



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกิดขึ้นที่พบในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมาข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ประเทศไทยมี คนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 13 ล้านคนและมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (นิรุจน์ อุทธาและคณะ, 2547) และพบว่าคนไทยดื่มสุรามากกว่าคนอเมริกาถึง 3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตคนไทยปี 2542 พบว่าคนไทยในระดับภาคร้อยละ 10.2 ในระดับจังหวัด ร้อยละ 31.8 มีปัญหาการเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในอันดับที่ 1 (จันทิณี ชูประภาวรณ, 2543) และจากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ 2546 พบว่ากลุ่มโรคจิตเวชที่มีความชุกสูง ต้องได้รับการแก้ไขก่อนได้แก่ Alcohol use disorder และ Major depressive disorder หรือโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ผลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 เฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ หรือ DALYs (Disability Adjusted Life Years) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและพิษสุราเรื้อรังจะมีการสูญเสียปีสุขภาวะใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาจำนวนที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรแล้ว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้ต้องมีการดำเนินการด้านระบาดวิทยาเพื่อเฝ้าระวังติดตาม โรคดังกล่าว (กรมสุขภาพจิต , 2547) เป็นเรื่องที่น่าตระหนกอย่างยิ่งว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพบว่าผู้ที่ติดยาสุราเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในสถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2547 พบ 733, 774, 932 1,055 และ1,693 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (รายงานประจำปี สถาบันธัญญารักษ์ , 2547) การที่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมากขึ้นในประเทศไทย โดยเฉพาะโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและเศรษฐกิจ เกิดผลกระทบต่อประเทศไทย สังคม โดยประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักกลับเป็นซ้ำอีก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้บางคนไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าญาติทอดทิ้งก็ตกเป็นภาระของสังคม ผลเสียจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและต่อสังคม (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542)

การติดสุราหรือโรคพิษสุราเรื้อรังจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง (กานูพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างเรื้อรัง สืบเนื่องมาจากการดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปจนเกิดความผิดปกติ (WHO, 1950 อ้างใน บรรจง สืบสมาน, 2536; มุกดา วัฒนกุล, 2519) จนทำให้เกิดความเสื่อมของสุขภาพกายและจิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับครอบครัว ที่ทำงานและสังคมจะแปรปรวนไป การดื่มสุราจะทำให้ผู้ดื่มได้รับความพึงพอใจในความอยากบางอย่าง และจะดื่มมากขึ้นจนในที่สุดสุราจะเป็นความสุขอย่างหนึ่งและเป็นอย่างเดียวในชีวิตของเขาเป็นยาแก้ล่อมอารมณ์ภายในตัว ภายหลังจากที่ดื่มเข้าไปเรื่อยๆก็จะติด (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2531)

สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมีผลกระทบต่อระบบสำคัญทั้ง 5 ระบบคือ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเมตาบอลิซึม ระบบไตและระบบการดูดซึม โดยผลทั้งทางเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้เกิดกลุ่มโรคได้ประมาณ 100 กว่าโรค จึงเรียกว่าโรคพิษสุราเรื้อรังหรือศัพท์ใหม่ตามบทบัญญัติขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 1977 ว่า Alcohol Dependence Syndrome แทนคำว่า Alcoholism (บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ, 2534) การดื่มสุราระยะยาว จะทำให้เข้าสู่ระยะเป็น โรคพิษสุราเรื้อรัง (สุวทนา อารีพรรค, 2524) จะส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มเองทั้งร่างกายและจิตใจต่อครอบครัวและต่อสังคม (Macus, 1991) ในด้านต่อตนเองจะส่งผลกระทบทางร่างกายนั้นจะมีผลทางสรีระวิทยา ระบบประสาท มีอาการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิการ ไร้สมรรถภาพ ด้านจิตใจทำให้การตัดสินใจพร่อง สมาธิในการทำงานลดลง ขาดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ต่อต้านการรักษา อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 70 (บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ, 2534 ; กรมสุขภาพจิต, 2542 ; Grater et al., 2002) และพบว่าจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น (Barraclough, 1995; Rivara & Rushforth, 1997) จากการสำรวจความชุกและสุขภาพจิตของคน ไทยที่ติดสุราของ ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2542) พบว่าร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของมุลเลอร์และคณะ (Muller et al., 1994) ยังพบว่าโรคพิษสุราเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เป็นอาการสำคัญในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยพบได้ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 70 สอดคล้องกับการศึกษาของเบริกและ คอนนอร์ส (Barick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร่าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการติดสุราและลดการกลับไปดื่มสุราถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่เริ่มแรกก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับภาวะซึมเศร่าลดลงก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของฮาซินและคณะ (Hasin et al., 1996) ศึกษาถึงผลกระทบของ

ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตลอดระยะเวลา 5 ปี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำนวน 127 รายพบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยหากระดับความซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสของการหายจากการติดสุราเรื้อรังและการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และพบต่อไปอีกว่านอกจากมีผลต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำแล้ว ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุรายังส่งผลต่อการฆ่าตัวตายอีกด้วย ทำนองเดียวกับการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิวัฒน์กุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2542) พบว่าภาวะซึมเศร้าและการติดสุราเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตและการเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยเกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Beck, 1967) สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีได้ตั้งแต่ปฏิกิริยาที่เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ และภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุราหรือฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองโดยตรง (Lahman อ้างถึงในธีรรัชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2545) เนื่องจากสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองมีการลดลงของซีโร โดนิน หรือนอร์อิพิเนฟรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Davies, 1998 ; Delgado & Morance cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานยังมีผลทำให้เกิดปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ สุขุณยเสียบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัวและสังคม (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) เมื่อดื่มสุราเป็นประจำไม่สามารถหยุดได้ จึงต้องเสียเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้คุณค่าในตนเองลดลง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และรู้สึกว่ามีหวังต่ออนาคตเนื่องจากจะมีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำได้สูง มักล้มเหลวในการรักษา (ลภพ เรืองตรกูล, 2543) มีการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วยยาวนาน (Rawlins et al., 1993) มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดภาวะเครียดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง จากการรู้สึกผิด ไร้พลังอำนาจ โทษตัวเอง รู้สึกเสียคุณค่าเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลงเกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆตามมา (ธีรรัชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2545) จากการศึกษาของเอ็อมเคือน เนตรแจ่ม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้

รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 67.67 เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดคาดหวังจะถูกลงโทษ การตำหนิตนเอง การรู้สึกถึงความล้มเหลวในชีวิต จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อพิจารณาแล้วสาเหตุหลักของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังคือการมีความคิดด้านลบซึ่งเป็นรูปแบบของความคิดที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการตามแนวความคิดของ Beck (1967) คือการที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีความซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ว่าเต็มไปด้วยอุปสรรคเมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะแปลเหตุการณ์นั้นๆ ไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง

จากข้อมูลที่พบจะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจหากสามารถคัดกรองและให้การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ก็จะช่วยให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพ ลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำและลดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังนั้นเมื่อพิจารณาแล้วความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นสาเหตุสำคัญและเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยปรับในเชิงป้องกันรักษาได้ Miller (1992) กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพ่รองหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตัวเองของผู้ป่วย และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและความนับถือตนเองจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังก็เช่นกัน เป็นโรคที่เรื้อรังต้องการผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์และการกระทำต่างๆ มีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางกายและเกิดความเจ็บป่วยในใจ ไม่มีกำลังที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง (Smith, 1998) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีความพ่รองหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจและนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจตามแนวคิดที่ Miller (1992) กล่าวไว้ ดังนั้นการสูญเสียพลังอำนาจจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สาเหตุที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ จากการมีความคิดในด้านลบ

จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองรวมทั้งพัฒนาทักษะในความเข้าใจกับความคิดค้นลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดให้ตรงกับความเป็นจริง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (Miller, 1992) จากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี (2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของ Miller (1992) พบว่าเพิ่มความสามารถกับการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยแหล่งพลังอำนาจตามแนวความคิดของ Miller มี 7 แหล่ง คือ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้น เพราะเมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจสร้างทางเลือกเพื่อจัดการกับปัญหา มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal control) มีการรับรู้ความสามารถในตน (Self-efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง รวมทั้งมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Well-being) (ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) ซึ่งแหล่งพลังอำนาจ ทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอจึงจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจภายในตนได้

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยทั่วไปในปัจจุบัน ได้ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยขาดสติชนิดอื่น ๆ คือการบำบัดรักษาด้วยยา การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาซึ่งยังไม่พบการบำบัดผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเจาะจง ซึ่งแนวทางในการรักษาที่นิยมใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าคือ การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตบำบัด แต่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าสูง ดังนั้นการรักษาทางจิตบำบัดที่ให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้ถึงวิธีการในการแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากความคิดและจิตใจของตน จึงมีประสิทธิภาพมากกว่าในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะยาวและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Dobson, 1989; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998)

การใช้แนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้ ผสมผสานทฤษฎี ทักษะ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงความต้องการในระบบบริการสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นบทบาทที่สอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี และจินตนา บุญพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาตามแนวความคิดของ Miller (1992) ประกอบด้วย 6

ขั้นตอน คือ การสร้างความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ร่วมกับกิจกรรมตามแนวคิดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สมพร บุษราทิจ และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542 ; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยผสมผสานแนวคิดดังกล่าวร่วมกับกิจกรรมของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี งามจური และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เพราะเป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตไปในด้านบวก ซึ่งการมีความคิดในด้านบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับการนับถือตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) เพิ่มขึ้น ทำให้การรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และสามารถส่งผลให้ระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงได้ ผลที่ได้จากการศึกษารังนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการบริการในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพต่อไป

### ปัญหาการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังจากได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาดำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาดำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่สำคัญแล้วเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่เรื้อรังต้องการผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์และการกระทำต่างๆ มีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ไม่มีกำลังที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง (Smith, 1998) เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง จากการเรียนรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ โทษตัวเอง รู้สึกเสียคุณค่า เสียภาพลักษณ์ของตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวว่าคนที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องคล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่นจนทำให้มีความบงการหรือความไม่สมคูลของแหล่งพลังอำนาจและนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียคุณค่าและความนับถือตนเองนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังแล้วพบว่าเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความคิดในด้านลบ ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ผู้ให้การบำบัดควรจะช่วยเหลือคือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดเชิงลบ Beck et al.(1979) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจที่เข้มแข็งหรือมีความสมคูล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งมีอยู่ 7 แหล่งได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อत्मโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจและระบบความเชื่อ และเมื่อพิจารณาแล้วภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังคือการมีความคิดด้านลบซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการตามแนวความคิดของ Beck (1967) คือการที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งมีอยู่ 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้น

หาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังได้นำกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al. (1979) ซึ่งมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบอันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ 3) การปรับเปลี่ยนความคิด และ 4) การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยประยุกต์กิจกรรมการบำบัดทางปัญญามาผสมผสานไว้ในกิจกรรมที่ 2, 3, 5 และ 6 ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีการนับถือตนเองในทางบวก ระบุว่าแหล่งพลังอำนาจของตนมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอ รู้สึกถึงแหล่งพลังอำนาจในตนเอง และสามารถส่งผลถึงการลดระดับซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ โดยโปรแกรมทั้งหมดมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้รู้จักและมีปฏิสัมพันธ์กัน สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม และบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกซึมเศร้า สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกกันได้ มีความรู้สึกในทางบวกต่อตนเอง (Devito, 1995 อ้างถึงใน สุกัญญา พิระวรรณกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริงและตัดสินใจได้ถูกต้อง (Gibson, 1995)

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยค้นหาปัญหาและความคิดในทางลบซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยให้ทบทวนความคิดอัตโนมัติด้านลบของตน และบันทึกความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา การทำความเข้าใจกับสภาพ ปัญหา ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ช่วยให้เข้าใจถึงแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของบุคคล (Stapleton, 1997)

3. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ตรวจสอบความคิดในด้านลบที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจของตนเองซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสรุปสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า และทบทวนว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริงและตัดสินใจได้ถูกต้อง (Gibson, 1995) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยยอมรับสภาพที่แท้จริง โดยมีความคิดต่อตนเองในด้านบวก ทำให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง



4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ ทักษะและแหล่งพลังอำนาจ ที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบให้มีความคิดเหมาะสม ตามความเป็นจริง และดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้รู้สึกมี พลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้บุคคลได้รับความรู้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นประ โยชน์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orem cited in Hanucharumkul, 1998 อ้างถึงใน ถักขมิ บัญชรรม, 2540) หากผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่ง เป็นเหมือนแหล่งประ โยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง(ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542)

5. การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนตรวจสอบสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วม กันค้นหาแนวทางและวางแผนจัดการกับสิ่งนั้น ให้ผู้ป่วยได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่มีความ เป็นไปได้และเขียนไว้ในแบบบันทึก พยายามต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือก แนวทางแก้ไขปัญหา เสนอแนวทางที่เหมาะสม เป็นไปได้ ให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

6. การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลัง อำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม ขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยทบทวนถึงความคิดทางลบที่ได้บันทึกไว้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหาก ผู้ป่วยมีความคิดในทางลบต่อไปจะเกิดผลลัพธ์อย่างไรต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิด เห็นร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจว่าผู้ ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับความคิดทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ โดยให้ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่มีความคิดและความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองนั้นจะส่งผลถึง การลดระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยได้(Gordon, 1999 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุณยสมภพ, 2547)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกจิ กรรมการบำบัดทางปัญญา Beck et. al. (1979) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีความคิด ต่อตนเองในด้านบวก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึง ตั้งเหตุผลและสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและบำบัดทางปัญญาจะต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ ตึกบำบัดด้วยยา สถาบันรัฐญาร์กซ์

#### จ. ปฐมฐาน

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์กำหนด

ของ Beck (1987)

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดต่อตนเองทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมี 6 ขั้นตอน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์และได้ประยุกต์กิจกรรมการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al. (1979) มาผสมผสานในกิจกรรมครั้งที่ 2, 3, 5, และ 6 ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลมีการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้รู้จักและมีปฏิสัมพันธ์กัน สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม และบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติทางลบ หมายถึง กิจกรรมการค้นหาปัญหาและความคิดในทางลบซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุของ

ภาวะซึมเศร้า โดยให้บททวนความคิดอัตโนมัติด้านลบของตน และบันทึกความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

3. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง หมายถึง การสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ตรวจสอบความคิดในด้านลบที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจของตนเองซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสรุปสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าและบททวนว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร หมายถึง การให้ข้อมูลและความรู้ ทักษะและแหล่งพลังอำนาจ ที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบให้มีความคิดเหมาะสมตามความเป็นจริง และดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น

5. การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วยตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนตรวจสอบสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันค้นหาแนวทางและวางแผนจัดการกับสิ่งนั้น ให้ผู้ป่วยได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้และเขียนไว้ในแบบบันทึก พยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอแนวทางที่เหมาะสม เป็นไปได้ ให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

6. การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยทบทวนถึงความคิดทางลบที่ได้บันทึกไว้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหากผู้ป่วยมีความคิดในทางลบต่อไปจะเกิดผลลัพธ์อย่างไรต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ว่าจะเปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบนั้นอย่างไรจึงจะมีความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับความคิดทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ โดยให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลมีความเบี่ยงเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ รู้สึกไร้ค่า พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory)

พลังอำนาจ หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ประเมินได้จากการรายงานของบุคคลที่รับรู้ศักยภาพที่เป็นแหล่งทรัพยากร

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยการดื่มสุราเป็นระยะเวลาหลายๆ ชั่วโมงแล้วซ้ำอีกส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ดื่มและเข้ารับการรักษานในสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาประกอบด้วยกิจกรรม การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา กลุ่มปฐมนิเทศ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มนันทนาการ กลุ่มพบญาติ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบรูปแบบในการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นต่อไป