ เต็มไปด้วยอุปสรรคเมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะแปลเหตุการณ์นั้นๆ ไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง

จากข้อมูลที่พบจะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจหากสามารถคัดกรองและให้การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ก็จะช่วยให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำและลดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา

2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จะต้องรวมทั้งการพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งจะต้องประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อย่างมีระบบต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด ดังนี้

1. การป้องกันอันตรายผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้านักอยู่เฉยๆ ทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย เช่น ท้องผูก อาหารไม่ย่อย
3. การนอนหลับและพักผ่อน จัดสภาพแวดล้อมให้นอน ถ้าจำเป็นใช้ยานอนหลับตามแพทย์สั่ง และในตอนกลางวันจัดให้ได้นอนในช่วงสั้นๆ
4. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ความเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย การยอมรับในตัวผู้ป่วย พยาบาลรับฟังและใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองไม่ตัดสินใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
5. สอนให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อปัญหา รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
6. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้แยกแยะความรู้สึกความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง
7. ให้แรงเสริมเมื่อผู้ป่วยพูดถึงตนเองในด้านดี
8. ในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยต้องแสดงท่าทีเป็นมิตร ใจเย็น ไม่เร่งรีบให้ผู้ผู้ป่วยตอบคำถาม และให้เวลาเพราะผู้ป่วยซึมเศร้านักจะคิดและพูดซ้ำ
9. ควรกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่นๆ

10. จัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมจะได้ใช้เวลาหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง โดยจัดตารางกิจกรรมประจำวันและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

11. การให้คำปรึกษา เน้นเรื่องการปรับตัวการแก้ไขปัญหาทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

12. การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่นการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในสังคม

13. จัดกิจกรรมพยาบาลสำหรับด้านจิตวิญญาณ เช่นการสวดมนต์ หรือกิจกรรมต่างๆ ตามแต่ละศาสนา

14. จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติระหว่างญาติและผู้ป่วย

15. ถามถึงแหล่งที่เคยช่วยเหลือ และวิธีการให้ความช่วยเหลือ โดยกระตุ้นให้คิด เช่น สิ่งที่ยอดสนับสนุนในครอบครัว สิ่งไหนขี้รังจืดใจ ค้นหาความสามารถในอดีต มองที่พบปัญหาแต่แย้งกว่า เป็นต้น

16. การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา

การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายนั้น ใช้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงของการถอนพิษสุรา ร่วมกับการใช้วิธีการช่วยเหลือตามวิธีของการพยาบาลจิตเวช แล้วแต่พยาบาลผู้นั้น ปฏิบัติงานอยู่ในขั้นตอนใดของการช่วยเหลือผู้ป่วยจะนั้นพยาบาลควรมีความสามารถในการช่วยผู้ป่วยโดยวิธี จิตบำบัดเป็นรายบุคคล (individual psychotherapy) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) พฤติกรรมบำบัด (behaviour therapy) กิจกรรมบำบัด (group therapy) และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นต้น

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ สำหรับบุคคล โดยสรุปรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกันคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนา และใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

คารณี จามจรี (2545) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำ ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจ มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งหวังในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถกระทำการกิจต่างๆได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่างๆด้วยตนเอง

จากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลโดยการมุ่งเน้นการนำศักยภาพทางปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จตามความต้องการ

4.2 ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆสามารถสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ดังนี้

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2546) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อนคือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจและความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียดความสนใจและจุดแข็งได้แก่ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ครอบคลุมถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ทักษะการมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

Rodwell (1996) กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ตัดสินใจร่วมกันโดยใช้ทรัพยากร การใช้โอกาสและอำนาจตามที่รับมอบหมาย รวมทั้งอิสระในการสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือความไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน การให้ความรู้และสนับสนุน การมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการพยาบาลที่ใกล้ชิด การสร้างความร่วมมือที่เหมาะสมรวมถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ส่วนผลลัพธ์คือความนับถือในทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ความรู้สึกการควบคุมชีวิตของคนและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกความหวังต่ออนาคต

คารณี จามจรี(2545) ได้สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังเป็นขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การค้นหาสภาพการจริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครรถองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะทำให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and KavooKjan, 2000: 6) รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995)

3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการจริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995: 1203)

4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลถึงการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจ และสามารถประเมินการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ที่มองเห็นว่า สิ่งเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสม ต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาล คือ การร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งมีหลายวิธีการขึ้นอยู่กับแสวงหาแนวทางแก้ไข

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วม การได้การเสริมสร้างความมั่นใจ กำลังใจ และแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การให้ความรู้และการเอื้ออำนวยทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วย คือ เพิ่มความสามารถในตน เพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบการควบคุมตนต่อการดำเนินชีวิต มีความคิดทางบวก การนับถือตนเอง และสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยได้

4.3 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ดังนั้นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังคือ (คารณี จามจรี, 2545)

1. การปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วยปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบด้านลบอันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบด้านลบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจเหล่านี้คือ

1.1 การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดกับตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ห้อแท้ และเครียด นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ให้ในลักษณะแบบชุดของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติตาม แม้จะทราบดีว่าเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการของตนอย่างเพียงพอ การเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่สามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ มากมายในการเจ็บป่วยทั้งจากอาการที่เกิดจากการป่วยที่เป็นอยู่ และการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆที่เคยมี รวมถึงการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมของตนเอง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และการทำงาน การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเอื้ออำนวยการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า รวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาระการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยได้

บทบาทของพยาบาล คือ การช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงอิทธิพลของคนในครอบครัวในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย ยิ่งความผูกพันในครอบครัวมีสูงและแสดงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย จะยิ่งทำให้สภาวะทางจิตใจทางผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลสามารถให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการพัฒนาทางการสื่อสาร เพิ่มการแสดงออกและการสนับสนุน รวมถึงการดูแลการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยและช่วยทางด้านสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีสภาวะที่ดีและความรู้สึกถึงการควบคุม

1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและตนเอง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่สมรรถภาพร่างกายแย่ง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ความรู้สึกสูญเสีย และความรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความนับถือในตนเองต่ำลง อันจะนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่เชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสภาวะที่ดีในผู้ป่วย

1.4 การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้วยคำพูด ท่าทางการแสดงออก พยาบาลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงถือได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยเองก็คาดหวังการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน สิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ความระมัดระวังในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ การแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทีต้องอยู่บนพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.5 การป้องกันการไร้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ปังจัยเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน จะทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ แม้บางครั้งไม่เห็นด้วยกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เนื่องจากขัดกับวิถีชีวิตของตนก็ไม่กล้าที่จะซักถามหรือโต้แย้ง

บทบาทของพยาบาลนอกจากสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจต่างๆ ในผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้วยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งอยู่ในสถานะสูญเสียอำนาจให้ได้รับและใช้อำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง

2. การปฏิบัติการพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่ดำเนินถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.1 การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยตรงต่อสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีอำนาจและอิสระที่จะสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่พวกเขาปรารถนาจะทำ

2.2 การยอมรับการเป็นหุ้นส่วน คุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาความเชื่อด้านบวกในตนเองและอนาคต สามารถสร้างทางเลือกทางด้านสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นตั้งคำถามและสร้างความตระหนักขึ้นภายในการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ค่านิยม และการมองโลกของผู้ป่วย

2.3 การให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเองไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและใช้ทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงการควบคุมและความสามารถในตนเอง

2.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยที่ฝ่ายหนึ่งมองว่าอีกฝ่ายหนึ่งด้อยกว่าหรืออีกฝ่ายหนึ่งเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาล .ล ผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องเป็นไปในลักษณะที่มีประโยชน์ร่วมกัน ต้องมีส่วนร่วมในการกระทำ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของความร่วมมือ(Collaborative process) ประกอบด้วย

2.4.1 การรับฟังผู้ป่วย (Listening to the client) สิ่งสำคัญประการแรกคือพยาบาลควรที่จะรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ (Active listen) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล และผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์การรักษากายของผู้ป่วย ในกระบวนการนี้พยาบาลจะได้รับรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย และสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้

ป่วยเริ่มที่จะเข้าใจความหมายลึกๆ ที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา โดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะเริ่มที่รับรู้ถึงความเชี่ยวชาญ ความต้องการของตนเอง

2.4.2 การสนทนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory dialogue) พยาบาล ผู้ป่วย สนทนาอย่างมีส่วนร่วม โดยเริ่มจากประสบการณ์การรักษาและสุขภาพของผู้ป่วย การตั้งคำถามของพยาบาลจะทำให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและผูกมัดตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2.4.3 แบบการรับรู้ (Pattern recognition) ผลจากการสนทนาอย่างมีส่วนร่วมทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้ถึงความจริงที่เกิดขึ้น อันเป็นผลเกิดจากการสำรวจ ตรวจสอบ และร่วมกันสร้างสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจได้ค้นพบวิถีทางใหม่ในการที่จะจัดการกับสภาพของตนเองและพยาบาลก็อาจจะพบรูปแบบของพฤติกรรมซึ่งอาจจะเอื้ออำนวยหรือซ่อนอยู่ในศักยภาพของผู้ป่วยในการที่จะรักษาตนเอง ด้วยการสะท้อนกลับอย่างมีวิจารณญาณ พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกภายในตนเองของผู้ป่วยและเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตน

2.4.4 ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นในสิ่งที่ต้องกระทำและการเปลี่ยนแปลงทางบวก (Envisioning action and Positive change) เมื่อผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงแบบแผนชีวิตและประเมินเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพของสิ่งที่ตนเองต้องกระทำ และเปลี่ยนแปลงทางบวก ทำให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาล ได้มากขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำ สะท้อนผลของการกระทำและกระทำต่อไปบนสิ่งใหม่ที่ได้เรียนรู้

2.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะแหล่งทรัพยากรเพื่อดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพความรู้และทักษะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะแสดงออกถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูลและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเอื้ออำนวยการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จ

2.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าแก่ตนเองเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการนำชีวิตตน ไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตและเชื่อว่าชีวิตที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสภาวะที่ดีในผู้ป่วย

5. แนวคิดและกระบวนการบำบัดทางปัญญา

การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้น โดย (Beck, 1976) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติด้านความคิดและอารมณ์ เขาเริ่มนำการบำบัดทางปัญญาไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพฤติกรรมนิยมยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541)

ต่อมาในปี ค.ศ.1979 เบ็ค และคณะ ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า (Cognitive model of depression) อธิบายถึงปัจจัยเหตุและนำสู่การรักษาภาวะซึมเศร้า ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความคิดในเชิงลบที่มีต่อการมองตนเอง มองโลกหรือสิ่งแวดลอม และอนาคต (Cognitive triad) แบบแผนความคิด (Schema) และการมีความคิดที่บิดเบือนไป (Cognitive error) โดยอธิบายตามรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าได้ว่าประสบการณ์ครั้งแรกๆ ในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตัวเองและสิ่งแวดลอม ภายหลังโครงสร้างทางความคิดเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การแปลความ และการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งในบุคคลที่จะเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตที่เจ็บปวด ประสบกับเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นประสบกับปัญหาทางอารมณ์ เรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ปรับตัวไม่ได้ มีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ เกิดความเสียดสมคลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ต่อมาเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนสถานการณ์ ไปในทางลบเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการคิดที่บิดเบือนไปทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดลอมหรือโลก และอนาคต หรือเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และได้เสนอแนวคิดของการบำบัดทางปัญญาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าขึ้นมา ซึ่งปรากฏว่าการบำบัดด้วยการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเบ็ค และคณะ นั้นได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย เนื่องจากการบำบัดโดยการบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541; สมพร นุชราชิจ และเชียรชัย งามทิพพัฒนา, 2542; Gloaguen et al., 1998; Wright & Beck, 1999)

เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) ได้ให้ความหมายของการบำบัดทางปัญญาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการคิดที่บิดเบือนไปทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดลอมหรือโลกและอนาคต ที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบ ดังนั้นการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า หมายถึง จิตบำบัดอย่าง

มีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดชัดเจนในระยะเวลาสั้น โดยการบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า คือ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางปัญญา

การบำบัดทางปัญญา มีแนวคิดพื้นฐานว่าอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้และแปลสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และได้มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางปัญญา (Beck et al., 1979) ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้และการเรียนรู้ของประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการคิดทบทวนซ้ำและตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล
3. การประเมินสิ่งเร้าของบุคคลมีผลต่อความคิดและจินตภาพ
4. ความคิดของบุคคลเป็นระดับที่อยู่ในจิตสำนึก สามารถรับรู้ได้ ซึ่งความคิดของบุคคลจะแสดงถึงลักษณะของบุคคลนั้น สิ่งแวดล้อมหรือโลกของเขา และอดีตที่เขาประสบมารวมทั้งแนวโน้มในอนาคต
5. การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม
6. วิธีการบำบัดด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบือนไป
7. การปรับเปลี่ยนความคิดสามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางปัญญา

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางปัญญา (Beck et al., 1979) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ต้องเกิดจากความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยผู้รับการบำบัดต้องเข้าใจและยอมรับในการเป็นสมาชิกของกลุ่มที่จะร่วมกันในการแก้ไขปัญหาค
2. ใช้ระยะเวลาสั้น สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการพึ่งพาตนเอง
3. มีโครงสร้างและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน
4. ผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคที่เหมาะสมกับตนเองมากกว่าที่จะใช้การ โน้มน้าวหรือการสอน
5. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึงโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อจากสมมติฐานที่สามารถตรวจสอบได้อย่างเปิดเผย
6. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึงวิธีการทางความคิดและวิธีการทางพฤติกรรม เช่น ทักษะที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติและการนำไปใช้ในภาวะแวดล้อมของผู้รับการบำบัด โดยผ่านการมอบหมายงานแบบให้กลับบ้าน เป็นต้น

ขั้นตอนการบำบัดทางปัญญา

ขั้นตอนการบำบัดทางปัญญา ประกอบด้วยวิธีการ 4 ขั้นตอน (Beck et al., 1979) ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติและความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ในระยะแรกๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำตรง มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงเพียงใด ผู้บำบัดใช้วิธีการ โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบกับสถานการณ์ต่างๆตามความเป็นจริง ทำให้มีโอกาที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสมหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความคิดที่สมเหตุสมผล ตรงความเป็นจริง มีวิธีการดังนี้

3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดปัจจัยเหตุของปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้า สถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้รับการบำบัดกำหนดตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง

3.1.2 ผู้บำบัดตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่ามีปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่ร่วมกันก่อให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัด

3.1.3 ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าปัญหามีสาเหตุได้ทั้งจากตัวผู้รับการบำบัดเองและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

3.1.4 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3.1.5 ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนนความรับผิดชอบใหม่อีกครั้ง หลังจากผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดฝึกคิดตามวิธีการในการปรับเปลี่ยนความคิด

3.2 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง ปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่อาจรวมก่อให้เกิดปัญหา ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้าง ถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก ต่อมาผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจึงร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

วิธีการบำบัดทางปัญญาเป็นวิธีการที่ใช้กับผู้รับการบำบัดที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและเชื่อมโยงว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง มีความคิดตำหนิตนเองอย่างสูง และคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเอง วิธีการนี้ไม่ใช่เป็นการปิดความรับผิดชอบแต่เป็นวิธีการเพื่อแสดงให้ผู้รับการบำบัดเห็นอย่างชัดเจนว่า นอกเหนือจากตัวของผู้รับการบำบัดเองแล้วนั้น ยังมีปัจจัยภายนอกอีกมากมายที่ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้รับการบำบัดอาจมีความคิดตำหนิตนเองไม่ลดลง แต่อย่างน้อยที่สุดผู้รับการบำบัดจะสามารถค้นหาแนวทางในการกอบกู้สถานการณ์เลวร้ายที่เผชิญอยู่ หรือป้องกันไม่ให้สถานการณ์อย่างเดิมเกิดขึ้นอีก

4. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

จากขั้นตอนต่างๆ ทั้ง 4 ขั้นตอน ของการบำบัดทางปัญญามีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งลักษณะรายบุคคล คู่สมรส ครอบครัวและกลุ่ม (Rush & Beck, 2000)

การบำบัดนั้นไม่กำหนดระยะเวลาและความถี่ของการบำบัดแต่ละครั้งที่แน่นอน แต่จะวางแผนการบำบัดและกำหนดวัตถุประสงค์ในการบำบัดแต่ละครั้งตาม โครงสร้างของการบำบัดทางปัญญา ซึ่งการบำบัดทางปัญญาเป็นจิตบำบัดระยะสั้น อาจกำหนดจำนวน ครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4-20 ครั้ง (Fennell, 1990; Wright & Beck, 1999 อ้างถึงใน อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546)

ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) กล่าวว่า ความคิดอัตโนมัติในทางลบเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ตลอดเวลา จากการทำบุคคลมีการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบหรือความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงเพื่อลดหรือป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางปัญญา เป็นจิตบำบัดตามแนวคิดของทฤษฎีปัญญานิยมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางปัญญาให้เกิดความคิดที่เหมาะสม ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดคือการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ชีวิตที่บิดเบือนในทางลบ ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงตามความเป็นจริง โดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความ

คิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด 4) การค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา ซึ่งสามารถลดหรือป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้คือ

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

จากแนวคิดและผลการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์นิ จามจรี (2545) ซึ่งมีอยู่ 6 ขั้นตอน และได้นำกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al.(1979) มา ผสมผสานไว้ในกิจกรรมขั้นตอนที่ 2, 3, 5 และ 6 โดยขั้นตอนของโปรแกรมทั้งหมดมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการ ดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้รู้จักและมีปฏิสัมพันธ์กัน สร้างแรงจูงใจ ในการเข้าร่วมกลุ่ม และบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การมีสัม พันธภาพระหว่างบุคคลช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกซึมเศร้า สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ สึกกันได้ มีความรู้สึกในทางบวกต่อตนเอง(Devito, 1995 อ้างถึงใน สุกัญญา พิระวรรณกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริงและตัดสินใจได้ถูกต้อง (Gibson, 1995)

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยค้นหาปัญหาและความคิดใน ทางลบซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยให้ ทบทวนความคิดอัตโนมัติด้านลบของคน และบันทึกความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเพื่อนำไปสู่การ แก้ปัญหา การทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ช่วยให้เข้าใจถึงแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของบุคคล (Stapleton, 1997)

3. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตาม ความเป็นจริง สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ตรวจสอบความคิดในด้านลบที่เป็น สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจของตนเองซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่ามีความเหมาะสม หรือ ไม่ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสรุปสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า และทบทวนว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น กับตนเองตามความเป็นจริงและตัดสินใจได้ถูกต้อง (Gibson, 1995) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยยอมรับสภาพที่แท้ จริง โดยมีความคิดต่อตนเองในด้านบวก ทำให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ ทักษะและแหล่งพลังอำนาจ ที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบให้มีความคิดเหมาะสม ตามความเป็นจริง และดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้รู้สึกมี

พลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้บุคคลได้รับความรู้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orem cited in Hanucharumkul, 1998 อ้างถึงใน ลัทธมมี บุญธรรม, 2540) หากผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นเหมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542)

5. การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนตรวจสอบสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันค้นหาแนวทางและวางแผนจัดการกับสิ่งนั้น ให้ผู้ป่วยได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้และเขียนไว้ในแบบบันทึก พยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอแนวทางที่เหมาะสม เป็นไปได้ ให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

6. การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยทบทวนถึงความคิดทางลบที่ได้บันทึกไว้ การบันทึกเป็นสิ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการทบทวน ไตร่ตรองเกี่ยวกับตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (กุลระวี วิวัฒชีวิน, 2541) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหากผู้ป่วยมีความคิดในทางลบต่อไปจะเกิดผลลัพธ์อย่างไร ต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับความคิดทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ โดยให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่มีความคิดและความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองนั้นจะส่งผลถึงการลดระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ (Gordon, 1999 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บูรณสมภพ, 2547)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุนิตย์ จันทร์ชมพู (2546) ได้ศึกษาปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามการรับรู้ตนเองและภรรยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน พบว่าปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยทำให้รู้สึกเครียด ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยคือ ปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรมลงและพยายามเลิกสุราแต่ไม่สำเร็จ สำหรับการรับรู้ของภรรยาผู้ป่วยคือ ปัญหาผู้ป่วยกลายเป็นคนใจร้อน วุ่นวาย ทำอะไรโดยไม่ยั้งคิด ความสุขในครอบครัวลดลง สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรมลง ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวบ่อยขึ้นและผู้ป่วยไม่สน

ใจดูแลตนเอง เพราะใช้เวลาไปกับการดื่มสุรา เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัญหาด้านที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจได้มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยคือด้านจิตวิญญาณ

ประไพ ทายาท (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 63 คนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นร้อยละ 98.4 หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ร้อยละ 93.65 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานร้อยละ 88.89 และญาติร้อยละ 89.71 ส่วนแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่พบน้อยที่สุดคือบุตร ร้อยละ 41.27

ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) ได้สำรวจความชุกและสุขภาพจิตคนไทยที่ติดสุรา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรามีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ผลจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต เพราะเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจแล้วคนส่วนหนึ่งใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อดื่มในระยะแรกอาจทำให้ลืมเรื่องราวที่ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะเกิดอาการเศร้า โศรกเสียใจกับเรื่องที่ต้องการจะลืม ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียวก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และมีบุคลิกภาพผิดปกติ

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

1. อ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือระดับสูง และมีอ้อมโนทัศน์ในระดับต่ำ และพบว่าอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงคือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี รองลงมาคือรู้สึกว่าคุณเองไม่ใช่คนสำคัญ ส่วนอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับต่ำที่สุดคือพยายามดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง

2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงตามลำดับ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับที่สูงที่สุดคือ เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือคนรู้จักมักจะทักทายเสมอ รองลงมาคือเมื่อไม่สบายมีคนคอยช่วยเหลือดูแล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับต่ำที่สุดคือ รู้สึกว่ารับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย

โรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ พึ่งตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รองลงมา คือ อาบน้ำแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ส่วนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับต่ำสุด คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า อັคมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ที่ ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

มุกดา วัฒนกุล (2519) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้คิดสุราและผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในการไฟฟ้านครหลวง โดยสุ่มตัวอย่างพนักงานที่เคยติดสุราหรือป่วยเป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง 118 ราย ศึกษาเฉพาะกรณี 5 ราย และทัศนคติของผู้บังคับบัญชา 35 ราย ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ดื่มสุรา เกิดจากนิสัยของบุคคล มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและการทำงาน ภาวะจิตใจอ่อนแอ พนักงานส่วนใหญ่เห็นว่าการดื่มสุราทำให้มีเพื่อนมาก เข้าสังคมได้ดี ลืมทุกข์ได้แต่ถ้าดื่มบ่อยๆ ในปริมาณมากเกินไปทำให้ป่วยเป็น โรคพิษสุราเรื้อรังและสิ้นเปลืองเงิน พนักงานเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุเฉลี่ย 22 ปี เพราะถูกชักชวน อยากรอง ต่อมาดื่มเพราะต้องการดื่ม ด้วยความเคยชินหรือปฏิเสธคำชักชวนของเพื่อน ไม่ได้ ส่วนใหญ่มักดื่มกับเพื่อน ญาติ พี่น้อง พนักงานจำนวนร้อยละ 50 มีความคิดว่าสุราเป็นสิ่งเสพติด และร้อยละ 50 เห็นว่าไม่ใช่สิ่งเสพติด การศึกษาทัศนคติของผู้บังคับบัญชา ต่อการดื่มสุราของพนักงานพบว่าผู้บังคับบัญชาเห็นว่า การดื่มสุรามีสาเหตุมาจากนิสัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ปัญหาครอบครัวและที่ทำงาน การศึกษาเฉพาะกรณี พบว่าพนักงานติดสุราเนื่องมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก มีปัญหาครอบครัว หนี้สินและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งทำให้สุขภาพอ่อนแอ ภายในครอบครัวไม่มีความสุข การทำงานหย่อนสมรรถภาพลง ความมีจิตใจเข้มแข็งและความร่วมมือของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะภรรยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เขาเลิกดื่มสุราได้

สุวิทย์ แก้วมา (2545) ศึกษาลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีดื่มสุรา และศึกษาปัจจัยทำนายของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทับถมของครอบครัว การรับรู้ต่อสถานการณ์ แหล่งช่วยเหลือครอบครัว ทักษะแก้ปัญหาครอบครัวและสถานะการดื่มสุราที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารและครอบครัวของทหารในค่ายหนึ่ง จำนวน 168 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดสุราและไม่ติดสุรา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ครอบครัวที่มีสามีติดสุรามีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้น้อยกว่าครอบครัวที่มีสามีไม่ติดสุรา และเมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นรายด้าน พบว่า การทำหน้าที่ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแสดงบทบาท ด้านการควบคุมพฤติกรรมและด้านการทำหน้าที่ทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กล่าวคือ ครอบครัวที่มีสามีติดสุรามีการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุก ๆ ด้าน ได้น้อยกว่าครอบครัวที่สามีไม่ติดสุรา

2. ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ คือ แหล่งช่วยเหลือครอบครัว สถานะการดื่มสุรา เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทับถม การแก้ปัญหาครอบครัว และการรับรู้ของครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ร้อยละ 50.4

เอี่ยมเดือน เนตรแถม (2541) ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสุราที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 20.41 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.89 และ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังในระดับ $R = .670$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66.67 ของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 18.75 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.08 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.34

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาคือภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในศูนย์การศึกษาลูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลดลง 2 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ใจภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรมที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิงจำนวน 20 คน ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุด โปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(t = 2.3) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 (x=16.9) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 (x= 19.2)

สุวดี จันดีกระยอม (2546) ศึกษาวิจัยลักษณะการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าที่มาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 82 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า

1. ลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุดตามการรับรู้ของตนเองที่บ่งบอกถึงลักษณะของการหายในผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้การหายยังครอบคลุมถึง การมีศักยภาพ การมีสมาธิ การคิดที่ดี การตัดสินใจ การมีอารมณ์ที่ดี การควบคุมตนเองได้ ความมั่นใจและความสำเร็จ การสนใจดูแลตนเอง การมีความหวังมีกำลังใจ ความศรัทธา ความเชื่อ การมีสุขภาพที่แข็งแรง การมีจิตใจที่ดีเข้มแข็งและมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นลักษณะของการหายจากภาวะซึมเศร้า

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยมาคิดตามผลการรักษาที่ห้องจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยมีความศรัทธาความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวก และการมีความหวัง ตามลำดับ

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายของผู้ป่วย ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัด ปัจจัยรองลงมาคือ ปัจจัยด้านบุคลากร

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหาย อันดับแรก ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากภาวะซึมเศร้า ปัจจัยรองลงมา คือ การมีเพื่อนหรือญาติสนิทที่เข้าใจ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การมีงานอดิเรกทำ และการมีกิจกรรมทางศาสนาหรือปฏิบัติบูชา ตามลำดับ

Suk Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความหมายแก่ชีวิต ความเชื่อมั่น

ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

Gleason (1979 cited in Züst, 2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการการถูกสามีทำทารุณกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลจากการให้การพยาบาลดังกล่าว พบว่า ภรรยามีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และช่วยให้ภรรยา มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

Sutton (2004) ซึ่งออกแบบ โปรแกรม เพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยในโปรแกรมของ Sutton ประกอบไปด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดทบทวนถึงผลที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับเด็ก เมื่อประเมินผลภายหลังจัดกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม ให้กับเด็กแล้ว พบว่า เด็กมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วม โปรแกรมที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรม

Brown et al. (1997) ได้ทำการศึกษารักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีความซึมเศร้า โดยการ ใช้ Cognitive- Behavioral Treatment (CBT) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 35 คน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดผู้เสพยาและสารเสพติด ของโรงพยาบาลบุกเลอ (Butler hospital) รวมทั้งทำแบบประเมินความซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory) ได้คะแนนมากกว่า 10 คะแนน โดยทำการแบ่งกลุ่มผู้เสพยาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกบำบัดโดย cognitive behavioral treatment for depression (CBT-D) และอีกกลุ่มบำบัดโดยวิธี relax training control (RTC) ร่วมกับการรักษาการเสพยาไปพร้อมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษาครั้งนี้พบว่า การบำบัด CBT-D จะช่วยลดอาการแสดงของอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้มากกว่า RCT ตั้งแต่เริ่มบำบัดและพบอีกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วย CBT-D จะมีร้อยละของการเลิกดื่มสุราได้มากกว่า แต่ก็ไม่สามารถเลิกได้ทั้งหมดภายในระยะเวลา 3 เดือนแรกหลังการนัดมาตรวจ ถึงอย่างไรก็ตาม ช่วง 3 และ 6 เดือนของการมาตรวจตามนัด CBT-D จะมีผลต่อการใช้สุราจนถึงการเลิกดื่มเป็นร้อยละ 47 และ 13 ตามลำดับและการเลิกดื่มแต่ละวันเป็นร้อยละ 90.5 และ 68.3 ตามลำดับ การดื่มต่อวันเป็นร้อยละ 0.46 และ 5.71 ตามลำดับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ โดยเสริมสร้างสัม
พันธภาพและบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติทางลบ
ค้นหาปัญหาและความคิดในทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสีย
พลังอำนาจที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบ
ความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง สร้างความเข้าใจสถาน
การณ์ วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ทักษะและแหล่ง
ทรัพยากร สนับสนุนความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่ผู้ป่วย
ต้องการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบให้มีความเหมาะสม
ตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วย
ตนเอง ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันคิดหาหนทางในการจัดการกับภาวะซึม
เศร้า ให้แรงเสริมทางบวกกับผู้ป่วยและให้คำเินอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถ
ในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงความคิด
ทางลบที่ได้บันทึกไว้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับ
แนวทางที่จะปรับเปลี่ยนความคิดของตนเสียใหม่ สร้างแรงจูงใจและ
ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับความคิดใน
ทางลบ และขอให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้า