

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้ศึกษาได้ได้ทำการศึกษาดาราวารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดสุรา
 - 1.2 แบบประเมินและคัดกรองความผิดปกติจากสุรา
2. โรคจิตจากสุรา
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา
 - 2.2 กลุ่มอาการของโรคจิตจากสุรา
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคจิตจากสุรา
 - 2.4 ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา
 - 2.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา
 - 2.6 การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา
 - 2.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
3. ภาวะซึมเศร้า
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 3.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 3.4 ชนิดของภาวะซึมเศร้า
 - 3.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 3.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
 - 3.7 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
4. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มี
5. กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์
 - 5.1 แนวคิดพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัด
 - 5.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.3 ประวัติความเป็นมา
 - 5.4 องค์ประกอบของกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์

6. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าของโรคจิตจากสุรา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุราเป็นสารประเภทกดประสาท ทำให้สมองทำงานช้าลง และส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความสามารถในการคิด รวมถึงการกระทำ ซึ่งที่ผ่านมามีบางคนอาจเข้าใจผิดคิดว่าสารกระตุ้นเพราะหลังดื่มสุราเข้าไปผู้ดื่มมักจะควบคุมตัวเองไม่ได้ (เทอดศักดิ์ เดชคงและคณะ, 2547) ซึ่งขั้นตอนของการเมาสุรา 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) โจโคส (Jocose) คือ พูดจ้อ พุดมาก พุดขนาดถึงหลับ แต่ไม่ได้สาระประโยชน์อะไรเลย 2) เบลลิโคส (Bellicose) พอเมามากหน่อยก็จะเริ่มพุดช่วยชวนกวนประสาทผู้อื่น เทียวทำดีทำต่อขไปทั่ว แต่ถ้าดื่มเหล้าในวงสังคมชั้นสูงอาจจะมีสติสัมปชัญญะอยู่บ้าง ไม่ถึงกับล้มโต๊ะแต่อย่างใด 3) ลาครีโมส (Lachrymnose) ขึ้นต่อไปของการเมาก็คือ จะซึมเศร้า น้ำตาไหล ร้องไห้ไม่ยอคน และ 4) โคม่าโคส (Comatose) เมื่อดื่มหนัก ๆ เข้า เมามาก ๆ เข้า เหล้าจะกดศูนย์ประสาทของการควบคุมการหายใจ จะเกิดอาหาว โคม่า ตายไปเพราะเหล้าก็มี (ปิยะวัฒน์ โกวิทพรพงศ์, 2546)

เกณฑ์การจำแนกปริมาณแอลกอฮอล์ที่เป็นมาตรฐาน 1 drink หรือ 1 ดื่ม คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จะได้ประมาณดังนี้ เบียร์ 1 แก้ว (285 ม.ล.) มีแอลกอฮอล์ 5 % , ไวน์ 1 แก้วเล็ก (100 ม.ล.) มีแอลกอฮอล์ 12 % และเหล้า 1 แก้ว (30 ม.ล.) มีแอลกอฮอล์ 40 % (เทอดศักดิ์ เดชคงและคณะ, 2547)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากชนิดของเครื่องดื่ม แต่เกิดจากปริมาณแอลกอฮอล์และปัจจัยอื่นๆอีก ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ความทนทานของร่างกายต่อปริมาณแอลกอฮอล์ ช่วงเวลาของวันที่ดื่ม การดื่มขณะท้องว่างหรือท้องอืด กำลังของร่างกายกำลังเหนื่อยล้าหรือเพลีย และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ (เทอดศักดิ์ เดชคงและคณะ, 2547) การดื่มสุราเป็นอาฉิม จนไม่สามารถหยุดยั้งได้ และไม่ใช้การดื่มเพื่อสังคม มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป และมีอาการประสาทตึงเครียดอยู่เสมอก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีอาการของโรคทางกายและทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพิษของสุรานั้นถือว่าการติดสุราหรือโรคติดสุรา

แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา

การติดสุราหมายถึง พฤติกรรมที่ดำเนินมานาน แสดงออกด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อย ๆ มากเกินกว่าจะถือเป็นอาหาร และมากเกินกว่าผู้คนในสังคมหรือชุมชนนั้นๆ จะทำกันและเป็นปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่ม รบกวนต่อการทำมาหากินหรือการประกอบอาชีพ (Keller อังใน ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542)

การคิดสุรา หมายถึงภาวะที่ต้องการหรือต้องพึ่งพาสุรา เพื่อประคับประคองหรือเพื่อช่วยให้ทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อให้ความรู้สึกดีขึ้นหรือเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดี (องค์การอนามัยโลก, ค.ศ.1993 อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542)

การคิดสุรา หมายถึง บุคลิกภาพแปรปรวนที่มีลักษณะเฉพาะ โดยมีการเสพหรือการดื่มสุราเป็นอาเจิน หรือเป็นนิสัย (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น, 2546)

กล่าวโดยสรุป การคิดสุรา เป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคมและเศรษฐกิจ และต้องดื่มสุราเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตรอยู่ได้

แบบประเมินและคัดกรองความผิดปกติจากสุรา ได้แก่

1. CAGE

เป็นแบบสอบถามเพื่อวินิจฉัยการคิดสุรา ประกอบด้วยคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวของคำถามแต่ละข้อ ประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป สามารถจัดว่าน่าจะเป็น โรคคิด สุรา แต่จากรายงานการศึกษาในประเทศไทย พบว่า CAGE ไม่มีความไวและจำเพาะที่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยไทย (Asangkomchai S, 1993 Drinking problem: a hidden problem in general practice)

2. MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

เป็นเครื่องมือสำหรับค้นหาภาวะติดสุรา ประกอบด้วยคำถาม 24 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มของผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาจากการดื่มของตนเอง มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 68% ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 78% ซึ่งใช้ได้ดีพอสมควรในการวินิจฉัยภาวะติดสุราของผู้ป่วยไทย แต่ MAST จะมีค่าความไว และความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะการดื่มที่รุนแรงน้อยกว่าภาวะติดสุราได้ไม่ดึนนัก เนื่องจาก

1. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่และรูปแบบการดื่มของผู้ป่วย
2. ไม่สามารถแยกแยะระหว่างปัญหาการดื่มในอดีต และปัจจุบันได้

3. แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นเครื่องมือใหม่ทีพัฒนาเพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มสุรา ตั้งแต่ มีความเสี่ยงต่ำ นักดื่มทีเสี่ยง และมีความเสี่ยงสูงหรือเสพติด AUDIT พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ WHO ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ของการดื่ม อาการของการติดสุรา แต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยคะแนนสูงทีสุด คือ 40 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำทีสุด คือ 0 คะแนน การประเมินภาวะการดื่มสุรา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

0-7 คะแนน หมายถึง ภาวะการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ

8-12 คะแนน หมายถึง ภาวะการดื่มแบบนักดื่มทีเสี่ยง

13-40 คะแนน หมายถึง ภาวะการดื่มแบบความเสี่ยงสูงหรือเสพติด การทดสอบคุณสมบัติของ AUDIT พบว่าที่จุดตัด 8 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัย การดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ เท่ากับ 96 % และ 98 % ส่วนในการดื่มแบบหนักดื่มที่เสี่ยง เท่ากับ 87 % และ 81 % ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกแบบประเมิน AUDIT ในการประเมินภาวะการเสพติดหลัง มีการชักประวัติว่ามีการติดสุราก่อนมีป่วยทางจิต เนื่องจากสามารถบอกถึงพฤติกรรมการดื่มสุรา และยังสามารถบอกถึงปัญหาจากการดื่มสุรา มีเกณฑ์ของเครื่องดื่มให้เปรียบเทียบ มีความเข้าใจง่าย รวมถึงข้อคำถามไม่มาก

แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา

การดื่มสุราจนติด อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการทางจิต ซึ่งเป็นโรคจิตอย่างหนึ่ง ที่เกิดจากพิษของสุรา มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่วไป โดยที่ผู้ดื่มจัดจะเกิดอาการ Delirium ง่าย (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

โรคจิตจากสุรามีสาเหตุจากการเสพสุราเป็นเวลานาน ซึ่งสุราจัดเป็นเครื่องดื่มประเภท แอลกอฮอล์ที่มีส่วนประกอบของเอทานอล (ethanol) ที่ใช้กันแพร่หลายทั่วโลก คือ เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) ซึ่งอยู่ในรูปของสุรา เบียร์ เป็นสารที่ออกฤทธิ์กระบบประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการมึนเมา (Friedman, Fleming, Roberts, & Hyman, 1996) และการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดภาวะฟุ้งสุราหรือติดสุราและมีอาการของโรคจิตจากสุรา ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 43 ของที่ผู้ติดสุราจะมีอาการของโรคจิตจากสุรา (McKenna, 1997) (สุภาพร สมพาน, 2546)

โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (substance related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) โรคจิตจากสุรา เกิดขึ้นเนื่องจากการดื่มสุราอย่างผิดปกติ เป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ซึ่งเชื่อว่าสภาวะเช่นนี้ทำให้ร่างกายขาดอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆหรืออาจเกิดในขณะที่ดื่มสุราน้อยลงหรือหยุดดื่มสุรา ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง หลังหยุดดื่มสุราหรือบางรายก็นานกว่านี้ (สุวิทนา อารีพลกร, 2542)

ผู้ที่ เป็นโรคจิตจากสุรา จะมีความบกพร่องทางด้านหน้าที่ ในหลายๆเรื่อง เช่นการคิดการตัดสินใจ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

กล่าวโดยสรุป โรคจิตจากสุรา เป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากการเสพติดสุราเป็นเวลานาน จนมีอาการทางต่อจิต เช่นมีอาการประสาทหลอน หลงผิด และอาการทางจิตอื่นๆรวมถึงอาการซึมเศร้า จนต้องได้รับการรักษาทางจิต

กลุ่มอาการของโรคจิตจากสุรา

1. Alcoholic intoxication มีอาการผิดปกติของระบบประสาท พุดไม่ชัด เดินไม่ตรงทาง (coordination) การประสานงานของกล้ามเนื้อเสียไป ทางด้านอารมณ์ แสดงลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย (labile) ฉุนเฉียว (irritable) และก้าวร้าว (aggressive) แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (maladaptive behaviors) เช่น วิวาท การตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่เหมาะสม พุดจาจกวนชวนหาเรื่อง โดยเฉพาะในคนที่มีลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติอยู่แล้วความผิดปกติในภavnี้นี้จะมีมากขึ้น

2. ในบางคนที่มีลักษณะ idiosyncratic intoxication มีความไวต่อพิษสุรามาก แม้ดื่มเพียงเล็กน้อย ก็ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมมาก โดยเฉพาะออกมาทางก้าวร้าว เรียกภavnี้นี้ว่า pathological intoxication มักเกิดในคนอายุค่อนข้างน้อย อาการจะดีขึ้นเมื่อระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง และมักจำเหตุการณ์ที่ทำตอนปกติไม่ได้ ภavnี้นี้สังเกตว่าอาจเพราะมีความผิดปกติทางด้านชีวภาพ (organic defects) ในสมอง ซึ่งอาจจะมีน้อยจนไม่มีอาการอะไรมาแสดงออกเมื่อรับแอลกอฮอล์เข้าไป โดยมีการตรวจพบ temporal lobe abnormal spikes ในคลื่นสมองขณะมีอาการด้วยในบางราย

3. Alcoholic withdrawal syndromes เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพติดสุรามักกลัวและไม่กล้างดการดื่มเอง ซึ่งความรุนแรงของ withdrawal syndrome อาจแบ่งได้เป็น

ขั้นที่ 1 มี psychomotor agitation, autonomic hyperactivity, ใจสั่น, ความดันสูง, เหงื่อออก, เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ

ขั้นที่ 2 มีประสาทหลอน (ทางหู, ทางตา และผิวหนังสัมผัส) อาจเกิดหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ซึ่งมักทำให้คนไข้ตกใจ อาจหนีทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ บางครั้งพบอาการลิ้มในรายละเอียดที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 มีอาการหลงผิด, ไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล, delirium ซึ่งมักมีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนมักมีอาการมากกว่ากลางวัน มีอาการลิ้มตามมา

ขั้นที่ 4 เกิดอาการชัก อาการพวกนี้มักเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดดื่ม 3-7 วัน

4. Delirium Tremens (DT.) เป็นภาวะอาการขาดสุราที่รุนแรงที่สุด และต้องรับไว้ในโรงพยาบาลมักพบในคนอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติการดื่มติดต่อกันมา 5-10 ปี เกิดอาการหลังจากหยุดดื่มภายใน 1 สัปดาห์ และที่พบบ่อยที่สุด มักหลังจากการดื่มครั้งสุดท้าย 3 วัน ถ้ามีอาการครบตามขั้นที่ 1 - 4 ในหัวข้อ 4.3 อาจเรียก Classical DT. ข้อบ่งชี้ของการวินิจฉัย คืออาการขาดสุรา กับ delirium มี cloudy consciousness มีอาการนอนไม่หลับ การรับรู้ผิดปกติ มีประสาทหลอน หรือ

อาการหลงผิด มีอาการสั่น (tremor) และมักมีไข้ อัตราตายจากสภาวะ DT. ประมาณ 10-15% ซึ่งมักเกิดจากหัวใจล้มเหลว, โรคติดเชื้อ

5. Alcoholic hallucinosis มักเป็นอาการหูแว่ว แม้จะฟื้นสภาวะขาดสุราเฉียบพลันไปแล้ว ก็ยังคงเป็นอยู่ ผู้ป่วยมักมีอาการตอบสนองอย่างเหมาะสมกับเนื้อหาของหูแว่วที่ได้ยิน หูแว่วอาจคงอยู่เป็น วัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือนๆ มักพบในผู้ป่วยอายุมาก เช่น 40 ปีขึ้นไป มีประวัติติดต่อกันมานาน มักเกิน 10 ปี และพบในชายมากกว่าหญิง มักพบหูแว่วอย่างเดียว ไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะแยกจาก DT. ได้โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี (clear consciousness)

6. Alcoholic amnestic syndrome เหมือน alcoholic hallucinosis มักเกิดในผู้ป่วยอายุกลางคนมีประวัติการดื่มมานาน มักเกิน 10 ปี มีอาการความจำเสื่อมในลักษณะเสียความจำช่วงสั้นๆ อาการ amnestic syndrome เชื่อว่าเป็นผลจาก thiamine (B) deficiency

7. Wernicke-Korsakoff psychosis-acute wernicke stage ประกอบด้วยอาการ nystagmus (ocular disturbance) และ sixth nerve palsy ร่วมกับ ataxia และ confusion อาการ Korsakoff psychosis ประกอบด้วยอาการลืมตามหลัง (anterograde amnesia) อาจร่วมกับ confabulation พูดปิดเล่าเรื่องที่ผู้ป่วยคิดเอง เพื่อชดเชยเรื่องที่เขาจำไม่ได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราติดต่อกันมาเป็นเวลานานและดื่มในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจนติดสุรา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พันธุกรรม ชีวเคมี และการทำงานของสมอง ซึ่งปัจจัยด้านชีวเคมี และการทำงานของสมอง พบว่า สารเอทธานอลในสุรามีฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่จำเพาะต่อ Gamma aminobutyric acid (GABA) system ทำให้เกิดการเสพติดได้ ส่วนปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า บุตรที่บิดามารดาติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงต่อการติดสุราเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า (ทวิชชัย กฤษณะประกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราธสวปติ, 2536) ซึ่งจากการศึกษาความก้าวหน้าของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพิษสุราเรื้อรังของบุคคลในครอบครัวที่พ่อแม่เป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง จะสูงกว่าครอบครัวที่พ่อแม่ไม่เป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง 3-5 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาประวัติของฝาแฝดในครอบครัวของผู้ที่ติดสุรา พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กับการเสพติดสุรามากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบุตรของผู้ที่บิดามารดาติดสุราและบุตรของผู้ที่บิดามารดาไม่ติดสุรา โดยแยกบุตรของผู้ที่บิดามารดาติดสุราไปให้ครอบครัวที่ไม่ติดสุราเลี้ยงตั้งแต่เด็ก พบว่าบุตรของครอบครัวที่มีบิดามารดาติดสุรา มีอัตราการติดสุราสูงกว่าบุตรของครอบครัวที่บิดามารดาไม่ติดสุราถึง 3 เท่าเช่นกัน (อัมพร เบนจุงพลพิทักษ์,

2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติในลำดับแรกของผู้ที่ติดสุรายังมีความเสี่ยงต่อการติดสุราสูงกว่าประชาชนทั่วไปราว 3 - 4 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาดิคุณากร, 2542)

2. ปัจจัยด้านจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่า บุคคลที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพตรึงแน่น (fixation) ในช่วงของ oral stage จึงใช้การกินและดื่มเพื่อลดความคับข้องใจ (Frosch as cited in Keltner, 1995) เช่นเดียวกับนักวิจัยในปัจจุบันที่เชื่อว่ามีบุคลิกภาพเฉพาะหลายอย่างที่พบในผู้ที่ติดสุรา เช่น บุคลิกภาพแบบพึ่งพา เก็บกด หมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ บางคนมีความต้องการในเรื่องอำนาจและชื่อเสียงแต่ยังรู้สึกว่าคุณค่าความสามารถที่จะไปถึงจุดมุ่งหมายนั้น จึงใช้สุราเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวปติ, 2536) จากการทบทวนการศึกษาวัยรุ่นที่ใช้สุราในทางที่ผิด พบว่า หลายคนไม่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตได้ จึงดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การดื่มสุราทำให้พวกเขาารู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด ลดความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้บุคลิกภาพของผู้ที่ติดสุรา จะมีความทนทานต่อความไม่สมหวังต่ำ ความไม่สมหวังเป็นสาเหตุของการที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหา และจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งมีผลกระทบหรือนำไปสู่การดื่มสุรา (Goodner, 1994)

3. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การดื่มสุราเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและประเพณีซึ่งจะมีข้อกำหนดในเรื่องสุราที่แตกต่างกันไป มีผลต่ออัตราเสี่ยงต่อการติดสุราที่แตกต่างกัน (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวปติ, 2536) โดยมีการศึกษาพบว่าศาสนาและข้อกำหนดของศาสนาเป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมและปริมาณการดื่มสุราในแต่ละบุคคล โดยประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม เช่น ประเทศซาอุดีอาระเบียมีอัตราการใช้สุราต่ำ และมีปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราน้อยกว่าประเทศอื่น ส่วนประเทศที่นิยมการดื่มสุราในสังคม เช่น ประเทศฝรั่งเศส พบว่าประชาชนมีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราสูง (Sullivan, 1995) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนั้นมีการศึกษาของอวัตดา จันท์แสนตอ (2541) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา ได้แก่ มีร้านขายสุราในชุมชน มีเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา หรือมีการดื่มสุราด้วยกันทุกวัน ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการติดสุราซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตจากสุรา

4. ปัจจัยด้านทฤษฎีการเรียนรู้ กล่าวว่า การดื่มสุราและการติดสุรามีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน เช่น บิดามารดาของคนที่ดื่มสุราและหรือคนอื่นๆ จะเป็นรูปแบบที่สอนให้เด็ก ๆ เห็นว่า การดื่มเป็นเรื่องที่ไม่ผิด และพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นผลมาจากการเสริมแรงทางบวกหรือการได้รับประโยชน์จากการดื่มสุรา การดื่มสุราจะทำให้พวกเขาารู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น (Becker, Suthelad & Akers อ่างใน ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) คนส่วนใหญ่กล่าวว่า การดื่มสุราในครั้งแรก เพราะต้องการทดลอง หรือหัดดื่มเพื่อเข้าสังคม แต่หลังจากนั้น แม้ไม่เป็นการเข้าสังคมก็ยังมีอาการติดสุราต่อไป เพราะชอบ

รสนชาติ และสุราจะทำให้รู้สึกอ่อนคลาย ดังนั้นการเรียนรู้ชีวิตเพื่อเข้าสังคมจึงเป็นสาเหตุให้บุคคลเริ่มต้นดื่มสุรา (Varley, 1994)

5. ปัจจัยด้านครอบครัวและภาวะวิกฤตในชีวิต จากการศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพสุราของสตรี ของอัวสตา จันท์แสนตอ (2541) พบว่า ปัจจัยนำที่ทำให้สตรีเริ่มเสพสุรา ได้แก่ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก การมีแบบอย่างจากครอบครัวที่เสพติดสุรา เช่นเดียวกับการศึกษาของแชสซิน และคณะ (Chassin et al. อ้างใน เอี่ยมเดือนเนตรแหม, 2541) ซึ่งศึกษาพบว่า เด็กที่บิดามารดาติดสุราจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า มีความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา และบุตรของผู้ที่ติดสุราที่เป็นชายมีโอกาสจะโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่ติดสุราหรือใช้สุราในการแก้ไขปัญหา มากกว่าบุตรของผู้ที่บิดามารดาไม่ได้ติดสุรา ส่วนปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวนั้น พบว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจสูงมีโอกาสดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ปริมาณการดื่มจะไม่มาก ในขณะที่กลุ่มคนที่มีฐานะต่ำมักดื่มสุราในปริมาณที่มากจนติดสุราเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและมีอาการทางจิตตามมา (ภานุพงษ์ จิตะสมบัติ, 2535) สำหรับปัจจัยด้านภาวะวิกฤตในชีวิตจากการศึกษาของอัวสตา จันท์แสนตอ (2541) พบว่าการประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น การคิดสารเสพติด การเสียชีวิตและการสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกทารุณกรรม เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุราต่อมาจากกระทั่งติดสุรา เนื่องจากภาวะวิกฤตก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ บุคคลต้องเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น จึงหันไปดื่มสุราเพื่อลดความเครียดและเพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับปัญหานั้นได้ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งสุราและติดสุราจนกลายเป็นโรคจิตจากสุรา

จะเห็นได้ว่าการเสพสุราเป็นเวลานาน ทำให้ติดสุราและมีอาการทางจิต หรือที่เรียกว่าโรคจิตจากสุราได้ ซึ่งปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตวิเคราะห์เป็นปัจจัยนำไปสู่การดื่มสุรา ส่วนปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านทฤษฎีการเรียนรู้ ปัจจัยด้านครอบครัวและภาวะวิกฤตในชีวิต เป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนเสพติด ผู้ที่ติดสุรามักจะปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้อยู่ในขั้นติดสุรา และปฏิเสธการบำบัดรักษา ผู้ที่ติดสุราจะได้รับการบำบัดรักษาเมื่อเกิดปัญหาที่รุนแรงทางสภาพร่างกาย จิตใจ หรือเกิดร่วมกันทั้งทางอาการทางกายและจิต เช่น อ่อนเพลีย ร่างกายได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หูแว่ว ประสาทหลอน ความเครียด รวมถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้ป่วยจึงจะเข้ารับการรักษา หรือถูกนำส่งให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เศร้าไม่ดี จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตผู้ป่วยและคนในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ หรือปัญหาใหม่ที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นวัฏกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา และมีอาการของโรคจิตจากสุรากลับเป็นซ้ำ

ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรามีการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วยยาวนาน ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมดังนี้

ผลกระทบระดับบุคคล ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ขาดความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า แยกตัวเอง รู้สึกหมดหวัง สูญเสียอิสรภาพในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราหรือนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด จากการศึกษาของเอ็อมเดือน เนตรแخم (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 90 จากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราของปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่า ร้อยละ 11.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผลจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลายาวนานยังทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามีความสามารถในการรับรู้ลดลงและมีข้อจำกัดในการรับข้อมูลข่าวสาร มีปัญหาการเรียนรู้ มีอาการสับสน ตลอดจนการคิดการตัดสินใจในเรื่องราวต่างๆ ไม่เหมาะสม (Steele & Josephs as cited in Stroebe, 2000; Victor as cited in Frisch & Frisch, 2002) ผู้ป่วยจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ขาดความนับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น มีความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Morton อ้างใน เอ็อมเดือน เนตรแخم, 2541)

ผลกระทบระดับครอบครัว ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม เกิดปัญหาด้านการสื่อสารในครอบครัว การทะเลาะวิวาท ครอบครัวแตกแยก เกิดความสับสนวุ่นวาย (Lindeman, Hawks & Bartek as cited in Frisch & Frisch, 2002) และเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จากผลการศึกษาวิจัยในผู้ที่ติดสุราพบอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวประมาณร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 57 และร้อยละ 13 เกิดอุบัติการณ์การทารุณกรรมเด็ก (Roizen as cited in Naegle & D'Avanzo, 2001) ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อบุตร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีผู้ติดสุรา พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีผู้ติดสุราเรื้อรังจะเป็นเด็กที่ขาดความอบอุ่น ขาดความเข้าใจและความไว้วางใจ ขาดการยอมรับนับถือและขาดความมีน้ำใจต่อบุคคลอื่นมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีผู้ติดสุรา (Scavnick Mylant as cited in Frisch & Frisch, 2002)

ผลกระทบระดับสังคม ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรานั้นจะมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ เป็นสาเหตุให้กลับไปดื่มสุราอีก เมื่อดื่มสุราจนเมามักขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชอบก่อการทะเลาะวิวาท ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เกิดความสูญเสียทรัพยากรทั้งคนและสิ่งของเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตาย เพิ่มปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง (Sullivan, 1995) และผลจากการกลับไปดื่มสุรา

ทำให้มีอาการทางจิตกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงที่มีสาเหตุจากสุราจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยประมาณสองล้านคนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาอันเนื่องมาจากผลของสุรา

เห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ไม่สนใจดูแลตนเอง อาการป่วยมักกลับเป็นซ้ำจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา นอกจากจะมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว การรักษายังมุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อควบคุมพฤติกรรม การดื่มสุราหรือป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542) การพิจารณาหากกลยุทธ์ที่จะช่วยป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และการเข้ารับการรักษาก็เป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา

โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic psychotic) มีเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM IV ดังนี้

1. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด
2. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงด้านสรีระวิทยาจากการดื่มสุราในช่วง 1 เดือน (ให้ระบุว่า อยู่ในช่วงเมาสุรา หรือขาดสุรา)
3. ความผิดปกติไม่ใช่โรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ มีอาการเกิดก่อนการติดสุรา หรืออาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หลังจากหมดภาวะเมาสุรา หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณหรือระยะเวลาที่ดื่มสุรา หรือมีหลักฐานอื่นที่ระบุว่า โรคจิตไม่ขึ้นกับการดื่มสุรา
4. ความผิดปกติไม่ได้เกิดในช่วง delirium

โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดหลงผิดเด่น (Alcoholic psychotic with delusion (Alcoholic paranoia) มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น

โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดประสาทหลอนเด่น (Alcoholic psychotic with hallucination (Alcoholic hallucinosis) มีอาการเด่น คือ ประสาทหลอนอย่างเห็นจริงเห็นจัง และยาวนาน มักเกิดในระยะเวลา 48 ชั่วโมง หลังหยุดหรือลดการดื่มสุรา บางรายอาจมีอาการประสาทหลอนคงอยู่เป็นระยะเวลานานอาการคล้าย schizophrenia พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า อาการนี้จะเกิดขึ้นภายหลังการติดสุราอย่างน้อย 10 ปี

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา

การบำบัดผู้ติดสุรามีการบำบัดหลายรูปแบบซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเลิกดื่มสุราให้นานที่สุด แต่ผู้บำบัดก็จะพบว่ามีการกลับไปดื่มใหม่หลังการบำบัด ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัด 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 50-60 ของผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปดื่มสุรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ซึ่งการบำบัดรักษาสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (Medication Therapy) จากแนวคิดด้าน Biological Model เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ dopamine มีการหลั่งออกมามากและมีการดูดกลับช้าลง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดื่มสุราร่าเริงมากกว่าปกติ บางครั้งมีอาการทางจิต ประสาทหลอน แผลภาพผิด จึงให้ยาเข้าไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาท ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การใช้ยา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา เพื่อรักษาอาการโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้น ลดการดื่มสุรา การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งยาที่ใช้ตามวัตถุประสงค์สามารถจำแนกได้ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2544)

1.1 ลดอาการขาดสุรา

หลักการสำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วง Alcohol Withdrawal ได้อย่างปลอดภัย เป็นการให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการ Withdrawal และให้การเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่ตามมา ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ Benzodiazepine เพราะมี Cross-tolerant กับ Alcohol ในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคตับ อาจใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ได้แก่ Lorazepam ซึ่งการใช้ยาอาจทำได้ 2 วิธี คือ การใช้ยาชดเชยทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งต้องมีผู้ชำนาญการประเมินผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง และการให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด ซึ่งเหมาะสมในกรณีที่อาการ Withdrawal อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ

1.2 รักษาอาการทางจิตเวช

ผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุรา หรือดื่มสุราติดต่อกันมานาน อาจมีอาการจิตคือ อาการประสาทหลอนที่พบมากมักเป็นชนิด Visual และ auditory ได้ ดังนั้นจึงอาจต้องให้ยาเพื่อบำบัดอาการทางจิต ซึ่งเป็นยากลุ่ม Antipsychotic เช่น Haloperidol ซึ่งในการใช้ยากลุ่มนี้ต้องระวังอาการ EPS. ที่อาจเกิดตามมาได้

1.3 ลดการอยากสุรา

จากการศึกษาพบว่ามีสารสื่อประสาทหลายตัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ reinforcing effects กับ Alcohol ได้แก่ endogenous opioid, serotonin, glutamate เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้คือ Naltrexone และ Acamprosate เป็นยากลุ่ม opioid antagonist จะเข้าลด craving และ reinforcing effects ของ Alcohol จากการทดลองพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราในสัตว์ทดลองได้ และจากการรับรองของ FDA ของสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังได้ในขนาด 50 mg/day

1.4 เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อดื่มสุรา

ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Disulfiram (Antabuse) โดย Disulfiram จะเข้ายับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) ถ้าหากผู้ป่วยดื่มสุราจะทำให้ Alcohol ไม่สามารถถูกย่อยได้ตามวงจรปกติตามที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น ทำให้มีระดับ Aldehyde ในเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีอาการร้อนวูบวาบที่ผิวหนัง ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจขัด เหงื่อแตก มีนงง วิงเวียน ตาพร่ามัว สับสน

นอกจากการรักษาด้วยยากลุ่มดังกล่าวแล้ว การให้ยากับผู้ติดสุราเรื้อรังอาจต้องให้ thiamine เพื่อให้การรักษาอาการสูญเสียความจำในระยะสั้น ซึ่งรู้จักในชื่อ Wernicke Korsakoff's Syndrome

2. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) รูปแบบการรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุรามีหลายรูปแบบเช่น

2.1 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย ครอบครัวบำบัด (Conjoint Therapy) การฝึกทักษะการทำงาน (Training in the Job Finding) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม นันทนาการ การติดตามการใช้ยาเมื่อสุรา การเข้าชมรมปลอดสุรา การบำบัดดังกล่าวได้ผลดีเมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยดื่มสุราน้อยลง ออกนอกร้านน้อยลง ทำงานมากขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้การบำบัดแบบพฤติกรรม (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2545 อ้างใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การบำบัดประเภทนี้ เกิดจากการพัฒนาแนวคิดการทำความเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ให้ความสำคัญเพียงสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (External Antecedent) และผลกรรม (Consequences) ที่บุคคลได้รับภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ยังไม่ชัดเจนถึงกระบวนการคิด ตัดสินใจ สติปัญญา และอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์กลุ่ม Cognitive Behavior Therapy จึงสรุปว่าต้องให้ความสำคัญทั้งปัจจัยกระตุ้นภายนอก และปัจจัยกระตุ้นภายใน ผลการบำบัดด้วยวิธีการ Cognitive Behavior Therapy นี้ พบว่าใช้ได้ดีทั้งในรูปแบบกลุ่มและในรูปแบบรายบุคคล (Margues & Formigoni, 2001) อย่างไรก็ตาม การบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy นี้ครอบครัวของผู้ป่วยจะไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นที่กระบวนการคิดและกระบวนการกระทำของผู้รับการบำบัดเท่านั้น

2.3 การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) แนวคิดนี้ใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพติดให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจสามารถกลับสู่ครอบครัวอย่างปกติสุข มีประสิทธิภาพที่เหมาะสม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษาและรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับทีมบำบัดรักษาและชุมชน การบำบัดในรูปแบบนี้ต้องใช้ความร่วมมือของครอบครัว

อย่างมาก และผู้ป่วยต้องสมัครใจในการบำบัดรักษาการบำบัดในรูปแบบของ FAST MODEL มีข้อจำกัดสำหรับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาลักษณะปิด เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบ FAST MODEL ต้องมีการให้ครอบครัวเข้ามาในที่อยู่ของผู้ป่วย

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

2.5 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบกายจิตสังคมบำบัด เป็นการรักษาผู้ติดสารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น โคเคน แอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษา 16 สัปดาห์ ในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและระดับประคองให้ผู้ติดยาสามารถเลิกยาเสพติดให้ได้ผลสำเร็จ และนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว ซึ่งการบำบัดรักษาลักษณะนี้ ได้มีการวิจัยเพื่อการพัฒนาและประเมินผลมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยผู้ให้การบำบัดจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้นำวิธีการของ Matrix Neuro-behavioral Model ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษารูปแบบหนึ่งซึ่งใช้รักษาผู้ติดสารกระตุ้น (Stimulant Abuse Treatment

2.6 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Groups supportive psychotherapy) หัวใจสำคัญของการเข้ากลุ่ม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับประโยชน์จากกลุ่ม ถ้าให้เวลานานพอสมาชิกกลุ่มจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขาเคยทำในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่เขาไม่ชอบผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏออกมาให้เห็นชัดเจนในกลุ่ม พฤติกรรมของผู้ที่เข้ากลุ่มที่แสดงให้เราเห็นนี้เป็น “ตัวอย่าง” ของพฤติกรรมทั้งหมดของสมาชิกกลุ่ม และจะเห็นในกลุ่มชัดเจนและปริมาณผู้ได้รับการบำบัดมากกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคล เพราะว่าสมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” คือ สนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในกลุ่ม ถ้ามีการพูดถึงเรื่อง “ภายนอกกลุ่ม” ก็จะต้องดึงเรื่องให้กลับมาสู่ “ภายในกลุ่ม” ให้ได้ นอกจากนี้การใช้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ยังมีผลเร่งให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic factors) อื่นๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

ผู้ศึกษาเลือกกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีปัญหาทางอารมณ์ ให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก โดยสมาชิกมีบทบาทในกลุ่มอย่างมาก ผู้นำหรือผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือนไปไม่ถูกต้องและสร้างปัญหาให้แก่ตัวของเขาเอง และบุคคลที่เขาเกี่ยวข้องกับ โดยช่วยเหลือให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ หาทางแก้ไข โดยใช้ประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือการพัฒนาตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมใหม่ที่เข้มแข็ง เพราะว่าสมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ โดยใช้หลัก “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” มีความแตกต่างจากกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) ที่ผู้นำกลุ่มจะเป็นสมาชิกในกลุ่ม (Vinogradov และ Galom, 1989 อ้างใน รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2542) แต่กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง นั้นสมาชิกทุกคนจะมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีใครโดดเด่นหรือเหนือกว่าใคร เป็นการช่วยเหลือ สืบค้น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอันที่จะบรรเทา หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบมา โดยเรื่องที่เล่าอาจมีความซับซ้อน ต้องการผู้ชำนาญในการเป็นผู้นำกลุ่ม ในรักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ให้มีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดร่วมกันไว้ มีการสื่อสารภายในกลุ่ม สมาชิกจะเจอกันเฉพาะเวลามีกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเท่านั้น แต่กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) จะมีผู้ให้ประโยชน์และผู้รับผลประโยชน์ เพราะมีความเชื่อว่าผู้เลิกสุราจะช่วยผู้เลิกสุราด้วยกัน ได้ดีที่สุด โดยเป็นการบอกเล่า สอน แนะนำ กันเอง ไม่ต้องการผู้ชำนาญในการเป็นผู้นำกลุ่ม สมาชิกสามารถพบปะสังสรรค์กันนอกกลุ่มได้ (ครุณี ชุนหรัตน์ อ้างใน ถนอมนาถ เพชรโชติ และเพชร คันธสายบัว, 2541; กนกรัตน์ สุขตุงคะ, 2545; Vinogradov และ Galom, 1989 อ้างใน รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2542)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

การจัดกิจกรรมการพยาบาลระยะเร่ง และคว่นระยะฟื้นฟู (สายพิณ กมลชัย, 2540) การจัดกิจกรรมการพยาบาลระยะเร่งคว่น

ในช่วงแรกรับถึง 3 วันแรก ผู้ป่วยมีอาการคล้ายกัน คือมีอาการอ่อนเพลีย ตัวสั่น มือสั่น การทรงตัวไม่ดี เดินเซ พุดคุยด้วย งง สับสน มีพุดบ่นคนเดียว ดินไปมา ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย บางรายมีอาการหวาดกลัว กลางคืนไม่นอน จึงจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดย

1.1 ในรายที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลควบคุมให้ได้สารน้ำครบตามจำนวนในแต่ละวัน

1.2 ดูแลให้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและร่างกายสามารถนำไปใช้ได้เร็วขึ้น เช่น น้ำหวาน หรือลดการเผาผลาญอาหารของร่างกาย

- 1.3 ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว
- 1.4 ดูแลให้ได้รับวิตามินตามแผนการรักษาของแพทย์
- 1.5 สังเกตและบันทึกพฤติกรรมกรรมการรับประทาน จำนวนอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ

ในแต่ละวัน

2. การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการสั่นง การทรงตัวไม่ดี เดินเซ
 - 2.1 ประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2 ในรายที่ควบคุมตนเองไม่ได้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้น หรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้บนเตียงโดยปฏิบัติ ดังนี้
 - ก่อนผูกมัด บอกผู้ป่วยก่อนถึงเหตุผลการผูกมัด กลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย คั่นเตียงได้ และบอกระยะเวลาการผูกมัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว รับรู้มากขึ้นจะแก้มัดให้ ผูกมัดอย่างมีเทคนิคไม่แน่นหรือไม่หลวมจนเกินไป
 - ตรวจเยี่ยมดูแลความสุขสบาย พูดคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายพูดถึงความรู้สึกที่ถูกผูกมัด สม่่าเสมอ ช่วงแรกทุก 30 นาที
 - เปลี่ยนท่าผูกมัด สลับแขนขึ้นลง ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด นวดกล้ามเนื้อให้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
3. ดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยมีอาการสั่น จะมีเหงื่อออก ทำให้รู้สึกไม่สบาย
 - ดูแลความสะอาดของร่างกาย ดูแลความสะอาดของช่องปาก และเช็ดตัวให้ หรือดูแลพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ
 - สระผม , ตัดเล็บให้สั้น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในเวลากลางคืน
 - จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโปร่งที่นอนเรียบสะอาด
 - มีแสงสว่างเพียงพอ
 - ไม่มีเสียงรบกวน
 - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
 - ถ้าผู้ป่วยไม่นอน พิจารณาให้ฉีดยาเพื่อสงบอาการตามแผนการรักษาผู้ป่วยร่างกายได้พักผ่อนเพียงพอ
 - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในเวลากลางวัน 30 นาที – 1 ชั่วโมง
5. วัดสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ดูแลให้ยาลดไข้ ถ้าไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ให้ และดูแลความสุขสบาย
6. เมื่อจะเข้าไปพบผู้ป่วยหรือให้การพยาบาล ต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงการกระทำ อาจต้องพูดซ้ำๆหลายครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ พูดกับผู้ป่วยใช้คำพูดสั้นๆ พูดชัดเจน เสียงดังพอควร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย

7. คุณและวังการได้รับอันตรายจากการเกิดอาการประสาทหลอน โดยคุณแลใกล้ชิด การจัดกิจกรรมการพยาบาลระยะฟื้นฟู

ในช่วง 4-7 วัน โดยเน้นเรื่องการดูแลด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร , การนอนหลับ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรง และดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เข้าใจตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยไม่กลับไปดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อีก ดังนี้

1. พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ยอมรับคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิหรือแสดงกริยาไม่เห็นด้วยเมื่อผู้ป่วยพูดผิด
2. จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการสนทนากับพยาบาล
3. ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่บ้านและการแก้ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
4. เป็นที่ปรึกษาครอบครัวในการเตรียมความพร้อม และแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ให้การปรึกษารอบครัวถึงแนวทางการรักษาพยาบาล โดยเน้นความสำคัญของการร่วมมือระหว่างผู้รักษาพยาบาลกับญาติผู้ป่วยในการช่วยกันปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย
6. ปรึกษาประคองและให้กำลังใจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความสม่ำเสมอในการรับฟังปัญหา ไม่ตัดสินปัญหานั้นว่าฝ่ายใดเป็นฝ่ายผิด
7. ให้การปรึกษาผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่กลับไปดื่มสุราอีก ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่อยู่ในความจริง ให้ความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถแก้ปัญหาได้เอง
8. แสดงออกถึงการยอมรับปัญหาการดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วย แสดงความห่วงใยและความสนใจผู้ป่วย
9. สอนทักษะการแก้ปัญหา (ทักษะชีวิต) สนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ
11. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ตลอดจนเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจตามนัด

ในช่วงสัปดาห์ที่สองผู้ป่วยจะมีการทรงตัวดีขึ้น พุดคุยเรื่อง รับประทานอาหาร ได้มากขึ้น ช่วงนี้จึงเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้หลักการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา และการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยเลือกใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่

1. กลุ่มสอนสุขศึกษา โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มสุรา การแนะนำทักษะการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. กลุ่มอาชีพบำบัด โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัดทำงานตามความถนัด และความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งพาผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา เพื่อเป็นการมุ่งส่งเสริมคุณค่าของตนเอง สามารถเบนความสนใจไปสู่กิจกรรมที่มีประโยชน์และเป็นการลดความวิตกกังวลหรืออาการก้าวร้าวของผู้ป่วยได้อีกด้วย
3. กลุ่มนันทนาการบำบัด ได้จัดให้ผู้ป่วยเล่นเกมส์ และร้องเพลงร่วมกัน รำวง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสนุกสนานรื่นเริง
4. กลุ่มออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ได้บริหารกล้ามเนื้อ เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการออกกำลังกายว่ามีประโยชน์ทำให้ สุขภาพแข็งแรงไม่เครียด
5. กลุ่มพบปะสังสรรค์ จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มที่ใช้ความคิด ฝึกให้กล้าแสดงออก ตลอดจนฝึกการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เป็นการเตรียมผู้ป่วย
6. กลุ่มจิตบำบัด เป็นกลุ่มที่พูดถึงความไม่สบายหรือปัญหาของสมาชิก ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนและเสนอแนะความคิดเห็นความคิดเห็น มีส่วนร่วมช่วยแก้ไขปัญหของสมาชิก และรับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เพื่อจะได้นำไปปรับใช้กับตนเอง
7. การรักษาโดยใช้จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) มีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา โดยใช้การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา โดยการสร้างสภาพจำลอง หรือสถานที่ที่ล่อแหลมต่อการกลับไปดื่มสุราอีก เช่นฝึกทักษะการปฏิเสธเมื่อมีเพื่อนบ้านมาชวนให้ดื่มสุราจะทำอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยฝึกพูด และบอกถึงเหตุผลที่ตนเองไม่สามารถดื่มสุราได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาทางต่อสู้แก้ไขเมื่อเผชิญปัญหาอื่นได้ มีวิธีการแก้ไขปัญหที่ที่เหมาะสม เพื่อจะได้นำไปปรับใช้กับตนเอง

ต้องเตรียมครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่จะดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วย

1. ให้ญาติเข้ากลุ่มพบญาติ กลุ่มพบญาติคือกลุ่มที่ให้ญาติผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มาพุดคุยถึงปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม และให้ญาติแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอความคิดเห็นต่อผู้ป่วยซึ่งกันและกัน

2. การให้การปรึกษารอบครัว (Family Counseling) มีความสำคัญในการช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่ายมากขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน โดยยึดหลักการระบวนการให้การปรึกษารอบครัวโดย

2.1 ให้สำรวจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อปัญหานั้นก่อน

2.2 สื่อความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวังของตนเองที่มีต่อปัญหานั้น โดยสื่อออกมาให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับรู้มากกว่าพูดถึงพฤติกรรมของอีกฝ่ายโดยใช้ขั้นตอนนี้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้า มากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ลดน้อยลง

Beck (1973) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ โศกเศร้าหดหู่ไม่มีอารมณ์ สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติ ด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณะของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟิงผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความฟุ้งฟองใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชื่องช้าลง (Retardation) หรือกระวนกระวาย (Agitation)

Kaplan and Sadock (1989) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า มีความหมายใน 3 ด้าน ด้านแรก เป็นคำอธิบายถึงความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านต่อมาในทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าจะเป็นคำที่จะแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตนเองและความคิดจะเชื่องช้าลง และด้านสุดท้ายภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการหรือโรค มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

Zung (1965) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าจะมีลักษณะอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรงโดยไม่มาเหตุ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวถึงการเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกมีคณนเหนือหน้า หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปแล้วทำร้ายตนเองในที่สุด

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่ามีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อเพราะหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2544) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความผิดปกติประเภทหนึ่งทางอารมณ์ (mood disorders) และเป็นภาวะซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนทั้งทางด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรม โดยถ้ามีระยะเวลาการแสดงออกนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป จะถือว่ามีความผิดปกติทางคลินิก

บุญสม กองนิล (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือความผิดปกติทางอารมณ์ หรืออาการของโรค ที่มีอาการของความเศร้า ความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติของเหตุจูงใจ การรับรู้ในทางที่ผิด ความคิดในด้านลบ และอาการทางกายที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว(2527)ภาวะจิตใจหม่นหมองหดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้น มีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

จำลอง ดิษยณิข (2531) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในบุุชชนทุกคนเมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญ (A Significant Loss) เกิดขึ้น การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สามอย่าง อาจเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันได้แก่ 1) ของรัก (Loved Objects) เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิตแฟนหนีไปคบกับคนอื่น ต้องพลัดพรากจากกัน ตัวเองต้องถูกตัดขา หรืออวัยวะบางส่วนถูกตัดออกไป 2) เงินทองและทรัพย์สินสมบัติ (Money and Properties) เช่น ถูกลักขโมย ไฟไหม้บ้าน ถูกโกง 3) สถานภาพทางสังคม (Social status) เช่น สอบตก ถูกไล่ออกจากงาน ถูกฟ้องล้มละลาย มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเสียชื่อเสียง และเกียรติยศเป็นต้น

จะเห็นว่า มีผู้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไป พอจะสรุปความหมายภาวะซึมเศร้าได้เป็น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า และตำหนิตนเอง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเริ่มตั้งแต่ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน จนเกิดเป็นโรคทางจิตเวช

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าแท้จริงนั้นยังไม่แน่ชัด อย่างไรก็ตามจากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ผสมผสานกันทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ดังนี้

ปัจจัยความผิดปกติทางชีวภาพ (Biochemical factors)

ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical factors) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองกลุ่ม catecholamine ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ วิโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) (Schildkraut อ้างถึงใน ชาลินี สุวรรณยศ, 2542) สาเหตุของการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง ที่เกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty, 1995) และจากการศึกษา พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนิน จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การหลังสาร Monoamine oxidase , dexamethazone และฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ที่เพิ่มขึ้น ก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย (Gomez and Gomez, 1993) และจากการศึกษาของ Petty and Sensky (1987 cited in Scrutton, 1989) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮอร์โมน Cortisol ที่สูงขึ้นกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

พันธุกรรม (Genetic transmission) เชื่อว่า ยีนส์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษานี้พี่น้องฝาแฝด พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษานี้ของ Beck (1973) กลุ่มของยีนส์ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนในร่างกาย และจะสนับสนุนการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษานี้ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ-แม่ พี่-น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า ความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไปจะลดน้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จากการศึกษาคู่แฝด พบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 60 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

Endocrinological Hypothesis การเกิดโรคซึมเศร้าในระยะใกล้หมดประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า (สุวทนา อารีพรรค, 2535)

ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีหรือสาเหตุต่างๆ คือ

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่าความซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้า โศกเสียใจกับความ

โกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan and Sadock, 1989) การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน นอกจากความโกรธเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง ผลที่ติดตามมาคือเกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนลดลง (self-esteem) คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเป็นคนไม่ดี

ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ซัลลิแวน (Sullivan) เชื่อว่า ความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ Lewinsohn (cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตแล้ว บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตัวเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ความบกพร่องทางพฤติกรรมความคิด และสัมพันธ์กับผู้อื่น

ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive theory) พบว่าความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการคือ

1. รูปแบบการมีมองตนเองในด้านลบ (Negative view of self) เป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นต่อตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ความคิดที่ว่าตนเองไม่สวย ไม่เก่งไม่ดีพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา จึงไม่มีใครรัก อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบการมองประสบการณ์ในด้านลบ (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสียมองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมไม่สามารถ

ทนต่อไปได้อีกแล้ว หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะไปสถานการณืนั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. รูปแบบการมองอนาคตในด้านลบ (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้า ชีวิตก็มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสียเมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็นปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต ไม่รู้ชีวิตจะอยู่ไปทำไม มีสภาพหมดหวังไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ หมกอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและอาจกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ในที่สุด(Beck, 1967, Fennell, 1989, Hauenstein, 1998)

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคมวิทยา สามารถอธิบายถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างภาวะจิตใจของบุคคลและวัฒนธรรมทางสังคมวิทยา โดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ โดยผ่านกระบวนการต่อเนื่องในสังคม พัฒนาการของวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลง รวมถึงรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มบุคคล และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลต่างวัฒนธรรมอาจแตกต่างกัน ลักษณะการแสดงออกนี้ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้โดยง่าย ในการพัฒนาการของการเจ็บป่วย อาทิเช่น การพัฒนาและการแสดงออกของโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคล 3 ลักษณะคือความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อสภาพแวดล้อม และความคิดทางลบต่อสภาพการณ์ในอนาคต กล่าวคือ การรับรู้ตนเองในแง่ลบ มีผลต่อกระบวนการบิดเบือน ซึ่งความคิดต่อตนเอง ได้แก่ ความคิดที่ว่าตนเองไม่ดีพอ ไม่เก่ง ไม่เหมือนคนอื่น ดังนั้น จึงไม่มีใครรัก ส่วนการรับรู้สภาพแวดล้อมในแง่ลบ ได้แก่ความคิดที่ว่าในโลกลนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในสภาพแวดล้อมในแง่ร้าย ดังนั้นจึงไม่สามารถทนได้อีกแล้ว และการรับรู้สภาพการอนาคตในแง่ลบ ได้แก่ ความคิดในแง่ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม มีสภาพหมดหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายเป็นต้น ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหา หรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้ จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น จนเกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่างๆ ตามมา

อาการและอาการแสดง ภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่

1. อาการทางกาย ผู้ป่วยจะแสดงอาการ ดังนี้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนเพศ เคลื่อนไหวช้า บางครั้งอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่ย่อย ท้องผูก ปวดเสียดแน่นท้อง

2. อาการทางจิต ผู้ป่วยจะแสดงอาการดังนี้ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระผู้อื่น หมกความสำคัญสมาธิเสีย ลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ความสนใจต่าง ๆ ลดลง รู้สึกว่าตนเองมีความผิดหรือมีบาปโทษตนเอง ที่พบบ่อย คือ การฆ่าตัวตาย อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แจ่มใส จิตใจหดหู่ หงอยเหงามองโลกในแง่ร้าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าหมอง

ระดับความซึมเศร้า ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ (นิตยา ภิญโญคำ, 2537) ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression) คือภาวะความรู้สึกอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส (blue mood) ซึ่งบุคคลทุกคนรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ ในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆเลย บุคคลทั่วไปมีอารมณ์เศร้าได้ถ้าหากรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากๆและขาดคนเห็นอกเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนเหลียวแลขาดคนเข้าใจ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) อารมณ์ซึมเศร้าชนิดนี้มีอาการหลายอย่าง เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าในความซึมเศร้าระดับต่ำ แต่มีความรุนแรงกว่า จนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่ในความซึมเศร้าชนิดนี้ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก ความซึมเศร้าระดับปานกลาง มักจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจะเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชิงซ้ำ อาจจะทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นความซึมเศร้าอยู่ในระดับลึกและอยู่เป็นเวลานาน ความซึมเศร้าชนิดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด บุคคลที่จัดอยู่ในความซึมเศร้าชนิดนี้ จะสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับสาเหตุของความซึมเศร้าจะมาจากภายในตัวบุคคลนั้น

เบ็คแบ่งระดับความซึมเศร้าไว้ 5 ระดับ เช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของเบ็ค ที่แปลและทดลองใช้โดย มุกดา ศรีรงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนศรีหา, 2536) ซึ่งแบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับคือ 1. ความซึมเศร้าระดับปกติ(normal range) 2. ความซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) 3. ความซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild- moderate depression)

4. ความซึมเศร้าระดับมาก (moderate - severe depression) 5. ความซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

ชนิดของ Depression แบ่งตามสาเหตุเริ่มแรก อาการ และประวัติส่วนตัว ซึ่งแยกออกได้ดังนี้

1. Masked Depression บางทีเรียก Veiled Depression หมายถึงภาวะ depression ที่ไม่เด่นชัดเพราะจะถูกปิดบังลักษณะเด่นเฉพาะตัวของบุคคลนั้น คือจะมีลักษณะตีค่าตนเองต่ำ (Low Self-esteem) ถ้าเป็นคนไม่ค่อยช่วยตนเอง จะมีความหมกหมอง สิ้นหวัง และไม่ค่อยจะออกสังคม และมักจะแสดงอาการป่วยเจ็บทางกายเสมอ โดยไม่มีสาเหตุ นอกจากนี้ยังแสดงออกในรูปแบบอื่น ๆ เช่นต่อต้านสังคม ก้าวร้าว มีพฤติกรรมการทำลายสูง มีพฤติกรรมที่ยับยั้งไม่ได้ในเรื่องอาหารการกิน การใช้จ่ายหรือเหล้า เล่นการพนัน และชอบการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและอุบัติเหตุ

2. Endogeneous Depression เป็นภาวะเศร้าที่มีสาเหตุมาจากภายในจิตใจของบุคคลคนนั้น ไม่มีเหตุการณ์ในปัจจุบันเป็นสาเหตุเริ่ม ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากสาเหตุการสูญเสียในอดีต ซึ่งถูกเก็บกดไว้ในจิตใจส่วนใต้สำนึก (Unconscious) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงออกของความเศร้าทั้งหมด เช่น มีพฤติกรรมถอยกลับ ท้อแท้หมกหมอง คิดว่าตนเองไร้ค่ามีปัญหาในเรื่องการหลับนอน การกิน การขับถ่าย และการประกอบกิจวัตรประจำวันบกพร่อง manic depressive illness จัดอยู่ในความซึมเศร้าประเภทนี้

3. Involutional Depression เป็นภาวะความเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน ผู้ชายในวัยใกล้เกษียณอายุ ผู้หญิงในวัยอายุ 40-50 ปีนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ทางระบบประสาท จึงทำให้มีการแปรปรวนของบุคลิกภาพขึ้น และมีอาการเศร้าเกิดขึ้นได้ง่าย ๆ

4. Exogenous or Reactive Depression ภาวะเศร้าที่เกิดขึ้นตอบโต้กับสภาพการณ์ภายนอก เช่น การสูญเสีย โดยมากมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก การพลัดพรากจากกัน ความผิดหวัง หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในวิถีชีวิตจนทำให้มีการปรับตัวไม่ทัน

5. Agitated Depression ภาวะเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย บุคคลนั้นๆ จะมีการแสดงออกคล้ายกับว่าบุคคลผู้นั้นประสบกับความปวดร้าวอย่างมาก จะเห็นว่าเขากำมือแน่น เดินไปมาไม่หยุด คร่ำคราญถึงโชคชะตาของตนเอง เป็นภาวะเศร้าที่แตกต่างจากภาวะเศร้าอื่น ๆ ผู้ที่อยู่ในความเศร้าจะอยู่ไม่นิ่ง ไบหน้าและนัยน์ตาจะหม่นหมอง แสดงถึงความเศร้าในใจ หดหู่ใจ

6. Retarded Depression ตรงข้ามกับพวก agitated depression บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้าซึม จะเศร้าอย่างเงียบ ๆ พุดช้า เสียงราบเรียบ การเคลื่อนไหวช้า

7. Neurotic Depression พวกนี้อารมณ์เศร้ายากเกินกว่าสาเหตุ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากข้อขัดแย้งภายในจิตใจ หรือจากเหตุการณ์ภายนอก เขาจะทราบดีว่าเขามีอาการเศร้าเกินกว่าเหตุ แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมเขาจึงเป็นเช่นนั้น

8. Psychotic Depression พวกนี้อารมณ์เศร้ารุนแรง บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้านิคนี้นี้ไม่สามารถจะแยกความรู้สึกของตัวเอง ความคิดของตัวเองออกจากเหตุการณ์แวดล้อมที่เป็นจริงได้ manic-depressive จัดเป็นความซึมเศร้าในจำพวกนี้ด้วยเช่นกัน

การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีทั้งการประเมินความเศร้าโดยวิธีการสังเกต และการประเมินความซึมเศร้า โดยวิธีการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในการพัฒนางานวิชาการและงานบริการ เนื่องจากเป็นการประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ ซึ่งมีตัวอย่างของแบบประเมินดังนี้

1. Zung Self – Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดย ซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่าย ๆ เหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2. Walkefield Self – Assessment Inventory สร้างเมื่อปี 1971 โดยพยายามพัฒนาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.68 ใช้สำหรับคัดกรองผู้ที่มีความซึมเศร้า แม้จะได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่ง แต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าแบบประเมินนี้ขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจโดยภาพรวม

3. Zerssen Adjective Check list สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1970 ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด จุดอ่อนของแบบประเมินนี้คือแต่ละข้อไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ แบบประเมินจะมีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ

4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self – Rating Depression Scale)

แบบประเมินของ เบ็ค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของ รัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาความเชื่อมั่นแบบ split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

5. Hamiton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นโดย Hamiton (1960) ต่อมาในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ เพื่อตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออก แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระยะแรกๆ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Onega and Abraham(1998) พบว่าไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิดและจิตวิญญาณได้

6. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Montgomery and Asberg ในปี ค.ศ. 1979 จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้ มี 2 ประการ คือเพื่อใช้วัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็ทั้งจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ การให้คะแนนนั้นได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .76 ถึง .95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนแบบประเมินง่าย ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินนี้สั้น และไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาในการประเมิน

7. Raskin Scale or Theer- Area Severity of Depression Scale สร้างโดย Raskin ในปี ค.ศ. 1988 สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษาในกลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่าง คือ ประเมินด้าน

ประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ แบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ในผู้ป่วยนอกจำนวน 86 ราย แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้กับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษาแม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมีความเที่ยงตรงสูง แต่ก็มีข้อจำกัดคือ ต้องมีข้อมูล ด้านการทดสอบและวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

8. Beck Depression Inventory (BDI) เพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็น ข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและ มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบประเมินซึมเศร้านี้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ ยอมรับ และมีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย เช่น ลัดดา แสนสีหา (2536) ได้ทดลองใช้กับนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 อูบล ก่องแก้ว (2547) ได้นำไป ประเมินกับกลุ่มผู้สวดจิตสุราเรื้อรังจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 โดยแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของ Beck ยังเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและสามารถประเมินซ้ำได้

การบำบัดรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ที่มีอารมณ์เศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2526 ; จันทิมา องค์ไผ่ชนิด, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ประกอบด้วย

การรักษาด้วยยา โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ด้วยยา ยาที่ใช้รักษาเรียกว่ายาด้านเศร้า (Anti-depressant) ยานี้มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) ลดอาการซึมเศร้า 2) ลดอาการวิตกกังวลและ 3) ทำให้วังงซึม ยาด้านเศร้าที่นิยมใช้มีหลายชนิด เช่น Amitriptyline , Imipramine แพทย์มักเริ่ม ด้วยขนาดน้อยๆก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงค่อยๆเพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วย อาการดีขึ้นมากแล้วแพทย์ค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้ อย่าหยุดยาเร็วเกินไป หรือหยุด ยาทันที เพราะอาการอาจกลับเป็นใหม่ได้

การรักษาด้วยไฟฟ้า มักใช้ในกรณีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะการรักษาด้วยไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงโดยเร็ว การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดน้อยลงไปด้วย 2) ผู้ป่วยที่ใช้ยา

รักษาแล้วไม่ได้ผล 3) ผู้ป่วยที่มีโรคจิตร่วมด้วยและเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวงและประสาทหลอน

การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหาสาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารที่ดีและใช้สัมพันธภาพการบำบัดที่เหมาะสม โดยใช้หลักการดังนี้

ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

พยาบาลใช้เทคนิคทั้งคำพูดและท่าทีแสดงความเห็นใจและเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา และความทุกข์ของตน พยาบาลรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสังคม

การป้องกันอันตรายและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

การเสริมสร้างความมั่นใจ และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอนให้คำปรึกษาและฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหาและการตัดสินใจสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูด้านสุขภาพอนามัยของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำแหล่งบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

การบำบัดการนึกคิด (Cognitive therapy) การบำบัดการนึกคิดเป็นการรักษาแบบใหม่ โดยมีหลักการอยู่ 3 ประการคือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและคิดแปลงได้ 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนแปลงการนึกคิด ขั้นตอนการรักษาเริ่มจาก

1. การหาความคิดอัตโนมัติ
2. การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่
3. การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

4. การค้นหาและทำลายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

วิธีการรักษาแบบนี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา เป็นที่นิยมใช้รักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการพยาบาลจะช่วยทำให้พยาบาลมีทิศทางในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาสำหรับการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

อรพรรณ ลือบุญรัชชย(2544) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่การมีภาวะซึมเศร้า

ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่การมีภาวะซึมเศร้า เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านอารมณ์ (Affective) พบระดับความผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ 2) ด้านพฤติกรรม (bahavior)แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ 3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยล้า การรับประทานอาหาร การนอน และการดูแลสุขอนามัย โดย พิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับ เศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ กระบวนการทำหน้าที่ต่างๆเสีย กระบวนการคิดค้นแปร บุคลิกภาพอ่อนแอ

3. การวางแผนการพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาลมีทั้ง 1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและภาวะไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ 2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุน

ความสามารถในการทำงานการเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วย พุดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึก พึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งใน ภาวะที่รู้ตัว และภาวะไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจาก สิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตา

4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้าง ความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อ ปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียดรวมถึง การสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการ แก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟู ทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา ภายหลังการจำหน่าย

5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการกิจกรรมการ พยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว(2545) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย

ประเมินสภาพทั่วไปและอาการของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้ อาการแสดง ที่ผิดไปจากปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินความคิด และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน เช่น ข้อมูลจากตัว ผู้ป่วยเอง ข้อมูลจากญาติ ข้อมูลจากสังเกตขณะให้สัมภาษณ์ และจากการบอกเล่าของทีมพยาบาล เวนอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เกิดจากอาการที่เห็นและความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองแปรเปลี่ยน ไม่มีพลังอำนาจในตนเอง เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล เป็นการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามข้อวินิจฉัยพยาบาลในข้างต้น แผนการพยาบาลบางแผนสามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาสั้น แต่แผนการพยาบาลบางแผนต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ในเรื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเองได้

4. การปฏิบัติการพยาบาล

ทีมพยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกัน จำเป็นต้องประชุมทีมพยาบาลเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ หาวิธีการที่จะทำให้แผนการพยาบาลเป็นไปตามแผน

4.2 จัดให้มีพยาบาล 1 คน ที่เป็นพยาบาลผู้ทำหน้าที่จิตบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้รับฟังปัญหา ช่วยเสริมสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยใหม่

4.3 ช่วยผู้ป่วยให้เสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ด้วยการให้หัดตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับตนเองก่อน ไม่ตัดสินใจให้ผู้ป่วย

5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยพยาบาลแต่ละข้อ ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นกว่าเดิมเมื่อแรกเข้าโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง เขียนบรรยายอาการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้

สรุป ได้ว่าในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษาปรึกษาประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหา ปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของคนที่มืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดปัญหาซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการให้การพยาบาลทั้งโรคจิตจากสุราและภาวะซึมเศร้าไปพร้อมกัน รวมถึงให้การพยาบาลทั้งโรคทางกาย และ โรคทางจิต คือเป็นการผสมผสานกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งจะต้องประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อย่างมีระบบต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด ดังนี้

การประเมินสภาพ เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาความต้องการที่แท้จริง และความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีปัญหาทางการพยาบาลมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้าที่อาจมีความคิดทำร้ายตนเอง จนถึงวางแผนในการทำร้ายตนเอง ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ทางการพยาบาล ต้องอธิบายถึงปัญหาความต้องการที่กำลังจะเกิดขึ้นและภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นพื้นฐานในการคิดพิจารณา แนวทางการพยาบาลที่พยาบาลสามารถทำในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน โดยเริ่มจาก ขั้นตอนการถอนพิษสุรา ไปจนถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง โดยต้องนำความรู้ต่างๆ มาประยุกต์ใช้แบบองค์รวม สำหรับพยาบาลจิตเวช การปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ มีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. เป้าหมายในระยะสั้น (short-term objectives) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะถอนพิษสุรา ประเมินสภาวะอันอาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2. เป้าหมายในระยะกลาง (intermediate objectives) ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดในขั้นตอนถอนพิษสุราพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือและแจ้งผลของการรักษาต่อผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นผู้ป่วยให้เข้าร่วม โครงการรักษาต่อไปและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด ร่วมกับการต้องพึ่งพาสารเสพติดต่างๆ

3. เป้าหมายในระยะยาว (long-term objectives) กระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาและมุ่งมั่นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องดื่มสุรา ประเมินสภาวะซึมเศร้า ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยหรือบอกได้ถึงแรงจูงใจต่างๆ ที่อาจทำให้เขาต้องใช้สารเสพติดพร้อมกับช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ มีแรงจูงใจ และการร่วมมือในการรักษาต่อไป หลีกเลี่ยงการกลับไปดื่มสุรา การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายนั้น ร่วมกับการใช้วิธีการช่วยเหลือการพยาบาลจิต และกลุ่มจิตบำบัด

ระดับประคอง (Group supportive psychotherapy) เพื่อช่วยเหลือ สืบค้น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อนำไปแก้ไขประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

5. กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง (group supportive psychotherapy)

การรักษาจิตบำบัดระดับประคอง (supportive psychotherapy) เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานทางจิตเวชทั่วไป มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชแทบทุกรูปแบบ เพราะสามารถคัดแปลงไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มที่มีปัญหาด้านประสิทธิภาพการทำงานของจิตใจ เช่น ผู้ป่วยโรคจิต หรือโรคจิตเวชเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นมานาน จนถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีสภาพจิตใจและการทำงานของจิตใจดีมาก่อน แต่เกิดวิกฤติหรือจิตใจถูกกระทบอย่างรุนแรง เช่น มีความสูญเสีย การหย่าร้าง ต้องการฆ่าตัวตาย หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคอายุรกรรมที่รุนแรง ไม่ว่าแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โรคร้ายอาจถึงแก่ชีวิต และโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งไม่ว่าพยาธิสภาพทางจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในลักษณะใด มีอาการรุนแรงมากหรือน้อย อาการเฉียบพลันหรือเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเวชต่างๆ ที่ไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาจิตบำบัดอื่น ต่างก็สามารถช่วยเหลือได้ด้วยการรักษาแบบระดับประคอง โดยผู้รักษาจิตบำบัดระดับประคองอาจเลือกทั้งวิธีและระยะเวลาในการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุดต่อผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตน

สมมติฐานสำคัญของกลุ่มระดับประคองก็คือสมาชิกในกลุ่มสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ เมื่ออยู่ในสถานการณ์เดียวกันเพราะว่าคนอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสถานการณ์จะไม่เข้าใจปัญหาที่เป็นเอกลักษณ์นั้นๆ สมาชิกของกลุ่มระดับประคองต้องร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งทำความเข้าใจในประสบการณ์ของตนเองรวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ที่แต่ละคนประสบ กลุ่มระดับประคองเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดทางเลือกที่ดีขึ้นเมื่อคนเรามีประสบการณ์ที่ต้องต่อสู้บางอย่างคล้ายกัน (Vinogradov และ Galom, 1989 อ้างใน รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2542)

5.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง

แนวคิดพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีด้วยกันหลายแนวคิด ทฤษฎีความเชื่อและอุดมการณ์ของผู้นำกลุ่มแต่ละคน แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและประโยชน์กับผู้นำกลุ่มในการนำวิธีการต่าง ๆ ในแต่ละแนวคิดไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์ (Marram, 1978)

แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่นิยมใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีความแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) มุ่งแก้ไขความขัดแย้งที่อยู่ในจิตไร้

สำนึกของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการถดถอยของจิตใจ (regression) ไปสู่วัยต้นของชีวิตที่มีปัญหา ทำให้ความขัดแย้งเดิมที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกกลับขึ้นมาสู่จิตสำนึก 2) แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในอดีตการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกกลุ่ม ก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ความวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกร่วมกันเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกันที่จะลดพฤติกรรมนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Peplau, 1952 cited in Lege.1998) 3) แนวคิดทฤษฎีเอ็กซิสเตนเชียล (Existential theory) 4) แนวคิดทฤษฎีเกสตัลท์ (Gestalt theory) ซึ่งเน้นว่าบุคคลมีอิสระเสรีในตนเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ธรรมชาติของการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลตระหนักรู้ในภาวะ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) ถ้าบุคคลรู้ว่าอะไรคือปัญหา ไม่ใช่ทำไมจึงเกิดปัญหา ในขณะเดียวกันเมื่อบุคคลสนใจว่าอะไรเกิดขึ้น เขากำลังทำอะไรในการแก้ปัญหานั้น ๆ บุคคลจะไม่ลงโทษหรือปฏิเสธสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะสนใจแต่ในภาวะปัจจุบันและตระหนักมากขึ้นในทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหามาทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาคตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และ 5) แนวคิดทฤษฎียาลอม เน้นว่าปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

5.2 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีดังนี้

Knight (1954) ได้อธิบายว่า จิตบำบัดประคับประคอง เป็นการรักษาจิตบำบัดแบบผิวเผิน (superficial psychotherapy) ที่เป็นการสร้างแรงคลใจ (inspiration) ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ (reassurance) คำแนะนำ (suggestion) โน้มน้าว ให้ความรู้ใหม่ (re-education) และการใช้เทคนิคอื่นๆ ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบางหรือไม่ยืดหยุ่น (flexible) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานทางจิตใจหรือกลไกปกป้องจิตใจตนเองได้ดีพอ หรือไม่สามารถเข้าใจตนเอง

Novalis (1992) ให้คำจำกัดความว่าเป็น การรักษาจิตบำบัดวิธีหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบประคับประคองระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และสามารถปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยรับความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกไม่สบายหรือความผิดปกติของผู้ป่วยทั้งในแง่ของความรู้สึกและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุดจากโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ และช่วยให้มีความเป็นตัวตนในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของตน

Pinsker (1988) อธิบายว่าการรักษาจิตบำบัดระดับประคองรายบุคคลนั้น เป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับรักษา ช่วยให้มีการกลับคืนมาหรือมีการเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) การทำงานอีโก้ (ego function) และทักษะในการปรับตัว (adaptive skills) โดยเรื่องคุณค่าในตัวเอง (self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยในเรื่องความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในตนเอง (confidence) ความหวัง (hope) และความนับถือตนเอง (self regard) การทำงานของอีโก้ นั้นรวมถึง ความสัมพันธ์ต่อความเป็นจริง (relation to reality) การคิด (thinking) การปกป้องจิตใจตนเอง (defense formation) การควบคุมอารมณ์ (regulation of affect) การสังเคราะห์ข้อมูล (synthetic function) ส่วนทักษะในการปรับตัว หมายความว่า การกระทำที่มีประสิทธิภาพ (effective functioning) บางครั้งขอบเขตของเรื่องหน้าที่ทางอีโก้และทักษะในการปรับตัว อาจมีการเหลื่อมล้ำกัน ไม่สามารถแยกแยะกันอย่างชัดเจน แต่โดยทั่วไปแล้ว การประมาณสถานการณ์ของผู้ป่วย (assessment of events) เป็นหน้าที่ของจิตใจ หรือเป็นหน้าที่ของอีโก้ ส่วนการกระทำที่เป็น การตอบสนองหลังจากอีโก้ประเมินแล้ว เป็นเรื่องของทักษะการปรับตัว การรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษา และตัวผู้ป่วยเองมากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎีหรือวิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิคและยุทธวิธีทางจิตบำบัดจากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตใจต่างๆ มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการรักษา (Pinsker 1994) โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วย ณ จุดนั้นเป็นสำคัญ

Yalom, 1995 ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคองดังนี้ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคองเป็นการบำบัดรักษารูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคองบุคคลที่มีทุกข์ทางใจโดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา

ผู้รักษาสามารถใช้ทฤษฎีและความเข้าใจเกี่ยวกับจิตไดนามิกในเรื่องกลไกป้องกันจิตใจและความรู้สึกที่โอนมาแต่วัยเด็ก (transference) หรืออดีต เพื่อเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย แต่ในการรักษาแบบนี้ผู้รักษาไม่พยายามสร้างความเข้าใจในอดีตให้แก่ผู้ป่วย เพราะจุดมุ่งหมายของการรักษาเน้นการลดอาการมากกว่าความเข้าใจ ผู้รักษาอาจเลือกเทคนิคอื่นที่คิดว่าจะบรรเทาหรือลดอาการผู้ป่วยได้รวมทั้งอาจเปลี่ยนเทคนิคใหม่ขณะที่ยังรักษาอยู่โดยอาศัยการสังเกตว่า วิธีใดเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด อาจกล่าวได้ว่าการรักษาเป็นแบบ eclectic คือ ใช้วิธีการรักษาและหลักการรักษา

ได้หลายรูปแบบโดยมุ่งหวังให้ลดอาการ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น มิได้เน้นว่าต้องใช้หลักการหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นพิเศษ

5.3 ประวัติความเป็นมา

การรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคองนี้ เริ่มต้นมานานตั้งแต่ยุควัฒนธรรมกรีกโบราณ ทั้งฮิปโปเครติส (hippocrates) ผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาของการแพทย์” รวมทั้ง Plato และ Aristotle (Dodds 1951) ต่างก็เป็นนักปรัชญาที่มีความคิดและเทคนิคในการช่วยผู้ป่วยทางจิตใจโดยใช้หลักการเช่นเดียวกับจิตบำบัดระดับประคับประคองในปัจจุบัน

Philippe Pinel (1745-1823) ผู้ปลดปล่อยผู้ป่วยโรคจิตจากโซ่ตรวน ก็ใช้หลักจิตบำบัดระดับประคับประคองเช่นกันในการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่า “moral treatment”

สำหรับวงการจิตเวชในสหรัฐอเมริกา Benjamin Rush (1745-1813) หนึ่งในผู้ลงนามประกาศอิสรภาพของสหรัฐอเมริกา และเป็นบิดาของจิตเวชศาสตร์อเมริกัน ก็ใช้เทคนิคจิตบำบัดระดับประคับประคองในการรักษาผู้ป่วยทางจิตใจ เช่นกัน

นายแพทย์ชาวเยอรมัน Johan Christian Reil (1759-1813) ผู้บัญญัติคำว่า “Psychiatry” เป็นผู้เขียนเรื่องการบำบัดระดับประคับประคองเป็นคนแรกในปี 1803 จึงกล่าวได้ว่า จิตแพทย์ชาวเยอรมันผู้นี้เป็นผู้เริ่มการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างเป็นทางการ

ฟรอยด์ ผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในความก้าวหน้าของจิตเวชศาสตร์ และทำให้เกิดเข้าใจในการทำงานของจิตใจมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเรื่องทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แต่ฟรอยด์ก็ยังกล่าวบ่อยครั้งว่าการให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา ต่อมานักจิตวิเคราะห์อีกหลายท่านพบว่า การรักษาด้วยจิตวิเคราะห์ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจำนวนมาก และต้องปรับปรุงเทคนิคประคับประคองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีความทำงานของจิตใจดีขึ้น แทนการพยายามวิเคราะห์จิตใจได้สำนึก

Alexander และ French (1946) ได้อธิบายถึงความสำคัญของ “corrective emotional experience” เป็นการรักษาที่พยายามให้ประสบการณ์เพื่อช่วยแก้ไขจิตใจผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

5.4 องค์ประกอบของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

พัฒนาการกลุ่ม จากแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเองแจ้งกฎกติกา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน

มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่ สมาชิกทดสอบผู้นำกลุ่ม ความลังเลของสมาชิกกลุ่ม ความสงสัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษา โดยมักพบว่าสมาชิกกลุ่มจะมุ่งสนทนากับผู้นำกลุ่ม ต้องการคำตอบและการยอมรับจากผู้นำกลุ่ม โดยมีการยึดผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง เพื่อแสวงหาคำพูดชมเชยจากผู้นำกลุ่มมากกว่าที่จะสนทนาร่วมกันภายในกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องระมัดระวังคำพูดในการวิพากษ์วิจารณ์ที่ปรารภและไม่พึงปรารภของกลุ่ม

2) ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ออกมาเต็มที่กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจและแก้ไขเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป เช่น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก และสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม อันเนื่องมาจากความต้องการมีอำนาจที่ต้องการที่จะควบคุมและครอบงำกลุ่มของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรืออาจมาจากความไม่เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และความแตกต่างในข้อปฏิบัติทางศาสนา ธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมกลุ่มอาจจะมีการรวมพลังเพื่อต่อรองผู้นำกลุ่มหรือเรียกร้องให้ได้มาซึ่งอำนาจ

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม อยู่ในสภาวะของการทำกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของบุคคล (defense mechanism) หาทางป้องกันตัวเองจากการถูกคุกคามที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้ได้ แล้วชี้แจงให้กลุ่มทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ได้อย่างถูกต้องและตรงกัน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความเป็นส่วนบุคคลและสิทธิของบุคคล และอาจต้องมีการทบทวนถึงกฎกติกา วัตถุประสงค์ในช่วงนี้ด้วย จึงจำเป็นที่ผู้นำกลุ่มต้องรู้จักควบคุมตนเองและระงับสติอารมณ์เมื่อรู้สึกโกรธ เพื่อป้องกันความขัดแย้งกับกลุ่ม และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3) ระยะเวลายุติกลุ่ม (terminal phase) ในระยะนี้สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่มซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่มความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายประชาคมติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดคุยถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษา บอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อนอันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน

ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็นคือผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดีกับความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่มดังนั้นผู้นำกลุ่ม ต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทาง ในการกลับไปดำเนินชีวิตต่อเนื่องกลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

ปัจจัยบำบัด ตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975 , 1995) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อมๆ กันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาและชนิดของผู้ที่เข้ากลุ่ม ซึ่งยาลอม(Yalom, 1975 , 1995) ได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้

1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเองทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3. การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหามือหนึ่งกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้อง

เป็นความจริงและกระ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดใหัในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างควมไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พุระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้พุระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองคูลอกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิตและส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกรมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มโดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60 - 90 นาที ซึ่งยาโลม (Yalom, 1995) แนะนำว่า ควรจัดกลุ่มให้มากที่สุด เพื่อให้สมาชิกได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้กลุ่มมีความ

มันคงยิ่งขึ้น สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มการบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญสมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่มด้วย ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 8 - 10 คน แต่ไม่เกิน 12 คน สมาชิกกลุ่มน้อยไปจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้งแล้ว ถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงกัน

คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (Group Therapist) คือ บุคลากรในทีมสุขภาพได้แก่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คือ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งคุณสมบัติผู้นำบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากโรงเรียนวิชาชีพหรือสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุเรื่องกลุ่มบำบัดไว้ที่มีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีการฝึกปฏิบัติ การสอนภาคปฏิบัติ จะต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่มและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด ยาลอม (Yalom, 1995) เสนอว่าผู้นำบำบัดกลุ่มควรมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการทำกลุ่มมาก่อน โดยการฝึกฝนต้องเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มบำบัด เช่น เป็นผู้สังเกตการณ์ และต้องมีความรู้ทางทฤษฎีมาก่อน ผู้นำบำบัดต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในการจัดการกับกลุ่ม และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นเปิดกลุ่มจนถึงปิดกลุ่มได้ โดยเริ่มฝึกจากกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมาก่อน โดยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและมีผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่มเป็นผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด และการทำกลุ่มที่ผู้นำบำบัดไม่ได้รับการเรียนรู้และไม่ได้ฝึกฝนมาก่อนจะทำให้วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดผิดไปจากที่ต้องการ และทำให้กลุ่มไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร เพราะผู้นำบำบัดขาดคุณสมบัติในการทำกลุ่ม

หน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ องค์ประกอบหนึ่งในการที่จะดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งยาลอม (Yalom, 1995) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักและเทคนิคสำคัญของผู้นำกลุ่มไว้ 3 เรื่อง ดังนี้

5.5.1 การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะดำเนินการกลุ่มดังนี้

1. คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ มีความตั้งใจและเต็มใจในการบำบัดตามเกณฑ์ลักษณะที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในระยะนี้ผู้นำบำบัดกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ

2. รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกได้พูด ได้มีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดร่วมกันไว้ ซึ่งในระยะแรกนี้ สมาชิกแต่ละคนจะไม่มีใครรู้จักกัน ผู้นำกลุ่มต้องทำหน้าที่สื่อสารภายในกลุ่ม แนะนำสมาชิกกลุ่มให้รู้จักกัน และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่มาอยู่ร่วมกันในแบบเดียวกัน

3. กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิก มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น และเสริมสร้างกำลังใจแก่สมาชิกคนอื่น ๆ ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มได้มีพัฒนาการที่ดี การที่สมาชิกได้พูดได้ เสนอแนะ จะทำให้ตระหนักในคุณค่าของตนเองและมีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

5.5.2 การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) วิธีการที่ผู้นำกลุ่มจะสร้าง บรรทัดฐานของกลุ่มให้เกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยบทบาทและวิธีการดำเนินกลุ่มดังนี้

1. บทบาทในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้นำกลุ่มควรจะเป็นผู้ที่รอบรู้เข้าใจ เทคนิคของการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและแนะนำกลุ่มในช่วงแรก ๆ ให้ร่วม กำหนดคกฏเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิก ร่วมทำความตกลงกัน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้นำ กลุ่มจะนำกลุ่มไปในทิศทางที่เหมาะสม

2. บทบาทในฐานะเป็นตัวแทนในการปฏิสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มจะเป็นตัวแบบในการ สร้างบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียนแบบจากความใกล้ชิดและความเชื่อถือไว้ วางใจ ผู้นำกลุ่มอาจแสดงบทบาทของการเปิดเผยตนเองในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็น และให้ความช่วยเหลือในกลุ่ม เพื่อแสดงเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียน

3. การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการนำกลุ่มการบำบัด ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ในปัจจุบันที่เกิดขึ้น ขณะนี้ เวลานั้น หรือใช้แนวคิด “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้แก้ไข พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่นขณะที่อยู่ในกลุ่มมากกว่า เพื่อให้สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่ม ขณะนั้น ได้แก่ วิธีการดังนี้

3.1 ดึงความรู้สึกของสมาชิกให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มขณะนั้น ให้ขึ้นมา ประจักษ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่ม ในเหตุการณ์ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกก็จะมี การพูดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ ข้อคิดเห็น ข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน มีการ เปิดเผยตัวเองต่อกัน มีการเอื้ออำนาจกลุ่มให้ดำเนินไปด้วยดี คำนี้ถึงความมีส่วนร่วมของสมาชิก แต่ละคนและผู้นำกลุ่ม

3.2 นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้เรียนรู้อะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้นมีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์และปัญหานี้อย่างไร อาจจะถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างจากเหตุการณ์ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเราเองได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่ง “ชาลอม” เรียกสิ่งนี้ว่า ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (self reflecting loop)

ลักษณะการรับสมาชิก แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

- ก. กลุ่มแบบปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม
- ข. กลุ่มเปิด หมายถึง กลุ่มที่สมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม

สำหรับกลุ่มการบำบัดควรเป็นกลุ่มแบบปิด เพราะกลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้ จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การที่สมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่ม อาจขัดขวางต่อพัฒนาการเช่นนี้ได้ (Yalom, 1975)

การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะดังนี้

1. มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
2. มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
3. มีความสามารถแยกบทบาทต่อตนเองและผู้อื่นได้

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้น จะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น

ดังนั้น สมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วัชร ฐะคำ, 2524)

1. ช่วยนำกลุ่ม โดยใช้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีแก้ปัญหากลุ่ม
2. คอยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่งชาลอมเรียกสิ่งนี้ว่า ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (Self Reflecting Loop)

ซึ่งชาลอม (Yalom, 1995) ได้แนะนำว่า การที่สมาชิกจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือทำให้กลุ่มสับสนตลอดเวลา นั้นขึ้นอยู่กับ

1. ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง เช่น สนใจ และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม การให้ความร่วมมือในขณะทำกลุ่ม
2. สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม เช่น การแจ้งให้ทราบ วัน เวลา สถานที่ วัตถุประสงค์ของการที่ต้องเข้าร่วมกลุ่ม

ใช้เทคนิคในการสื่อสาร

การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง และรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพและสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถประเชิญปัญหาต่างๆ ได้ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำกลุ่ม จึงต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ทำได้หลายวิธี เช่นการยิ้ม ทักทาย แนะนำตนเอง และสมาชิกในกลุ่มให้รู้จักกัน การมีที่ทำเป็นกันเอง การจัดสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศสบาย ๆ ไม่อึดอัดเคร่งเครียด
2. การสังเกต (Observation) ได้แก่ การรู้จักสังเกตท่าที พฤติกรรม การแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมาย จะโดยใช้คำพูด(Verbal) ได้ตอบกัน หรือวิธีอื่นที่แทนการพูด(Non-verbal) จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมได้ดี
3. การแนะนำแบบทั่ว ๆ ไป (General Leads) มักเป็นลักษณะคำถามหรือคำพูดนำไปสู่การ อภิปรายของสมาชิกในกลุ่ม หรือใกล้จบการอภิปราย หรือต้องการชักจูงให้เปลี่ยนแนวคิดไปจากเดิม หรือใช้เพื่อทำลายความเจ็บอันยาวนานก็ได้
4. การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักใช้ในตอนแรก ๆ ที่เริ่มกลุ่ม และสมาชิกยังไม่กล้าพูดคุยกัน ผู้รักษาจะเป็นผู้นำกระตุ้นความสนใจ โดยอาจพูดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สมาชิคน่าจะสนใจ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน
5. การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) คือ การให้คำสนับสนุนในความคิดการกระทำและแผนการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้รักษาเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยบอกผู้ป่วยว่าเขาคิดดีแล้ว เห็นด้วยกับแผนการณ์ของเขา โดยทั่วไปผู้รักษาจะสนับสนุนในความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ความอดทน ความมั่นใจและความหวังที่มี
6. การเชื่อมโยง (Connection) ผู้รักษาจะต้องรู้จักใช้เทคนิคของการเชื่อมโยงเรื่องหรือประเด็นต่างๆ ที่พูดกัน เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม
7. การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคของการเงียบซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งของกลุ่มทนไม่ได้ จะเป็น(พูดทำลายความเงียบขึ้นมาเอง
8. การฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดให้ได้โดยมีท่าทีสนใจ อาจบอกให้พูดต่อไปหรือพยักเพยิดเป็นเชิงรับก็ได้

9. การยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำเอาค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบกับและไม่ได้แย้งใดๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่นึกว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุย ไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ คือ เป็นการให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ชี้ปัญหาของตนด้วยตนเอง

10. ความอดทน (Patient) ผู้รักษาต้องอดทนให้สมาชิกกลุ่มได้พูดในสิ่งที่เขาอยากพูด อยากรบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilation) สิ่งเก็บกดต่างๆ ออกมาอย่างอิสระ เหมือนเป็นการถ่ายของเสียออกจากจิตใจ วิธีนี้ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา แต่ช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยมีที่ว่างพอจะรองรับอารมณ์และความรู้สึกใหม่ๆ เข้าใจและเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น เมื่อเขาได้พูดในสิ่งที่พอใจแล้ว ก็อาจจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาหรือเรื่องเกี่ยวข้องต่อไป

11. การทำให้เกิดความกระจ่าง แจ่มแจ้ง (Clarification) คือ การให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องทั้งของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการซักถามให้ผู้ป่วนำความคิดที่มีอยู่ ทบทวนใหม่ พิจารณาใหม่ ไม่คิดมุมเดียวหรือมองคนในแง่เดียว แต่ให้คิดละเอียดทุกแง่มุมเพื่อให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้รักษาไม่ได้เสนอความคิดของตนเอง แต่ตั้งคำถามให้ผู้ป่วนึกในสิ่งที่ตนเองไม่เคยคิดมาก่อน พยายามไม่ให้ใช้ความคิดเข้าข้างตนเอง แต่ให้ยึดถือความจริง ความเป็นไปได้เป็นหลัก จะทำให้ผู้ป่วยมองตนเองและผู้อื่นได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

12. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วนึกความหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์และความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง และกล้าเผชิญกับความรู้สึกของตน

13. การเรียบเรียงถ้อยคำเสียใหม่ (Restatement) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวที่ปะติดปะต่อได้ ผู้รักษาก็จะช่วยโดยการนำถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดมาเรียบเรียงเสียใหม่ โดยไม่ตีความหมาย จะช่วยให้เข้าใจกระจ่างขึ้น ซึ่งนักวิชาการบางท่านเรียกวิธีนี้ว่า การสะท้อนเนื้อหา (Reflection of Content)

14. การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองมักเป็นคำถามกว้างๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ชี้เพื่อคำตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ แต่จะกระตุ้นให้เล่าถึงรายละเอียดหรือแสดงความคิดเห็น และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาของตนอีกด้วย

15. การแนะนำหรือแนะนำ (Guidance or advice) เป็นการพูดถึงหลักการทั่วไป ในการรักษาโรค การปฏิบัติตนเอง ปรับปรุงตนเอง การแก้ปัญหา การใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง การทำงาน การคบเพื่อน การวางตัวในสังคม เป็นการให้ความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น เมื่อเกิดความเครียดจะทำอย่างไร นอนไม่หลับ ควรปฏิบัติอย่างไร

16. การชักชวนและจูงใจ (Suggestion and persuasion) เป็นการชี้แนะนำให้ผู้ป่วนึกเห็นด้วยยอมรับ คล้อยตามนำไปปฏิบัติ ผู้รักษาอาจจะใส่ความรู้สึก แสดงท่าทางใช้น้ำเสียงที่จูงใจ โนม่น้าว

ให้ผู้ป่วยเห็นด้วย วิธีนี้ไม่ควรใช้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยที่จะขอรับคำแนะนำไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่สามารถนำตนเองได้

17. การให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) ด้วยการให้กำลังใจปลอบใจ ซึ่งให้เห็นความสามารถ ความดีของผู้ป่วยที่มีอยู่และเคยมีมา ทำให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอาจจะทำโดยการชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถคิดหาแนวทางได้หรือปฏิบัติได้เหมาะสม ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหานั้นๆ มีทางแก้ไขได้ และการคาดคะเนว่า ต่อไปอาจจะดีขึ้น

18. การใช้คำถามป้อนกลับ (Feedback) เมื่อมีผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง ตั้งคำถามขึ้นมา แทนที่ผู้รักษาจะเป็นผู้ตอบก็อาจจะป้อนกลับไปยังผู้อื่นๆ ในกลุ่มหรือกลับไปที่ตัวของผู้นถามเองว่า เขาคิดว่าอย่างไร

19. การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นวิธีที่ผู้รักษาเปิดเผยความรู้สึกในความคิดเห็นกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์บางอย่างในคำพูด ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ได้ และผู้ป่วยมีสิทธิจะคัดค้าน ถกเถียงวิจารณ์ ผู้รักษาได้อย่างตรงไปตรงมาเช่นกัน เท่ากับเป็นการเปิดเผยความรู้สึกที่มีต่อกัน ซึ่งวิธีนี้จะต้องเลือกทำเป็นวิธีสุดท้าย เมื่อใช้วิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยกับผู้รักษามีสัมพันธภาพที่ดี อาจใช้วิธีการสัมผัสมีอ้อมด้วย ด้วยท่าที่ดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาของผู้รักษาได้ถูกต้อง และยอมรับในที่สุด

20. การอภิปรายสรุป (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดถึงปัญหาได้หลายแง่หลายมุมแล้วก็จะสรุปรวมเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นว่า ได้พูดอะไรกันไปบ้างแล้ว (มีพิมพ์ต่อ)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคองประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจโดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กันร่วมแสดงความรู้สึกความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ 1) การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2) การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3) การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น และดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะคือ 1.ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม 2.ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม 3.ระยะยุติกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง การมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการผินึกกำลังกันซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มนั้นมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือเพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดได้ระบาย

และแสดงความรู้สึกภายในใจ เพิ่มคุณค่าในตนเองซึ่งเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง ได้แก่กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะในกลุ่มนี้การใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะช่วยให้เกิดการปรับตัวดีขึ้น ลดการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือการบิดเบือนปัญหาที่เกิดขึ้น มองเห็นการบกร่องทางสภาพอารมณ์และการกระทำของตนเอง เกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของโรคจิตจากสุรา

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้านักจะก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งในสถานศึกษาและสังคมภายนอก ครอบครัว และที่สำคัญคือตัวของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเอง เพราะในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากลุ่มนี้จะมองตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร ทำให้สามารถก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น การทะเลาะวิวาท การทำร้ายผู้อื่น การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม เกิดการเพิ่มความรู้สึกในคุณค่าแห่งตน และมีการพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม คือ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (Supportive groups psychotherapy) ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแทบทุกประเภท และสามารถดัดแปลงมาใช้ในกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตใจที่เคยมีสภาพของการทำงานของจิตใจดีมาก่อน และมีปัญหากระทบภายหลัง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของโรคจิตจากสุรา สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมด 6 กิจกรรม ระยะเวลาครั้ง ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนสมาชิกในการบำบัดคือ 12 คน (รวมผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม) ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่มแบบปิด ผู้ศึกษาคือผู้นำกลุ่มบำบัด (Group Therapist) โดย ปฏิบัติตามหน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่มเพราะกลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การที่สมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่ม อาจขัดขวางต่อพัฒนาการเช่นนี้ได้ (Yalom, 1975) การจัดเตรียมห้องกิจกรรมกลุ่ม มีการจัดกลุ่มเก้าอี้ไม่มีโต๊ะกั้นกลาง ระยะห่างพอควร เพื่อสังเกตพฤติกรรมได้ทั่วถึงทำให้สมาชิกทุกคนมองเห็นกันได้อย่างทั่วไป ตลอดจนจนช่วยทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณคนมีบทบาท และไม่มีอำนาจเด่น ไปจากคนผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกับนาฬิกาเพื่อใช้เวลาขณะทำกลุ่มให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้

โดยอาศัยกลุ่มเป็นส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับแก้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง กลุ่มเปรียบเสมือนกระจกซึ่งสามารถอาศัยในการลดภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ (ปราโมทย์ เชาวศิลปี และธรรณชัย คงสกันธ์, 2542) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase)

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ

หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในทางบวก การอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน เรียนรู้วิธีการ และการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันของตน ได้อย่างเหมาะสมนั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ไม่คิดบางอย่างที่อยู่ในใจผู้ป่วยออก เพื่อการกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมี ความเป็นสากล (universality) การให้ข้อมูล (imparting of information) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) และการรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) ระยะทำงานร่วมกัน (working phase)

กิจกรรมที่ 2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

หมายถึง มีการอธิบายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากลุ่ม การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม(ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุรา

กิจกรรมที่ 3. การรู้จักและเข้าใจในตนเอง

หมายถึง การที่รู้จักตนเองตลอดเวลา เมื่อเกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยควรเลี่ยงจากสถานการณ์นั้นก่อนเพื่อป้องกันการแก้ไขที่ไม่ถูกต้อง และอาจนำไปสู่การการใช้ยาเสพติด การดื่มสุรา การเข้าใจในตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเอง ให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4. การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า

หมายถึง การจัดการหรือควบคุมอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องการเรียนรู้ และฝึกฝน เนื่องจากหลีกเลี่ยงอารมณ์เหล่านั้นไม่ได้ จึงควรมีการกับอารมณ์ที่ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5. การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

หมายถึง การมองเห็นและยอมรับข้อดีของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองนั้น เป็นการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้สมาชิกสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจ
 ต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล
 (universality) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal
 learning) การให้ข้อมูล (imparting of information) การ
 ระบายออก (catharsis) การได้เลียนแบบ (imitative
 behavior) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The
 corrective recapitulation of primary family group
 member) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม
 (development of socializing techniques) การรู้สึกมี
 ความหวัง (instillation of hope) และการได้รู้ถึงความ
 จริงของชีวิต (existential factors) ระยะยุติกลุ่ม (terminal
 phase)

กิจกรรมที่ 6. พัฒนาเป้าหมายและควมมีคุณค่าในชีวิต

หมายถึง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จะเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิด
 แรงจูงใจที่จะทำ สิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายนั้น ซึ่งการที่ผู้รับ
 การบำบัดตระหนักและสามารถระบุเป้าหมาย ในชีวิตของตัวเองได้
 จะช่วยให้สมาชิกสามารถควบคุมตัวเองให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น และ
 ส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจ
 ต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล
 (universality) การเรียนรู้ มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal
 learning) การให้ข้อมูล (imparting of information) การ
 ระบายออก (catharsis) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้า
 สังคม (development of socializing techniques) การรู้สึก
 มีความหวัง (instillation of hope) และการได้รู้ถึงความ
 จริงของชีวิต (existential factors)

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนั้น การใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง จะช่วยให้ผู้ป่วย
 โรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงระดับรุนแรงนั้น ลดลงได้ มีการเผชิญปัญหาที่จะ
 ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสม และส่งผลให้เกิดการร่วมมือในการรักษา เช่น การกินยาตาม
 แผนการรักษา มารับการตรวจตามนัด การลดหรือเลิกดื่มสุราและสารเสพติดต่างๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึง

สนใจที่จะนำการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Spence และคณะ(2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในมารดา ความยากจนและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกิดในวัยเด็ก กับการทำนาย การเกิดภาวะซึมเศร้าและ วิตกกังวลในผู้ติดสุรา โดยทำการศึกษาระยะยาวใน 4,434 ครอบครัว ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้ติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในมารดามีผลสูงมากต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและ ซึมเศร้าในผู้ติดสุราเมื่ออายุ 14 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ความยากจน ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผล ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้ติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ใน กรณีที่มีพ่อหรือแม่เป็นผู้เลี้ยงดูเพียงคนเดียว ความแตกต่างระหว่างเพศ และความยากจน ไม่พบเป็น ปัจจัยเสี่ยงในงานวิจัยนี้

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของบิดา มารดา และสภาพแวดล้อมในครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1,177 คน โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC) ชุดสำหรับผู้ปกครอง พบเด็กที่ปกครองระบุว่ามีปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 54.41 อยู่ในระดับปกติร้อยละ 33.09 และไม่พบความ แตกต่างของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ในเด็กที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาและ สภาพแวดล้อมในครอบครัวที่แตกต่างกัน

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี รักษาภายหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิต บำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ (2547) ศึกษาเรื่อง การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้า ระหว่างการรักษาแบบจิตสังคมและการรักษาแบบเดิมของโรงพยาบาลศรีธัญญา การวิจัยนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าแบบจิตสังคมกับแบบเดิม โดยการ ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 เดือน เกี่ยวกับการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การกลับมารับการรักษา แบบผู้ป่วยในซ้ำ การดำเนินชีวิตและความพึงพอใจของญาติใน ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคจิตจากยาบ้า (F15.5) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 47 คน ผลการวิจัยพบว่า ขนาดยาต้านโรคจิตต่อวันที่ ใช้รักษาเมื่อเริ่มต้น และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ที่รับการรักษาแบบจิตสังคมและการ รักษาแบบเดิม ไม่แตกต่างกัน แต่ขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้รักษาต่อวันเมื่อจำหน่าย มีความแตกต่าง กัน โดยในกลุ่มการรักษาแบบเดิมจะได้รับขนาดยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูงกว่า เมื่อติดตามผลหลังการ

จำหน่าย 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดิมมีโอกาสที่จะกลับใช้สารเสพติดซ้ำและกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบจิตสังคมถึง 4.4 เท่า และ 5.8 เท่า ตามลำดับ นั่นคือ การรักษาแบบจิตสังคม 3 ราย และ 4 ราย ก็จะเห็นผลในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและการกลับมารับการรักษาซ้ำเหนือกว่ารักษาแบบเดิม 1 ราย ในส่วนของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบจิตสังคมมีการดำเนินชีวิตภายหลังการรักษาในระดับช่วยเหลืองานบ้านไปจนถึงการเรียนและการทำงานได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดิมถึง 7.3 เท่า และพบว่าญาติผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจต่อผู้ป่วยภายหลังการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 85 คน พบว่าอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือระดับสูง และมีอัตมโนทัศน์ในระดับต่ำ และพบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูงที่สุดคือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี รองลงมาคือรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ไร้คนสำคัญ ส่วนอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ระดับต่ำที่สุดคือพยายามดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

นิชนันท์ คำถ่าน (2547) ศึกษาเรื่อง การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ เพศชาย จำนวน 20 ราย ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 29-55 ปี ระยะเวลาที่ดื่มสุรา 8-29 ปี ปริมาณการดื่ม 6-12 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ดื่ม 15-28 ครั้งต่อสัปดาห์ กลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรา การดำเนินกลุ่ม แบ่งออกเป็น 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ เนื้อหาการบำบัดประกอบด้วย การเพิ่มแรงจูงใจในการลด/เลิกการดื่มสุรา การวิเคราะห์องค์ประกอบการดื่มสุรา การปรับพฤติกรรม การปรับความคิด และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Time Line Follow Back) และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Process of Change - Alcohol Questionnaires) ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 9 ราย จาก 20 ราย ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา และจำนวน 11 รายมีการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนการบำบัด แต่ไม่ดื่มเกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโครงการตั้งไว้ โดยการศึกษาติดตามผลแต่ละระยะพบว่า 1) ในระยะ

ติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ดื่มสุร่าจำนวน 16 ราย กลับไปดื่มสุร่าในปริมาณ 2-50 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 4 ราย 2) ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ดื่มสุร่าจำนวน 14 ราย ดื่มสุร่าในปริมาณ 1-12 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 ราย 3) ในระยะติดตามผล 2 เดือน ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ดื่มสุร่าจำนวน 13 ราย และดื่มสุร่า 1-26 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 7 ราย

ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดกลุ่มต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดยาเสพติด พบว่า ผู้ติดยาเสพติดภายหลังได้รับจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สุจรรรยา แสงเขียวงาม: ผลการศึกษาของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มมีคุณภาพจิตดีขึ้นในด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรอบแนวคิด

โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง

- กิจกรรมที่ 1. สร้างสัมพันธภาพ โดยเน้นการสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ และข้อตกลงร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยเน้นการอภิปรายและเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และระดับประคองซึ่งกันและกัน
- กิจกรรมที่ 3. การรู้จักและเข้าใจในตนเอง โดยเน้นการรู้จักและเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเกิดการยอมรับ และพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น
- กิจกรรมที่ 4. การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการเรียนรู้และฝึกฝนจัดการกับอารมณ์ที่ถูกต้อง เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม
- กิจกรรมที่ 5. การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยเน้นการมองข้อดีของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เป็นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข
- กิจกรรมที่ 6. พัฒนาเป้าหมายและความมีคุณค่าในชีวิต โดยเน้นสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น เมื่อบรรลุตามเป้าหมายแล้วก่อให้เกิดคุณค่าในชีวิต ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้า