

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ เป็นการศึกษาการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

1.2 สาเหตุ

1.3 อาการทางคลินิก

1.4 การดำเนินโรค

1.5 การรักษา

1.6 ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.1 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.3 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม

2.4 กลไกทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.5 อาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

3.2 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

3.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.4 การบำบัดรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

3.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อสำนึกในคุณค่าแห่งตน
 - 4.2 การเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตน
 - 4.3 ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
5. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 5.1 บริบทการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 - 5.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
6. แนวคิดเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง
 - 6.1 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจิตบำบัด จิตบำบัดประทับประคองแบบกลุ่มและกลุ่มประทับประคอง
 - 6.2 ความหมาย
 - 6.3 เทคนิคในการทำกลุ่มจิตบำบัดประทับประคอง
 - 6.4 ระยะเวลาของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดประทับประคอง
 - 6.5 บุทธวิธีในการทำจิตบำบัดประทับประคอง
 - 6.6 ปัจจัยบำบัด
 - 6.7 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดด้วยจิตบำบัดประทับประคองแบบกลุ่ม
7. แบบแผนกลุ่มจิตบำบัดประทับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะซึมเศร้า
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวิปัญญามักคืออยู่แม้จะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพรรณ ถีอนุญชวรัชชัย, 2545)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive Symptoms) และอาการทางลบ (Negative Symptoms) ถึงแม้ว่าไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive Disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท จึงมีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก สังคมและการทำหน้าที่ (Sadock and Sadock, 2005)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติของโรคทางกายหรือโรคทางสมอง ส่งผลให้มีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป

1.2 สาเหตุ

Sadock and Sadock (2005) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมากได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic Factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นก็โอกาสสูง

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต (Boyd, 2005)

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่นมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของสมอง (Taylor, 1994)

1.2.1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Culture Factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีฐานะต่ำ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เนื่องจากมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากอยู่ในระดับฐานะเช่นนั้น อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ 2 ประการคือ ผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอยู่แล้วขาดการศึกษาและอาชีพที่มั่นคง รวมทั้งมีวิถีชีวิตอยู่กับคนในระดับเดียวกันและความเครียด เนื่องจากความยากจน สภาพสังคมบีบคั้น เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เป็นโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอยู่แล้ว (Social causation Hypothesis) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.3 อาการทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนี้ อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่อีกมีอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ซึ่งมีลักษณะอาการเด่น 2 ด้านดังนี้ (Boyd, 2005)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms)

ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มีอาการหลงผิด (Delusion) คือผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทางรูป รส กลิ่นเสียงและสัมผัส โดยอาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท และมีการแสดงออกในด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดซึ่งเป็นผลมาจากความคิดหลงผิด หรือมีอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย

1.3.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms)

คือลักษณะอาการด้านลบที่สำคัญได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมากไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ (Affective Flattening) พูด

น้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เชื้อขาดลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย

1.4 การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal Phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติสังเกตว่าเก็บคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเดิม เก็บตัวในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ มีอาการระแวงแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active Phase)

ส่วนใหญ่แล้วเกิดอาการกำเริบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการทางจิตจะปรากฏชัดเจน พบว่าคนที่เป็โรคจิตเภทมักมีอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ในระยะกำเริบที่พบบ่อยดังนี้

1.4.2.1 อาการหลงผิด (Delusion) มีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดหวาดระแวงร่วมด้วย (persecutory delusion) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง คนที่จะปองร้ายอาจเป็นคนอื่นๆ เดียวหรือเป็นขบวนการเชื่อว่าตนถูกกลั่นแกล้ง

1.4.2.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ประสาทหลอนคือการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้สึกตัวคืออยู่ตลอด มิใช่แค่ได้แค่ได้ยินเสียงคนเรียกชื่อบางครั้งหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ประสาทหลอนชนิดที่พบรองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนโกลัซิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสรรายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นเช่น ได้กลิ่นแปลกๆ ลิ้นรับรสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

1.4.2.3 อาการด้านความคิดผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะมีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียวผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความคิดให้เป็นไปแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูด การสนทนา โดยอาจจะพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องกันเพียงเล็กน้อย (Loosening of association) หรือ

อาจตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นหลายๆการวางคำในตัวเองจะสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตัวเอง (neologism)

1.4.2.4 อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่นหัวเราะคนเดียวทุกอย่างที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

1.4.2.5 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นความคิดหลงผิด ประสาทหลอนหรือเป็นจากความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ บางคนอาจควบคุมตนเองไม่ได้ พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)

อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่นประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ในระยะที่อาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่การนอนหลับที่ผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

1.5.1 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภท ยาต้านโรคจิตเป็นยาที่สามารถพบอาการข้างเคียงได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)และเกิดขึ้นกับระบบต่างๆของร่างกายหลายระบบ อาการที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่นอาการตัวสั่น ตัวแข็ง การเคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น หระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตนเองได้ บ้างรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มีภาวะ severe depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจแก้ไขนอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาและผู้ดูแลควรให้ความสำคัญทางด้านจิตสังคมด้วยเช่นกัน

1.5.3.1 จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual & group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้เกิดสมดุลทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการใช้วิธีการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆเช่นทักษะทางสังคม เป็นต้น

1.5.3.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการสื่อสาร ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งทักษะดังกล่าวก็จะได้รับรางวัล ซึ่งอาจเป็นคำชมเชยหรือเหรียญ

1.5.3.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) โดยใช้หลักการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการกำเริบแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยา ก็ยังต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงออกความเห็นใจ การกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ

1.5.3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึงการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์ และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความเข้มแข็งของจิตใจการฟื้นฟูสภาพทักษะทางสังคม (Rehabilitation) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมทักษะเหล่านี้สามารถนำไปใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา

1.6 ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่พบได้บ่อยได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด รับประทานยาอย่างยาวนาน ทำให้

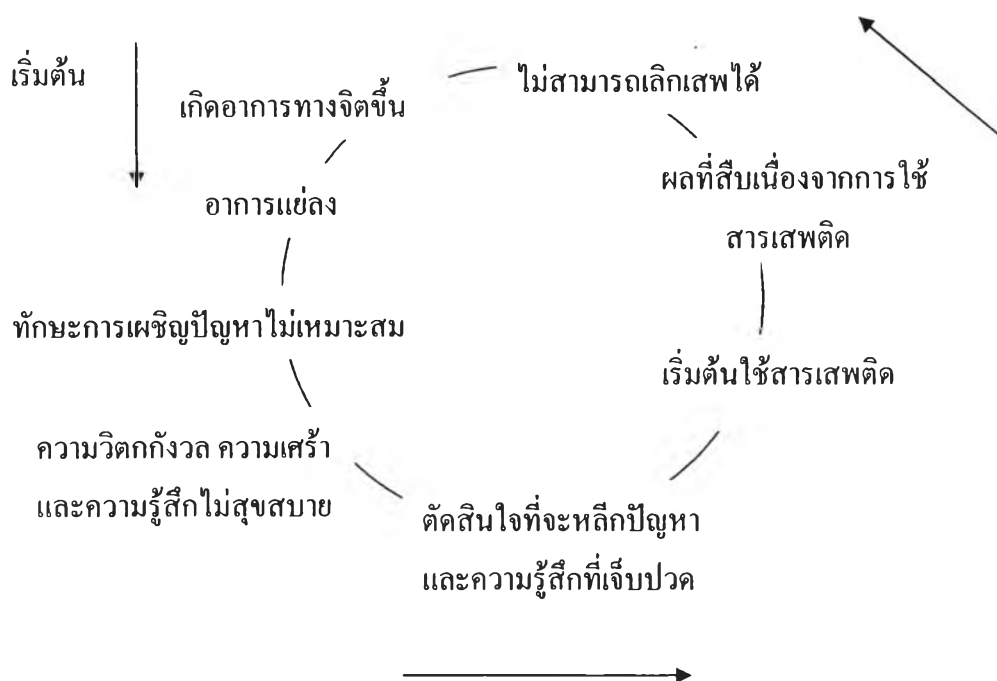
เกิดความรู้สึก ท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการ การทำร้ายตนเอง หรือปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.1 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทประมาณ ร้อยละ 60 มีการใช้สารเสพติด (NIDA, 2007) ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดมีอายุน้อย ช่วงอายุเฉลี่ยในเพศชายประมาณ 38.6 ปีและในเพศหญิง 42.4 ปี พบการใช้สารเสพติดในเพศชาย ร้อยละ 85 และเพศหญิงร้อยละ 65 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมประมาณร้อยละ 10 ถึง 65 ตกอยู่ในภาวะไร้บ้าน(homelessness) การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตต่ำ เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ง่าย และเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Faltz and Sellin, 2005) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสูง (Green et al., 2007) ไม่มีงานทำและนอกจากนี้ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด (Nolte et al., 2009) ดังนั้นปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องหาแนวทางการดูแลและการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายเมื่อออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังพบว่า ปัญหาการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด มักพบได้บ่อยในผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) หรือ Cluster B เช่น Borderline Personality Disorder, Histrionic Personality Disorder และ Narcissistic Personality Disorder ที่มีพื้นฐานนิสัยแบบต่อต้านสังคมร่วมอยู่ด้วย (Walker, 1992) บางครั้งพื้นฐานนิสัยหรือพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติดอาจมีส่วนคล้ายคลึงกับบุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ

ซึ่งภาพต่อไปนี้จะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้นและการใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 วงจรการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Faltz and Sellin, 2005)

จากรูปภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากอาการทางจิตเพิ่มขึ้น เช่น อาการประสาทหลอน ซึมเศร้า เครียด แต่มีการใช้ทักษะและวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ในลักษณะต่างๆ อาทิเช่น เก็บปัญหาไว้คนเดียว ไม่ปรึกษาผู้อื่น ข่มขู่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้วิตกกังวล อารมณ์เศร้าและความรู้สึกไม่สุขสบายตามมา จึงอาจเลือกใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาและความรู้สึกไม่สบายใจเหล่านั้น โดยตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการใช้สารเสพติด เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ มีความสุข และเมื่อมีการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องยาวนานก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกเสพสารเสพติดได้ ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและการป่วยซ้ำตามมาได้

2.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม หรือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช (อาจเป็นโรคทางจิตเวชหรือปัญหาความผิดปกติของบุคลิกภาพ) ร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด หรือมีปัญหาการติดสารเสพติด จากการศึกษาพบว่ามีจำนวนร้อยละ 10-80 ของผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชทั้งหมด (Ortman, 1997 cited in Keltner et al., 1999) ซึ่งการวินิจฉัยตามแนวทางของวินิจฉัยจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) หรือระบบการจำแนกโรคสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) นั้น ผู้ป่วยต้องมีโรคหลักมากกว่า 1 โรค สำหรับ

ตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วมกับการใช้กัญชา หรือผู้ป่วยติดยาที่มีปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับปัญหาบุคลิกภาพแบบพึ่งพานั้น ไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดเพราะไม่ได้บอกว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

2.3 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่ มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคจิตเวชเกิดขึ้นก่อนแล้วจึงมีการใช้สารเสพติดตามมา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนมักจะหาวิธีการใช้สารเสพติด เช่น สุราหรือยาเสพติดอื่นๆ ในการลดอาการประสาทหลอนของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบายขึ้น ลดความวิตกกังวล ในอีกด้านหนึ่งผู้ป่วยเหล่านี้อาจใช้ยาเสพติดเพื่อลดความไม่สุขสบายของตนจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม หรือกลุ่มเพื่อนจึงใช้สุราหรือยาเสพติด ในขณะที่เข้าสังคมกับเพื่อน (Carey, 1996) อีกทั้งมีผลการศึกษาซึ่งพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดนั้น เพื่อเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งการขาดทักษะทางสังคม ซึ่งคุณลักษณะและวิธีการจัดการปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการของตน (Olson, 2004) โดยสารเสพติดที่ใช้อาจเป็นยาบ้า กัญชา สุราเป็นต้น (Beeder and Millman, 1997)

2.4 กลไกทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

กลไกทางจิต หมายถึงการที่ผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไข คิด ตัดสินใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บปวดทางใจหรือเกิดปัญหา (Brehm and Khantzian, 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจตัดสินใจเลือกใช้สุราหรือยาเสพติดเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือความโกรธ บุคคลที่ไม่สามารถรักษาความสมดุลทางจิตใจได้หรือไม่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนได้โดยต้องพึ่งพายาเสพติดนี้อาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าบุคคลที่มีความพร่องในการควบคุมตนเอง (self regulatory deficiencies) (Brehm and Khantzian, 1997) โดยมีเหตุผลการใช้สารเสพติดเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจและต้องการปรับสมดุลทางจิตใจ นอกจากนี้ผู้มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติที่มีการใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่ก็มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีและนำไปสู่การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งในจิตใจ

2.5 อาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.5.1 อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยทั่วไปอาจมีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป แต่อาจพบพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด

โดยความรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดที่ใช้ บางรายมีอาการขาดยาหรืออาการสับสนจากการหยุดใช้ยา เช่นอาการขาดสุรา เป็นต้น

2.5.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ควรมีการเลือกใช้โปรแกรมหรือแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล โดยการดูแลนั้นต้องมีความยืดหยุ่น เข้าใจง่ายและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ซึ่ง Faltz and Sellin (2005) กล่าวว่าในปัจจุบันมีระบบการดูแลในลักษณะต่างๆ เช่น การพิจารณารับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน เมื่อมีความจำเป็น การจัดการกับภาวะวิกฤตหรือการให้คำสัญญาแก่ผู้อื่น การดูแลเรื่องการรับประทานยา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (12 step programs) การทำจิตบำบัดไดนามิก (Psychodynamic therapies) เพื่อหาสาเหตุของปัญหาและทำความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย โดยใช้ระดับจิตใต้สำนึก ปมขัดแย้งในจิตใจ (Beeder and Millman, 1997) การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการวางแผนจำหน่ายและประสานงานกับจิตเวชชุมชน เป็นต้น

จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่มีปริมาณสูงขึ้น ทำให้การรักษาพยาบาลมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น และต้องการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การรักษาที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้ (Faltz and Sellin, 2005)

2.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

2.5.3.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่ไม่เต็มใจเข้ารับการรักษา ปฏิเสธพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน ผู้ป่วยเหล่านี้คิดว่าตนเองเพียงไม่สบายใจ จึงใช้ยาเสพติดบ้างเพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบายใจของตน ผู้ป่วยจะไม่ค้นหาสาเหตุของปัญหาและไม่ต้องการรักษาเพราะมีความคิดว่าตนเองไม่ได้ติดสารเสพติด

2.5.3.2 ความรู้สึที่ผู้รักษามีต่อผู้ป่วย ผู้บำบัดอาจรู้สึกท้อแท้ใจ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ บางรายปฏิเสธการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ และไม่ร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา บางครั้งอาจมีสัญญาณที่แสดงถึงความล้มเหลวในการรักษาเช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้รักษา ส่งผลในการตัดสินใจในการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดบางครั้งอาจรู้สึกมีตราบาป หรือทำผิดกฎหมาย เนื่องจากผู้ป่วยใช้หรือซื้อขายยาเสพติด ผู้บำบัดอาจใช้วิธีการบำบัดที่มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง อาจกลับไปใช้สารเสพติดได้อีก ส่งผลให้การรักษาล้มเหลว และทำให้ผู้รักษาเกิดความรู้สึกด้านลบต่อผู้ป่วย

2.5.3.3 ความเข้าใจผิดและอคติของการเจ็บป่วยทางจิต บางครั้งผู้บำบัด จะให้การบำบัดผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติดเพียงอย่างเดียว โดยขกเว้นการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง จิตร่วมด้วย เนื่องจากผู้บำบัดไม่เข้าใจในธรรมชาติของโรคจิตเภทและมีความรู้สึกลัวเมื่อผู้ป่วย มีอาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ทำให้ผู้บำบัดเลือกวิธีการบำบัดได้ ยาก ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาที่เหมาะสมได้

2.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมักพบได้บ่อยในชุมชน เช่นแผนกฉุกเฉินที่หน่วย บริการปฐมภูมิ เมื่อผู้ใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ในสมอง ปัจจัยทางด้านชีวเคมีเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ยังทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตต่ำ รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้สูง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาและไม่มารักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการป่วยซ้ำและนำไปสู่ภาวะไร้บ้านที่เพิ่มสูงขึ้น(Hwang, 2002 cited in Faltz and Sellin, 2005) รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลสุขภาพของตน เช่น ไม่ได้รับสารอาหาร อย่างเพียงพอ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ผู้รักษาอาจเกิดความรู้สึกทางลบกับผู้ป่วยและเป็น เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้รักษาต่อต้านผู้ป่วยเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการยอมรับจากสังคม มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่ำส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Green et al., 2007)

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อ และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิด ความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิด ความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

ส่วน Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้าน จิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ความ เบี่ยงเบนทางอารมณ์ได้แก่ ความเศร้าโศกหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความ

เบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ มองตนเองในด้านลบ ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี พฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ไร้คุณค่า ไร้ความสุข และมีความคิดอยากตาย ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกทางการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม

3.2 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression Symptoms) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

3.2.1 อารมณ์เศร้าโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อย หรืออาจมีอยู่ตลอดเวลา

3.2.2 อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย มักรู้สึกเสียใจเมื่อทำในสิ่งไม่ดีที่ผ่านไปแล้ว

3.2.3 รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

3.2.4 เบื่ออาหาร ไร้ความรู้สึกอยากอาหารแม้แต่อาหารที่ตนเองเคยชอบ

3.2.5 นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย

3.2.6 รู้สึกอ่อนเพลีย อาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

3.2.7 ความคิดเชื่อช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชื่อช้า ความสนใจต่างๆ ลดลง เจ็บและซีดลง ไร้เรี่ยวแรงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่างๆ เป็นการฝืนใจเช่น การพูด การแต่งกาย การทำกิจกรรมต่างๆ

3.2.8 ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

3.2.9 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่นความสามารถ สติปัญญา รู้สึกมีความผิดคิดว่าเป็นคนไม่ดี สมควรถูกลงโทษไม่สมควรมีชีวิตอยู่

3.2.10 ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

3.2.11 ความกลัววนเวียนอยู่ในความคิดเช่นกลัวอยู่คนเดียวไม่อาจทำใจให้สงบ

3.2.12 อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยจะกังวลกับอาการเหล่านี้มากและคิดว่าเป็นโรคทางกาย

3.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น

3.3.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดย แฮมมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อ

3.3.1.1 หาความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การบำบัดรักษา

3.3.1.2 เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่างๆ

3.3.1.3 เพื่อตรวจค้นหาอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินอาการแสดงโดยวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ที่ใช้แบบประเมินต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้จะลดลง ถ้าใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอาการทางร่างกายมากกว่าอาการทางจิต

3.3.2 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck (1961) และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงและภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน แบบประเมินของ Beck นี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

3.3.3 Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

3.3.4 Center for epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า

4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3.4 การบำบัดรักษานบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษานบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลีอนุญธ วัชชัย, 2545; จันทิมา องค์โฆษิต, 2547; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ประกอบด้วย

3.4.1 การรักษาด้วยยา โรคซึมเศร้านรักษาหายได้ด้วยยา ยาที่ใช้รักษาเรียกว่ายาด้านอาการเศร้า(antidepressant) ยานี้มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลดอาการซึมเศร้า 2) ลดอาการวิตกกังวล และ3) มีฤทธิ์ทำให้วังงซึม ยาด้านอาการเศร้าที่นิยมใช้ได้แก่ Fluoxetine Amitriptyline, Imipramine เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้วจะค่อยๆลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้

3.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้านรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การรักษาด้วยไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายได้ผลดีมาก

3.4.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการรักษาโดยใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคลและกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การเข้าใจยอมรับปัญหาสาเหตุของปัญหาและมุ่งหาทางแก้ไขรวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวที่ถูกต้อง

3.4.4 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นพยาบาลต้องใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารที่ดี และใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย โดยใช้หลักการดังนี้

3.4.4.1 ขอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่ตำหนิผู้ป่วยแต่คอยหาโอกาสและวิธีที่เหมาะสมดักเตือนชี้แนะ หรือปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.4.4.2 การสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจ พยาบาลใช้เทคนิคทั้งคำพูดและท่าทีที่แสดงถึงความเห็นใจและเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

3.4.4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและความทุกข์ของตน พยายามรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความสนใจและตั้งใจ ทั้งเทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ผู้ป่วยรู้ตัว ยอมรับตนเองและปัญหา การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

3.4.4.4 ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไปพิจารณา ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยในการทบทวนทางเลือกของตนเอง เน้นการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี รวมทั้งการปรับตัวและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3.4.4.5 การป้องกันอันตรายและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองและผู้อื่น

3.4.4.6 การเสริมสร้างความมั่นคงและเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาสอนให้คำปรึกษาและฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

3.4.4.7 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพอนามัยของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ

3.4.4.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำแหล่งบริการบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

3.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Mulholland and Cooper (2002) อธิบายว่าอาการซึมเศร้ามักพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัย ประเมินอาการให้ได้ เพื่อให้การรักษาให้อาการดีขึ้นได้

3.5.1 การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการดังต่อไปนี้

3.5.1.1 โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) ผู้ป่วยมีโรคจิตเภทร่วมกับโรคอารมณ์แปรปรวน โดยในบางช่วงมีอาการของโรคจิตเท่านั้น (ต้องมีอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์) และระยะที่มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนควรมีความพอสมควรเมื่อเทียบกับระยะเวลาทั้งหมด พิจารณาจากข้อบ่งชี้ตาม ICD10 ขององค์การอนามัยโลก

3.5.1.2 อาการทางจิต (Adjustment reactions) การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ โรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันหรืออาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การรักษาที่เหมาะสมคือการรักษาแบบ

ประคับประคองหรือให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยยา อาการในช่วงที่กำลังแสดงอาการก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุหลักของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้น อาการซึมเศร้าจึงกลายเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองขณะทำการรักษาแต่อย่างไรก็ตามอาการซึมเศร้ามักพบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแบบ positive ร่วมด้วย

3.5.1.3 ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับที่สอง ของการดำเนินโรค อาการโลหิตจาง การติดเชื้อ ความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้หรือภาวะซึมเศร้าอาจเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด อาจทำให้เกิดอาการกระวนกระวาย อารมณ์เศร้า หรือการรับประทานยาเช่นยาลดความดันโลหิต ยาสเตียรอยด์ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3.5.1.4 ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือแสดงลักษณะไร้เรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการอื่นๆที่ช่วยพิจารณาคือการแสดงอาการทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน เช่นอาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด วิตกกังวลและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทมักไม่พบอาการด้านชีวภาพของอาการซึมเศร้า คืออาการนอนไม่หลับและวุฒิภาวะถดถอยและหากปรากฏอาการเหล่านี้จะทำให้การวินิจฉัยแยกโรคยาก

3.5.2 การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.5.2.1 ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน พบว่าอาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับประทานได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้า และพบปะเพื่อนน้อยลง พบมาร้อยละ 60 ในผู้ป่วยและมากกว่าร้อยละ 75 จากญาติ

3.5.2.2 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depressive symptom during acute episode) ภาวะซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และพบมากที่สุดก่อนให้ยา (Knights and Hirsch, 1981 อ้างถึงในวินิคา คณโทแก้ว, 2550) และเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับการรักษา อาการซึมเศร่าลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือนซึ่งช่วยสนับสนุนว่าอาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน

3.5.2.3 ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depressive symptoms in chronic schizophrenia) อาการซึมเศร้าในระยะเรื้อรังพบอยู่ในช่วงร้อยละ 4 -25 เฉลี่ยร้อยละ 15 (Leff, 1990)

3.5.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่มักเกิดขึ้นเสมอ (Bateman, et.al. 2007: Murali and Kumar, 2008)

3.5.4 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดแต่น่าสนใจว่าส่วนใหญ่มักมีประวัติในครอบครัว (Roy, Thompson and Kenedy, 1983; Subotnik et al, 1997) อุบัติการณ์การเกิดในเพศหญิงและเพศชายเท่าๆกัน (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546)

3.5.5 การรักษา จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นร่วมกับภาวะซึมเศร้าด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิต

3.5.5.1 การรักษาทางยา มีรายงานการใช้ยาต้านอาการทางจิตกลุ่มใหม่ๆมากขึ้น เช่น Olanzapine (Tollefson et al, 1997) หรือตัวยาอื่นๆเช่น risperidone รวมทั้งการพิจารณาให้ Clozapine เพื่อลดอาการสั่นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วย (Meltzer and Okayli, 1995) พบว่า ยากลุ่มSSRI มีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

3.5.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า แต่มีการศึกษาว่าให้ผลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีนี้และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้

3.5.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคม จิตบำบัด การบำบัดทางความคิด เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษา (Kendon and Turkington, 1994)

สรุปได้ว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และการนำไปสู่การใช้สารเสพติดที่จะทำให้อาการของโรคเลวลง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง

3.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล การว่างงาน สัมพันธภาพในการสมรส การอยู่คนเดียว การสูญเสียพ่อแม่ (Roy et al, 1983)

3.6.2 การป่วยซ้ำ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การตอบสนองต่อการรักษาทางยาไม่ดี ประวัติการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Hausmann and Fleschhacker, 2002) ระยะเวลาในการป่วย ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยใหม่ๆพบว่าร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้า มากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยมานาน(White et al, 2004 อ้างถึงในปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546)

3.6.3 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Scheller-Gilkey et al, 2002)

3.6.4 การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546)

3.6.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จากการศึกษาของ Roy (1983) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกโดยจับคู่ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Dielman et al. (1987 อ้างถึงในชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) ซึ่งพบว่าความสำนึกในคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำมักหันไปพึ่งยาเสพติด

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นเจตคติที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองว่ามีคุณค่า มีความหมาย มีความสามารถและประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่มีพัฒนาการ กระบวนการพัฒนาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและจะเพิ่มขึ้นตามอายุ

องค์ประกอบของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน Coopersmith (1981) ได้แบ่งองค์ประกอบพื้นฐานและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนไว้ 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความสำคัญ (Significance) แนวทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับตนเองต่อการได้รับการยอมรับ มีคุณค่าและการเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีประโยชน์ต่อครอบครัวต่อสังคม 2) ความสามารถ (Competence) เป็นแนวทางที่บุคคลได้พิจารณาถึงความมีคุณค่าจากผลของการกระทำที่ได้รับความสำเร็จ ตามเป้าหมายและความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆด้วยความมั่นใจตลอดจน ความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ ด้วยความมั่นใจตลอดจน ความสามารถในการปรับตัวได้ดี 3) คุณความดี (Virtue) เป็นแนวทางที่บุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสอดคล้องกับค่านิยมของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรมและศีลธรรมโดยรับรู้คุณค่าของตนเองตามจริง มองโลกในด้านดีและมีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ 4) พลังอำนาจ (Power) เป็นสิ่งสำคัญต่อตนเอง บุคคลอื่นและต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบตัวตนรวมทั้งมีความเชื่อมั่นต่ออำนาจการกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังและมีความสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆให้บรรลุผลตามที่คาดหวัง

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนของบุคคลแต่ละวัยจะแตกต่างกันไป จากการศึกษาของ Coopersmith (1981) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำคัญในคุณค่าแห่งตนมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำคัญในคุณค่าแห่งตนและปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอกเกี่ยวข้องกับการได้รับความสำคัญในคุณค่าแห่งตนจากบุคคลอื่น

4.1.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนแตกต่างกัน ประกอบด้วย

4.1.1.1 ลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การมีเสน่ห์ในรูปร่าง ความแข็งแรงของร่างกาย บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

4.1.1.2 สภาพจิตใจและภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึก ความรู้สึกของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยที่บุคคลอาจประเมินตนเองด้านบวก ซึ่งเป็นการมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ เกิดความรู้สึกชื่นชมตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความสุข อันเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น แต่หากบุคคลประเมินตนเองด้านลบจะมองว่าตนเอง ไม่มีความสามารถ ไร้สมรรถภาพ มีปมด้อย วิตกกังวล และไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคต ส่งผลให้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

4.1.1.3 ประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในชีวิตหรือความล้มเหลวมามาก่อน มักจะมีความแตกต่างกันในด้านความเสี่ยง กล้าทำงานที่ท้าทายความสามารถ กล้าตั้งระดับความต้องการที่เป็นจริง

4.1.1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะผันตามค่านิยม และการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้นตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น

4.1.1.5 ระดับความมุ่งหวัง แต่ละบุคคลจะมีความมุ่งหวังแตกต่างกัน ไม่ว่าจะมีความมุ่งหวังด้านการประสบความสำเร็จในหน้าที่ การงาน ความสามารถในด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการเห็นคุณค่าต่อตัวเอง หากบุคคลใดมีความมุ่งหวังเกินความสามารถของตน โอกาสที่จะประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังมีน้อย ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง

4.1.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก หมายถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ส่งผลให้บุคคลเกิดความสำคัญในคุณค่าแห่งตนที่แตกต่างกันในสภาพแวดล้อมภายนอกประกอบด้วย

4.1.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว คือสัมพันธภาพกันภายในครอบครัว มีความอบอุ่น มีการให้เกียรติซึ่งกันและกันหรือไม่ มีการพูดคุยปรึกษาหารือ ให้อิสระในการแสดง

ความคิดเห็น และการตัดสินใจรวมทั้งมีการเข้าใจซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้รู้สึกมั่นคงและปลอดภัย
เชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่า

4.1.2.2 สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน อันได้แก่ตำแหน่งหน้าที่
การทำงาน วงศ์ตระกูล ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นต้น ซึ่งอาจพิจารณาจากอาชีพ รายได้และที่อยู่อาศัย
เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จ และความมีเกียรติ บุคคลมีสิ่งเหล่านี้จึงมี
ความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าสูงสุด รวมถึงสังคม กลุ่มเพื่อน ก็เป็นองค์ประกอบภายนอก ที่ทำให้เกิด
การเห็นคุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลใดได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือสังคมแล้วจะเกิดความ
ประทับใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองด้วย

4.1.2.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าได้รับการ
ยอมรับจากกลุ่ม ได้แสดงความสามารถของตนเอง ถ้าประสบความสำเร็จจะรู้สึกว่าคุณค่า

4.2 การเพิ่มความสำคัญในคุณค่าแห่งตน

Coopersmith (1984) ได้สรุปการเพิ่มความสำคัญในคุณค่าแห่งตนไว้ว่าการสร้างเสริม
ให้บุคคลมีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นคือ

4.2.1 การได้รับการยอมรับ ได้รับเกียรติได้รับความสนใจเอาใจใส่ในครอบครัว
หรือบุคคลรอบข้าง

4.2.2 การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4.2.3 การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของตน

4.2.4 การปกป้องความสำคัญในคุณค่าแห่งตนที่มีอยู่ โดยไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้
ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนลดลง เช่น การไม่สนใจต่อคำวิจารณ์ของคนอื่นๆ

4.3 ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นสิ่งที่ได้รับการพัฒนาด้านจิตใจ
มาตั้งแต่วัยเด็ก การได้รับความเอาใจใส่ รวมถึงสถานการณ์สิ่งแวดล้อมรอบๆตัวล้วนมีส่วนในการ
พัฒนาความสำคัญในคุณค่าแห่งตน ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารเสพติดมักมีลักษณะบุคลิกภาพแปรปรวน
และมีความรู้สึกขาดความปลอดภัย (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) และมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง
การตัดสินใจในการแก้ปัญหาเป็นแบบไม่กล้าเผชิญปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกไม่มั่นคง
ไม่มั่นใจ ไม่ยอมรับความเป็นจริง จนทำให้ขาดความเชื่อถือตนเอง มีความรู้สึกไวต่อคำ
วิพากษ์วิจารณ์ มีความเชื่อว่าคนอื่นมองตนเองในแง่ที่ไม่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเองต่ำ (จิรังกูร ฌฐรังสี และ กาญจนา สุทธิเนียม, 2545) เมื่อมีความรู้สึกที่ไม่มีคุณค่า
ในตนเอง จะมีลักษณะท้อแท้ ซึมเศร้ารู้สึกแยกตัว หลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาหรือใช้วิธีการเผชิญ

ปัญหาที่ไม่เหมาะสมคือการใช้สารเสพติดเป็นตัวช่วยในการแก้ไข้ปัญหา (Hoff and Rosenheck, 1998 และ มรรคา สุวรรณโพธิ์, 2551)

5. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

5.1 บริบทการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาระยะแรกจะมีอาการเด่นคืออาการก้าวร้าว หงุดหงิด การพยาบาลที่ให้ในระยะนี้คือการดูแลเรื่องความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อตัวผู้อื่น การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อาการซึมเศร้าอาจไม่แสดงเด่นชัดเพราะจากฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้เกิดอาการทางบวกมากกว่า (นพพร ดันดิรังสี, 2551) และในรายที่มีอาการมีอาการถอนพิษยา เช่นผู้ป่วยที่ดื่มสุรา จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลตามระยะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นรวมทั้งเน้นการป้องกันการทำร้ายตนเอง จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

การพยาบาลระยะเรื้อรังฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นรับรู้ตรงสภาพความเป็นจริง ควบคุมตนเองได้ดี การพยาบาลที่เหมาะสมคือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประเมินภาวะซึมเศร้า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว การแสดงออกถึงความเห็นใจ ให้กำลังใจและประคับประคองความรู้สึก การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และให้การพยาบาลทดแทนในส่วนที่บกพร่อง การมอบหมายความรับผิดชอบต่อสังคมขณะเข้ารับการรักษ เพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด ส่งเสริมทักษะทางสังคมและแก้ไข้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ มีปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การดูแลทางด้านร่างกาย และการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นระยะ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีข้อแตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ใช้สารเสพติด กล่าวคือนอกเหนือจากการดูแลแก้ไข้ภาวะจิตใจ อารมณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้วจำเป็นต้องทราบกระบวนการบำบัดเพื่อเลิกการใช้สารเสพติดด้วย ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโอกาสป่วยซ้ำและเกิดความรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย นำไปสู่การแก้ไข้ปัญหาโดยใช้สารเสพติด เช่นการดื่มสุรา การใช้สารแอมเฟตามีน กัญชา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยให้เลิกการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

5.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมควรได้รับการดูแลตามระยะของอาการ โปรแกรมการดูแลรักษาควรมีความยืดหยุ่น เพื่อให้แก้ไขปัญหา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีดังนี้ (Faltz and Sellin, 2005)

5.2.1 การพิจารณาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรณีที่มีอาการดังต่อไปนี้ควรพิจารณารับไว้เป็นผู้ป่วยในคือ

5.2.1.1 มีความต้องการดูแลทางด้านร่างกายเช่น อยู่ในระยะถอนพิษยา

5.2.1.2 อาการทางจิตรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถ

รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

5.2.1.3 มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น สับสน วุ่นวาย หรืออาการ

ทางจิตรุนแรง

5.2.1.4 การรักษาแบบผู้ป่วยนอกล้มเหลว ไม่รวมมือในการรักษา

5.2.1.5 ติดสารเสพติดอย่างรุนแรง ไม่สามารถหยุดใช้ได้

5.2.1.6 มีปัญหาทางด้านสังคม ตกอยู่ในภาวะไร้บ้าน ถูกทารุณกรรม

5.2.1.7 ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์

5.2.2 การจัดการภาวะวิกฤต เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน รูปแบบการพยาบาลเพื่อดูแลได้แก่ การประเมินอาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการทางจิตและอาการถอนพิษยา เนื่องจากเป็นระยะวิกฤตที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤตแล้วเข้าสู่ระยะอาการสงบ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ควรมีลักษณะดังนี้ มีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม สามารถจับประเด็น หัวข้อในการสนทนาในกลุ่มได้ ไม่ออกจากกลุ่มก่อนการดำเนินกลุ่มสิ้นสุดลง สามารถฟังและให้ข้อเสนอแนะและยอมรับคำติชมจากสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้ และได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มบำบัด

5.2.3 การให้คำมั่นสัญญา เป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง โดยเป็นการใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและการสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและสร้างพันธะในการรักษา (Miller, 2000 cited in Feltz and Sellin, 2005) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับการถอนพิษยาและความล้มเหลวในการเลิกใช้สารเสพติด ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีระยะลังเลใจหรือ “revolving door” ที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่อต้านการรักษา และไม่รวมมือในการรักษา ในการรักษาต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน และให้บอกประโยชน์และความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแก่ผู้ป่วย และให้ข้อมูลเรื่องการกลับไปใช้ยาซ้ำไม่ได้หมายความว่ากำหนัดนั้นล้มเหลว แต่สามารถ

เกิดขึ้นได้ในกระบวนการบำบัดทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และกำลังใจในการเลิกใช้สารเสพติด โดยจุดมุ่งหมายของการบำบัดคือผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเองได้ โดยการเปลี่ยนแปลงและการให้คำมั่นสัญญาจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยและผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การให้คำมั่นสัญญานี้จะสามารถนำไปใช้กับครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน การให้คำมั่นสัญญาสามารถเกิดความเปลี่ยนแปลงได้ 2 ลักษณะคือ อันดับแรกคือผู้อื่นเกิดความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และอันดับที่สอง ผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจและต้องการกำลังใจในการเลิกยาเสพติดเกิดความหวังและความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้

5.2.4 การดูแลด้านการรักษา การใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากพยาบาลต้องให้การดูแลในระยะถอนพิษยาแล้ว การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชจึงเป็นสิ่งสำคัญด้วยเช่นกัน เนื่องจากการรักษาอาการทางจิตเวชสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ การสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยพยาบาลควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวช ผลดีและผลเสียของการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายใช้ยารักษาอาการทางจิตเวชในทางที่ผิด ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ

5.2.5 การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม การให้สุขภาพจิตศึกษาควรเน้นกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดกำลังใจที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษา อาจทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบข้อดีระหว่างรายบุคคลและรายกลุ่มพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการฟังและได้รับความรู้ตลอดเวลาที่ให้ความรู้ แต่การสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสามารถสร้างทักษะการแก้ปัญหาและพัฒนาทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยได้ (Keltner et al., 1999)

5.2.6 การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) รูปแบบกลุ่มที่พบได้บ่อยคือ การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน ซึ่งถูกคิดค้นโดยกลุ่มสุราเรื้อรังนิรนามกลุ่มแรกที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1935 โดย Bill Wilson และ Bob Smith ซึ่งสร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการเลิกสุรา เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous หรือ AA) ซึ่งปัจจุบันได้รับความแพร่หลาย สมาชิกจะต้องยอมรับปัญหาของตนและตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายในกลุ่มสมาชิกจะมีการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ผลที่ได้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสามารถเพิ่มขึ้นที่จะแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายสุขภาพได้

5.2.7 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้จะต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดได้ง่าย มีวิธีการโดยเน้นการใช้กระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดมากที่สุด ตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด พัฒนาการคิด พฤติกรรมและทักษะการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และหาแหล่งสนับสนุน อีกทั้งยังพบว่า การแสดงบทบาทสมมติเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยสอนวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมให้แก่สมาชิกได้ (Annis and Davis, 1995 cited in Feltz and Sellin, 2005) การมอบหมายการบ้าน เพื่อให้สมาชิกได้วางแผนการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดจะสามารถช่วยเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาใหม่ที่เหมาะสมได้เช่นกัน

5.2.8 การวางแผนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลไม่ควรเน้นการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารหรือการดูแลตามอาการเพียงอย่างเดียว แต่ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกของการรักษา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการและการรักษา การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน การพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะการแก้ไขปัญหานั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรประกอบไปด้วย การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน การให้กำลังใจผู้ป่วยว่าสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด การสร้างโอกาสที่ดีให้กับตนเอง การวางแผนจำหน่ายนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน การสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทนั้นนอกจากมีปัญหาด้านการรับรู้ยังมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น การสร้างเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีแหล่งสนับสนุน ช่วยในการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายสุขภาพของตนเอง

5.2.9 การจัดการรายกรณี สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการดูแลและมีความยุ่งยาก ซับซ้อน รูปแบบของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีดังนี้

5.2.9.1 Brokerage-generalist เป็นรูปแบบการดูแลระยะสั้น โดยมีลักษณะการทำหน้าที่เป็นคนกลาง มุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการที่เหมาะสม

5.2.9.2 Assertive community treatment (ACT) อาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า The full Support Model เป็นการบริการที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง เสียบพลัน ซึ่งตัวอย่างผู้ป่วยที่พบบ่อยเช่น ผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์แปรปรวน ใช้สารเสพติด อยู่ในภาวะไร้บ้าน ผู้ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาคดี โดยให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เน้นการให้บริการในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ เน้นการดูแลอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ครบถ้วน ไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการบริการแบบ ACT ใช้ในการดูแลรูปแบบ case management ให้บริการประเมิน วินิจฉัยปัญหา ทางจิต การดูแลในระยะยาว การจ้างงาน การสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

5.2.9.3 Strengths based perspective เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีความเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ เด็บโตและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะให้การสนับสนุนแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เน้นการเสริมสร้างและสนับสนุนจุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้

5.2.9.4 Clinical rehabilitation เป็นรูปแบบที่มีทีมสุขภาพให้คำปรึกษาผู้ป่วยและแนะนำแหล่งสนับสนุนในสังคมที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้

5.2.10 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมและสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญ การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะมีผลทำให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง โดยผู้ดูแลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหาการใช้สารเสพติด การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

5.2.11 การทำจิตบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ เรียนรู้ทักษะทางสังคม และการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก (Brehm and Khantzian, 1997) การทำจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาของตนเอง และทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เป้าหมายอีกด้านหนึ่งคือเพิ่มการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยและลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด การทำจิตบำบัดมีหลายประเภทได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และ จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม (Group Supportive Psychotherapy เป็นต้น

5.2.11.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) เป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหามิตรสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีรากฐานมาจากความคิดที่ว่า ปัจจัยทางสังคมเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเวช โดยมีผู้นำเสนอแนวคิดนี้ได้แก่ Harry Stack Sullivan และ Adolf Meyer (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2551) และได้ถูกพัฒนามาเป็นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดย Myrna M. Weissman. โดยมีลักษณะสำคัญคือ

- 1) กำหนดเวลาชัดเจน ระยะเวลาในการทำสั้น
- 2) ชี้คปัญหาที่เป็นปัจจุบัน (Here and Now)
- 3) เน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 4) ผู้บำบัดต้องมีความกระตือรือร้นซึ่งการบำบัดนี้เกี่ยวข้องกับอาการของ

โรคซึมเศร้า เป้าหมายของการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหามิตรสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจากสังคม และได้รับแหล่งสนับสนุนระดับประคองทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ได้มีผู้ทำการศึกษาโดยกลุ่มตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียของคนใกล้ชิด พบว่าภายหลังให้การบำบัดโดยใช้วิธีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบค่าคะแนนระดับซึมเศร้าลดลง (Fernando, Rodrigo and Marcelo, 2005)

5.2.11.2 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (กรมสุขภาพจิต, 2551) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเบื้องต้นดังนี้

- 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- 2) ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้
- 3) การบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการบำบัดความคิด

5.2.11.3 จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (Group Supportive Psychotherapy) หัวใจสำคัญของการเข้ากลุ่ม คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยสมาชิกที่เข้ากลุ่มจะได้เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับประโยชน์จากกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีพฤติกรรมของตนหรือการปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร จะเป็นแนวทางที่จะบอกได้ว่าเขาจะปฏิบัติต่อกลุ่มอย่างนั้น โดยพฤติกรรมทั้งหมดของสมาชิกจะเห็นได้ชัดเจนภายในกลุ่ม และเมื่อผ่านกระบวนการกลุ่มเขาจะ

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนได้โดยผ่านการเสนอแนะของเพื่อนร่วมกลุ่ม และเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่ดีตามมา

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในการศึกษาเนื่องจากกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ฝึกการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มสมาชิก เกิดการประคับประคองซึ่งกันและกัน การที่ได้ช่วยเหลือกันในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. แนวคิดเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

กลุ่มจิตบำบัด คือวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้การสื่อสารทางวาจาหรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายอย่างอื่น เช่น อากัปกริยา ท่าที สีหน้า และสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ที่มาขอรับการรักษาเป็นตัวสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sullivan, 1954 อ้างถึงในจันทิมา องค์กรโฆษิต, 2547)

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมีด้วยกันหลายแนวคิด แนวคิดทฤษฎีต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหา ระยะเวลา และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60-90 นาที สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมด ประมาณ 5-30 ครั้ง สำหรับการบำบัดระยะสั้น (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2547)

6.1 ความแตกต่างระหว่างจิตบำบัดระดับประคอง จิตบำบัดและกลุ่มประคับประคอง

จิตบำบัดระดับประคอง เป็นการบำบัดประเภทหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น การประคับประคองความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย ความแตกต่างของจิตบำบัดระดับประคองกับจิตบำบัดอื่นๆคล้ายกับการรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส คือให้การรักษาแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่การรักษาโดยใช้จิตบำบัดเปรียบเสมือนการรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียคือเป็นการรักษาที่เฉพาะเจาะจง รักษาที่ต้นเหตุของปัญหาเพื่อแก้ไขและหาสาเหตุของปัญหาให้การรักษาดตรงจุด (Ursano and Sonnenberg, 2004) แต่เมื่อให้การรักษาทั้ง 2 วิธี ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในด้านใดด้านหนึ่งจิตบำบัดเป็นการรักษาชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหาและร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

กลุ่มระดับประคอง หมายถึงกลุ่มที่พยาบาลหรือผู้บำบัดจัดขึ้นแก่ผู้ที่มีปัญหาในเรื่องเดียวกัน อยู่รวมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกัน (ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

6.2 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง

จิตบำบัดระดับประคอง (Supportive Psychotherapy) มีนิยามหรือคำจำกัดความไว้มากมาย (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2547)

Novalis (1992) ให้คำจำกัดความว่าเป็นการรักษาจิตบำบัดวิธีหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบประคองระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และสามารถปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยรับความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกไม่สบายหรือความผิดปกติของผู้ป่วยทั้งในแง่ของความรู้สึกและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุดจากโรคจิตเวชที่เป็นอยู่และช่วยให้มีความเป็นตัวเองในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของตน

Pinsker (1994) อธิบายว่าการรักษาจิตบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วยเองมากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎีหรือวิธีการใด โดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิคและยุทธวิธีทางจิตบำบัดจากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตใจต่างๆมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการรักษา โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วย ณ จุดนั้นเป็นสำคัญ

โดยสรุปกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองหมายถึงการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม กลุ่มจิตบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกผู้ป่วยจำนวนหลายๆคนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินการส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการหรืออาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม การให้กำลังใจและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัวการรักษา โดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วยโดยผู้บำบัดทำเทคนิคและวิธีการทางจิตบำบัดมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

6.3 เทคนิคในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

จันทิมา องค์กรโฆษิต (2547) กล่าวว่าเทคนิคในการทำจิตบำบัดระดับประคองประกอบด้วยหลายเทคนิค ดังนี้

6.3.1 เทคนิคความนึกคิดบำบัด (Cognitive Techniques) โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตนในการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิดและการแก้ไขความคิดให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสมการบำบัดเริ่มต้นจากขั้นตอนการหาความคิดอัตโนมัติ โดยเน้นการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ

ผู้รักษาช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบว่าวิธีการคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ ฝึกหัดให้มีทักษะแทนความคิดใหม่ที่เหมาะสมตามจริง ตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

6.3.2 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมหนึ่ง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

6.3.3 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการพูดหรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลรวมของความเป็นจริง เน้นให้ผู้ผู้ป่วยกลับมามองชีวิตและสถานการณ์ด้านบวก อย่างมีความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในด้านลบ

6.3.4 การระบายความในใจ (Ventilation) และการแสดงออกทางอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี การได้ระบายออกและมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

6.3.5 การสนับสนุน (Support) เมื่อผู้ป่วยมีความไม่เชื่อมั่นลงในการตัดสินใจ ความคิดความเห็นหรือพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนการทำงานของจิตใจให้ปรับตัวรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

6.3.6 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เหตุผลเพื่อช่วยการทำงานด้านจิตใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้เหตุผลที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดต้องทราบเหตุผลและวัตถุประสงค์ของการใช้เทคนิคนี้

6.3.7 เทคนิคการฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้ โดยมีท่าทีสนใจ อาจบอกให้พูดต่อไปหรือส่งสัญญาณเชิงรับฟังก็ได้

6.3.8 การสังเกต (Observation) ได้แก่การรู้จักสังเกตท่าที การแสดงออกตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมายโดยคำพูด ได้ตอบหรือไม่ใช้คำพูดก็ได้

6.3.9 การแสดงการยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยการเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบกับ และไม่ได้แย้งใดๆกับกลุ่ม จะต้องไม่นึกว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการพูดคุยไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มชี้ปัญหาของตนเอง

6.3.10 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรกๆเมื่อเริ่มกลุ่มและสมาชิกยังไม่กล้าพูดกัน โดยพูดเรื่องที่สมาชิกสนใจและนำเข้าสู่การอภิปราย

6.3.11 การถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการตั้งคำถามแบบกว้างๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบใช่หรือไม่ใช่ แต่จะกระตุ้นให้เล่าในรายละเอียดและแสดงความคิดเห็น

6.3.12 การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคการเงียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งทนไม่ได้ และทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

6.3.13 การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆ ที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

6.3.14 การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) การให้ความสนับสนุนในความคิด การกระทำ และแผนการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยทั่วไปเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ความอดทน ความหวัง

6.3.15 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วยตีความหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง

6.3.16 การสรุปความ (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดปัญหาหลายแง่มุมแล้วสรุปเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นที่พูดเรื่องอะไรบ้างแล้ว

6.4 ระยะเวลาต่างๆ ของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดระดับประคอง ถึงแม้ว่าความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาจิตบำบัดระดับประคองมีความแตกต่างกันได้มากก็ตาม การรักษาในจิตบำบัดระดับประคองนั้นแบ่งเป็น 3 ระยะเวลาได้แก่ ระยะเวลาเริ่มต้น ระยะเวลากลาง และระยะท้าย โดยที่ผู้รักษาควรดัดแปลงหลักการรักษาให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนดังนี้ (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2547)

6.4.1 ระยะเวลาเริ่มต้น (Opening Agenda) เป็นระยะหลังจากผู้รักษาได้ทำการเลือกผู้ป่วยแล้วว่าเหมาะสมสำหรับการทำจิตบำบัดระดับประคอง ดังนั้นจึงเป็นระยะที่ตกลงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องรายละเอียดต่างๆ ของการรักษา อธิบายถึงวิธีการรักษา รวมถึง การตกลงถึงจุดหมายของการรักษา (treatment contract) ในระยะนี้ ผู้รักษาฟังเรื่องราวของผู้ป่วยทั้งในลักษณะส่วนตัว (personal) เพื่อให้ผู้รักษาเรียนรู้ รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้รักษาเริ่มมีความเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น การฟังในที่นี้ รวมถึงการฟังผู้ป่วยแบบวิชาชีพ (professional) เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย ในด้านของการทำงานของจิตใจ บุคลิกภาพ กลไกป้องกันทางจิต วิธีการปรับตัวของผู้ป่วย การฟังนี้นับว่าเป็นรากฐานสำคัญของการรักษาจิตบำบัดระดับประคอง (Novalis, 1993) การฟังทั้งสองแบบนี้ ช่วยให้ผู้รักษาสรุปความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ผู้รักษาต้องมีความยืดหยุ่นในความเห็นของตนระยะนี้เป็นระยะที่ผู้รักษาศึกษาผู้ป่วยและ

ปรับตัวเพื่อที่จะสื่อกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความสำคัญไปตลอดการรักษา เทคนิคต่างๆในการรักษาจะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต้องอาศัยผู้รักษาที่สามารถมี empathy ซึ่งหมายถึงการที่ผู้รักษาต้องใช้ทั้งความรู้และความเข้าใจทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกของตนมาทำความเข้าใจว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยนั้น ระยะเริ่มต้นการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษามักเป็นไปในระดับผิวเผินและถูกนำโดยผู้ป่วย (patient-direct) โดยที่ผู้รักษาเริ่มสำรวจเรื่องราวต่างๆในระดับตื้นๆ เทคนิคการสื่อสารพื้นฐาน เช่นการติดตามเรื่อง (tracking) การสรุปและการจับประเด็น จะเป็นประโยชน์ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากการสำรวจเรื่องราวจากผู้ป่วย ผู้รักษาก็จะสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการรักษาได้แต่ทั้งนี้จุดมุ่งหมายของผู้รักษาและผู้ป่วยอาจแตกต่างกัน ผู้รักษาควรยอมรับความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกับความเห็นของผู้ป่วย เพราะจุดหมายของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงใหม่ได้ ในภายหน้าการตั้งวัตถุประสงค์ช่วยในเรื่องของความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญต่อผลของการรักษา ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลายรายดีขึ้น หลังจากการพูดคุยกับผู้รักษาในครั้งแรก

6.4.2 ระยะกลาง ช่วงการรักษาในระยะกลางนี้ มักไม่มีการแบ่งเป็นแบบแผนการรักษาที่ชัดเจน ผู้รักษาจัดการรักษา (session management) แต่ละครั้งให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้รักษานานๆครั้ง และมีเวลาน้อยในการรักษาในการประเมินว่าปัญหาเรื่องใดมีความสำคัญ ผู้รักษาควรต้องติดตามว่าชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระหว่างการรักษานั้นเป็นเช่นใด โดยอาจเริ่มต้นจากปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้จากการรักษาครั้งที่แล้ว เทคนิคนี้มีประโยชน์ในการช่วยให้การรักษามีการต่อเนื่อง และแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้รักษามีความสนใจและจดจำเรื่องราวของเขาได้ ผู้ป่วยบางคนสามารถแยกแยะเรื่องราวและปัญหาของตนเองได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้รักษา ซึ่งผู้รักษาอาจต้องใช้วิธี distributive psychotherapy ที่ถ้ามถึงเรื่องสำคัญทุกเรื่องในผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยง ไม่พูดถึงปัญหา นอกจากนั้นแล้ว ปัญหาหลายชนิดอาจถูกซ่อนเร้นไว้โดยที่ผู้ป่วยไม่กล่าวถึง ผู้รักษาต้องอาศัยการสังเกตและการค้นหาจึงได้คำตอบ ปัญหาดังกล่าวอาจเป็นปัญหาปัจจุบัน ในการรักษาแต่ละครั้งผู้รักษาควรจำประวัติของผู้ป่วยให้ได้ ควรรู้เรื่องราวและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการรักษาครั้งสุดท้ายรู้อาการและระดับการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย และช่วยควบคุมให้การสนทนาอยู่ในแผนการรักษา การทำจิตบำบัดประคับประคองไม่มีกฎตายตัวว่าผู้รักษาควรตอบสนองผู้ป่วยอย่างไร เพราะเมื่อผู้ป่วยพูดเรื่องใดก็ตาม ผู้รักษาสามารถตอบสนองได้ต่างๆกันตั้งแต่ การนิ่ง การแสดงความเป็นกลาง การแสดงความเข้าใจ (empathic) การสำรวจเรื่องต่อ (exploratory) การแปลเหตุการณ์ การ

แนะนำ (directive) การห้ามปราม คำตอบที่ถูกต้องนั้นคือขึ้นอยู่กับความรู้จักและความเข้าใจในตัวผู้ป่วยของผู้รักษา วิธีการตอบสนองของผู้รักษา ควรต้องให้ถูกจังหวะกาลเทศะและการประเมินของผู้รักษา ในระยะกลางของผู้รักษา ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคองนั้น ผู้รักษาจะไม่วัดความคืบหน้าในการรักษาของผู้ป่วยจากความเข้าใจหรือ insight ในปัญหาแต่ผลการเรียนรู้ที่ได้จากจิตบำบัดชนิดนี้ จะแสดงออกในรูปของคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้รักษาเห็นลักษณะที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความคืบหน้า ควรให้คำสนับสนุน (reinforcement) การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในจังหวะนั้นทันที และ โยงให้เห็นว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีทำให้เขาเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

6.4.3 ระยะท้ายและการจบการรักษา (Termination) การหยุดการรักษาเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาจเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างสองฝ่ายทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา หรือเป็นการตัดสินใจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดก็ได้ โดยที่การรักษานั้นสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจหรือการรักษาอาจไม่สำเร็จ ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ มีปัญหาที่แก้ไม่ตก เป็นสถานการณ์ที่กระทำอะไรไม่ได้ หรือความสัมพันธ์ไม่ดีทำให้ต้องหยุดการรักษา เป็นต้น ในการรักษาที่สำเร็จได้ผลดีนั้น การจบการรักษาควรเป็นความเห็นชอบระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ดังที่เกิดขึ้นการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคองระยะสั้นมาก (brief psychotherapy) ที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง หรือการรักษาภาวะวิกฤต (crisis intervention) แต่ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคองระยะยาวนั้น บางครั้งการตัดสินใจว่าควรจบการรักษาเมื่อใด โดยเห็นพ้องกันทั้งสองฝ่ายนั้นอาจเป็นเรื่องยาก เพราะผู้ป่วยอาจยังมีความต้องการมีที่พึ่งพาไปเรื่อยๆ ก็ควรกล่าวกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาว่าจะดูแลผู้ป่วยในระยะดังกล่าวและบอกกล่าวกับผู้ป่วยอีกเมื่อใกล้ถึงเวลาจบการรักษา (Pinsker, 1997)

6.5 ยุทธวิธีในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

ยุทธวิธี ที่ใช้ในการทำจิตบำบัดระดับประคองประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดีการช่วยการทำงานของจิตใจหรืออีโก้ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจ มองเห็นพฤติกรรมของตนเองที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ลดการบิดเบือนความเป็นจริง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การให้คำชมเชยและกำลังใจ การให้ความรู้ การรักษารวมไปถึงการให้คำแนะนำ การให้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสภาวะแวดล้อมที่อาจรวมถึงการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล การหางาน การฝึกอาชีพ การปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือขอความช่วยเหลืออื่นๆ การรักษาจิตบำบัดระดับประคอง มีวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจนคือ เพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายอย่างน้อยที่สุดต้องช่วยให้การทำงานของจิตใจ ไม่ทรุดด้อยลงหรือถ้าจิตใจต้องทำงานทรุดลง ก็ช่วยจำกัดความเสียหายที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้รักษาอาจเลือกยุทธวิธีและเทคนิคหนึ่งเทคนิคใดที่

เหมาะสมมาใช้ หรืออาจนำหลายๆทฤษฎีวิธีมาใช้ผสมผสานกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วยวิธีดังนี้ (จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2547)

6.5.1 Enhancing Adaptation วัตถุประสงค์สำคัญของการรักษาจิตบำบัด ปรึกษาปรึกษาได้แก่ การเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัวในทุกๆระดับ ระดับแรกคือ การปรับตัว (Adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ (internal milieu) ความรู้สึก ความนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าของตนเอง มโนธรรมและศีลธรรมและอีกระดับได้แก่ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ทั้งนี้โดยมิได้หมายความว่าผู้รักษาต้องการให้ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะต้องทำตามสั่งคม แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเป็นจริงของโลกภายนอก โดยผู้รักษาต้องพยายามไม่นำค่านิยมของตนเองมากำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

6.5.2 Coping Behaviors มนุษย์ต่างต้องมีพฤติกรรมที่ช่วยให้รับมือปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งแต่ละคนต่างก็ใช้วิธีการต่างๆกันไป ตามแต่กลไกป้องกันจิตใจและบุคลิกของตนเมื่อเผชิญหน้ากับความเครียดหรือปัญหา บางคนก็ยอมรับสถานการณ์ การรับมืออาจกลายเป็นการทดแทนด้วยพฤติกรรมอื่นๆ การรักษาจิตบำบัดปรึกษาปรึกษาควรคำนึงถึงวิธีการต่างๆในการรับมือของผู้ป่วยไม่ว่าทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมว่าเหมาะสมกับเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และช่วยให้ผู้ป่วยคัดแปลงแก้ไขพฤติกรรมว่าเหมาะสมกับเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพหรือไม่และช่วยให้ผู้ป่วยคัดแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนให้สามารถรับมือปัญหาได้ดีขึ้นทั้ง โดยทางตรง (direct approach) การแนะนำ การสอน การช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) และการฝึกซ้อม (rehearsal) เป็นต้น

6.5.3 Auxillary Ego และ Superego ในด้านการปรับตัวกับสภาวะภายในจิตใจนั้นหน้าที่หนึ่งของผู้รักษาจิตบำบัดปรึกษาปรึกษาคือหน้าที่เสมือนเป็นอีโก้หรือซูเปอร์อีโก้สำรองให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อการทำงานและการปรับตัวของจิตใจไม่ดีพอ ผู้รักษาอาจต้องให้ยืมอีโก้ "lending the ego" โดยอาศัยอีโก้ของผู้รักษาแทนในบางเรื่อง ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจตนเองว่าตนเองมีทางเลือกเช่นใดและในแต่ละทางเลือกนั้นมีข้อดีข้อเสียอย่างไร เป็นต้น ผู้รักษาสามารถช่วยลดการทำงานของจิตใจส่วนที่เป็นปัญหา ดังเช่นการปฏิเสธความจริง (denial) การโยนไปให้ผู้อื่น (projection) และช่วยสนับสนุนการทำงานของจิตใจหรือกลไกป้องกันทางจิตที่ดีให้ทำงานดีขึ้นเช่นการช่วยให้ใช้ปัญหา (intellectualization) การใช้เหตุผล (rationalization) เป็นต้น

6.5.4 Reality Testing มนุษย์แต่ละคนนั้นมองและเข้าใจความเป็นจริงแตกต่างกันไปได้ สถานการณ์เดียวกันจะถูกมองแตกต่างกันไปได้ โดยคนแต่ละคน ในผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น เพราะความสามารถในการประเมินความเป็นจริงนั้นด้อยลง ผู้รักษาสามารถ

ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากโดยการยืนยันความเป็นจริง โดยช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการบิดเบือนความเป็นจริง และเผชิญหน้ากับความเป็นจริง

6.5.5 Distortion of Reality มีได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การบิดเบือนความเป็นจริงที่เห็นชัดเจนในเรื่องความหลงผิด และการคิดว่าผู้อื่นพาดพิงถึงตน การบิดเบือนความเป็นจริงสามารถเกิดได้กับทั้งตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม แต่การบิดเบือนที่พบบ่อยมากคือ การแปลการกระทำของมนุษย์ ทั้งนี้เพราะเป็นการยากที่จะให้เหตุผลถึงการกระทำของเราและผู้อื่น ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการแปลที่ผิดพลาดหรือเกิดความบิดเบือนเสมอ การบิดเบือนความเป็นจริงส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ดังนั้นหน้าที่สำคัญของผู้รักษาคือการช่วยประเมินความเป็นจริง ผู้รักษาสามารถช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงหรือสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เพื่อลดการบิดเบือนของผู้ป่วยจุดมุ่งหมายในการรักษาจิตบำบัดระดับประคองนั้นคือช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นความคิดที่บิดเบือนไปตามเหตุผลส่วนตัว และวิธีการคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยที่เป็นต้นเหตุของพยาธิสภาพได้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เขามีความคิดที่บิดเบือนเช่นนั้น ได้เห็นผลลัพธ์ของความคิดนั้นว่าก่อผลเสียหายแก่ตนเช่นใด และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ โดยการเอาชนะความกลัวหัดหุคยั้ง หรือเลิกพฤติกรรมเก่า สร้างความมั่นใจและมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง

6.5.6 Confronting Reality การเผชิญหน้ากับความจริง ผู้รักษาจะอยู่ด้านของความเป็นจริงและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง เมื่อเห็นว่าการทดสอบความเป็นจริงของผู้ป่วยนั้นผิดพลาด ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องเอาชนะว่าอะไรถูกหรือผิด การที่ผู้รักษายอมรับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกต้องปกป้องตนเองและการเขาได้เห็นความยืดหยุ่น (Flexible) และการมีเหตุผลของผู้รักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะมีความสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้

6.5.7 Error of Perception คือความผิดพลาดในการรับรู้ ผู้รักษาสามารถชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความผิดพลาดในการรับรู้ โดยการใช้เทคนิคที่ผู้รักษายอมรับส่วนที่สนับสนุนความคิดผู้ป่วย แต่ในขณะที่เดียวกันก็ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งที่คัดค้านความคิดผู้ป่วยด้วย หรืออาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่รุนแรงเกินไปหรือไม่เหมาะสมนัก

6.5.8 Defenses ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจจะเป็นผู้ที่มาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายๆ เพราะกลไกป้องกันทางจิตของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นตัวต่อต้านไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการรับรู้ วิธีคิด ความเชื่อ หรือการเกิดพฤติกรรมแบบใหม่ขึ้น ดังนั้นยุทธวิธีในการแก้ปัญหา นี้ ต้องอาศัยความสามารถในการจำแนกแยกแยะกลไกป้องกันทางจิตที่ผู้ป่วยใช้ ความเข้าใจถึงหน้าที่และบทบาทของกลไกป้องกันทางจิต รวมถึงวิธีการแก้ไขตัดแปลงกลไกป้องกันทางจิตเหล่านี้ โดยทั่วไปแล้ว กลไกป้องกันทางจิตหมายถึงวิธีการที่จิตใจนำมาใช้ป้องกันไม่ให้เกิดรับรู้

ในเรื่องราวที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความไม่สบายใจได้ แต่นอกเหนือไปจากในระดับภายในจิตใจแล้ว กลไกป้องกันทางจิตยังเป็นวิธีการที่บุคคลผู้หนึ่งจะนำมาใช้ในชีวิตประจำวันในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การพิจารณาว่ากลไกป้องกันทางจิตใดมีความเหมาะสมหรือไม่นั้น ผู้รักษาควรพิจารณาจากภาพรวมที่ได้จากการทำงานของจิตใจของบุคคลนั้นๆ ไม่ใช่การตัดสินจากชนิดกลไกทางจิตที่ผู้ป่วยใช้ ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคอง ผู้รักษาจะพิจารณาถึงกลไกป้องกันทางจิตในแง่การปรับตัวกับผู้อื่น (interpersonal adaptation) มากกว่าในแง่ของภายในจิตใจ (intrapsychic) ให้การช่วยเหลือโดยเสริมให้กลไกป้องกันทางจิตสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.5.9 Dealing with Relationships โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความทุกข์ได้มากที่สุดคือ ปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างปัญหา เช่นการมีปฏิริยาไม่เหมาะสมกับผู้อื่น เพราะปัญหาที่ตนเองโอนมาจากปัญหาความสัมพันธ์ในอดีตของตน หรือมีความคาดหวังจากผู้อื่นมากเกินไปทำให้ต้องผิดหวังในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้รักษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดแล้วซ้ำเล่าในการทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าคุณเองอาจมีบทบาทกระตุ้นสถานการณ์เหล่านั้น

6.5.10 Enhancement of Self Esteem การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยด้วยโรคทุกโรคไม่ว่าโรคทางกายหรือใจ แบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง มักมีความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับตนเอง (self esteem) ที่ไม่ดีนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและอาการโศกเศร้า มีอาการที่ทำให้มองตนเองในแง่ไม่ดี (low self regard) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น จึงเป็นยุทธวิธีที่มีความสำคัญมากในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคอง การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น สามารถทำได้หลายวิธี เช่นการสามารถจดจำเรื่องราวของผู้ป่วยได้ การให้ความมั่นใจ ชมเชย ลดความรู้สึกผิดหรือการลงโทษ ผู้รักษาสามารถเลือกพูดถึง self esteem ของผู้ป่วยตรงๆ (direct approach) เช่น การที่ผู้ป่วยหัดทำเรื่องที่ไม่เคยทำมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น เป็นต้น ในการสนทนากับผู้ป่วยที่มี self esteem ไม่ดีนัก ผู้นำกลุ่มควรหลีกเลี่ยงคำถามที่จะทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ การถามในทำนองคำนี้ การใช้คำพูดที่ทำให้เสียความรู้สึก

6.5.11 Painful Feelings เมื่อมีความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าความรู้สึกปวดร้าวที่ตนต้องทนรับอยู่ไม่มีทางจะหายไป หรือลดลง ผู้รักษาสามารถให้ความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยได้โดยการให้ความเข้าใจเห็นใจในความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ โดยพยายามให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังว่าความรู้สึกนี้จะค่อยทุเลาและผู้ป่วยจะดีขึ้นได้ รวมทั้งอาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเมื่อเขาารู้สึกกลัวและคิดว่าจะไม่ทำอะไรดีขึ้น อาการจะกลับรุนแรงขึ้น การรักษาแบบจิตบำบัดระดับประคับประคองอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ (therapist-induced anxiety) การ

ถามและการให้ผู้ป่วยต้องเผชิญหน้า (confrontation) อาจถูกมองว่าเป็นการทำทายนหรือการที่ผู้รักษา แสดงข้อคิดเห็นขัดแย้งทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลขึ้น ผู้รักษาสามารถลดความวิตกกังวล ได้โดยใช้คำพูดที่เป็นกลาง ไม่เร้ารัดผู้ป่วย เป็นต้น

6.5.12 Control of Affects and Impulse ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคอง รักษา มีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์ และการกระทำของตนเองได้ดีขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนเองมักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องไม่สามารถรับรู้ความรู้สึก ต่างๆของตน ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวว่าตนเองนั้นมีการตัดสินใจที่ไม่ดีและการกระทำของตนเองนั้นมีผลเสีย และเป็นปัญหาต่อตนเองเช่นใด ผู้รักษาจะต้องให้ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงปัญหาของตน ผู้รักษาอาจ ให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยว่าควรทำเช่นไรเมื่อเกิดสถานการณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกที่รุนแรงของผู้ป่วย และชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ

6.6 ปัจจัยบำบัด (Therapeutic Factors) กลุ่มบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีของยาโลม Yalom's theory (1995) เน้นว่าปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสม ของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิก ปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของ สมาชิกเป็นสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับซึ่ง กันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัด พัฒนาโดย Irvin D. Yalom โดยเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1975 ต่อมา มีการ ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1985 และ 1995 ซึ่งได้เสนอปัจจัยบำบัดทั้งหมด 11 ปัจจัยโดยปัจจัยบำบัดเหล่านี้ เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกลุ่มจิตบำบัด ปัจจัยบำบัดอาจเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ พลวัตกรกลุ่ม ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่มและลักษณะของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนั้นปัจจัยบำบัดตัวหนึ่งอาจจะเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยบำบัดอีกตัวหนึ่งได้ หรือเอื้อให้เกิด ปัจจัยบำบัดตัวต่อไป (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, 2551) ซึ่งจะขอกกล่าวปัจจัยทั้ง 11 ปัจจัยดังนี้

6.6.1 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) หรือการเพาะความหวังเป็นปัจจัย บำบัดตัวสำคัญที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมจิตบำบัด การรู้สึกมีความหวังเกิดขึ้นเมื่อ สมาชิกเริ่มมีความรู้สึกว่าคุณชีวิตของตนเองไม่ได้เลวร้ายอย่างที่ตนคิด ยังมีผู้คนอีกมากมาย อย่างน้อยก็ สมาชิกในกลุ่ม ที่มีความยากลำบากหรือประสบปัญหาในชีวิตคล้ายๆตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ สมาชิกมีความหวังในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ มีความหวังในการลุกขึ้นสู้กับปัญหาที่ตนประสบอยู่ มี ความหวังว่าคุณชีวิตของตนเองจะดีขึ้น

6.6.2 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เป็นความรู้สึกที่สมาชิกรับรู้ว่าปัญหา ของตนหรือความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้น ไม่ใช่สิ่งแปลกประหลาดและไม่ใช่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเพียง

คนเดียว การที่สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนในโลกนี้ล้วนแต่มีปัญหาด้วยกันทั้งสิ้นแต่ตัวเองไม่ใช่แปลกแยก หรือผิด แปรจากผู้อื่นแต่อย่างใด เพียงแต่ปัญหานั้นมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของแต่ละบุคคล จะทำให้สมาชิกรู้สึกเหมือนมีคนอยู่ในเรือลำเดียวกัน ตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว จะส่งผลให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายขึ้น

6.6.3 การให้ข้อมูล (Imparting of information) การเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาร่วมกัน จะเป็นช่วงที่มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก โดยข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้นมีประโยชน์อย่างมากเพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่อยู่ภายใต้สถานการณ์คล้ายกัน โดยเฉพาะถ้ากลุ่มนั้นเป็นกลุ่มปิดและเป็นกลุ่มที่สมาชิกเผชิญปัญหาคือคล้ายกัน ข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มบำบัดจึงเป็นข้อมูลที่มีพลังต่อสมาชิกในกลุ่ม

6.6.4 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกในกลุ่มรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือเป็นประโยชน์หรือบรรเทาปัญหาให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ไม่มากนักน้อย บุคคลจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นได้ เมื่อมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างสมาชิกจะทำให้ปัจจัยบำบัดตัวนี้เกิดขึ้น

6.6.5 ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the primary family group member) หรือการแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดจากครอบครัวเดิม ทำให้ปมขัดแย้งที่เก็บไว้ได้รับการแก้ไข สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีลักษณะโครงสร้างของกลุ่มดังนี้ มีสมาชิกอย่างน้อย 8-12 คนขึ้นไป มีผู้บำบัด 2 คนเป็นผู้ชายและผู้หญิง พลวัตกลุ่มที่เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้สถานการณ์ในกลุ่มนั้นจะคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมาซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิกทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆอย่างถูกต้อง

6.6.6 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้

6.6.7 การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (The development of socialization techniques) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคมเป็นปัจจัยบำบัดพื้นฐานที่เกิดขึ้นแทบทุกครั้งของการทำ

กลุ่มบำบัด แม้ว่าลักษณะหรือกระบวนการเรียนรู้ อาจแตกต่างกันไปตามลักษณะและบริบทของกลุ่มนั้นๆ การพัฒนาทักษะการเข้าสังคมเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มและได้มีการฝึกการเข้าสังคมซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกในการนำไปใช้ในสังคมต่อไป

6.6.8 พฤติกรรมเลียนแบบ (Imitative behavior) พฤติกรรมเลียนแบบเป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นได้มากในกลุ่มบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกสามารถเป็นตัวแทนให้กันและกัน นอกเหนือไปจากผู้นำกลุ่ม การได้เห็นพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การพูด การแต่งตัว ตลอดจนวิธีการรับมือกับปัญหาและวิธีการเผชิญหน้ากับสิ่งยุ่งยาก หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน

6.6.9 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Learning) การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนควรหรือไม่ควรกระทำ การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น มีอยู่ 2 ลักษณะคือ การเรียนรู้สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับตนเอง (interpersonal-input) และการเรียนรู้สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับผู้อื่น (interpersonal-output) การเรียนรู้สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับตนเอง เป็นการเรียนรู้ถึงสิ่งที่ผู้อื่นรู้สึกหรือสัมพันธ์กับตนในขณะที่การเรียนรู้สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับผู้อื่นเป็นการเรียนรู้ในสิ่งที่ตนมีให้กับผู้อื่น หรือเรียนรู้การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

6.6.10 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) หรือความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ได้พัฒนาความไว้วางใจ ได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความอบอุ่นและยอมรับซึ่งกันและกัน จะทำให้สมาชิกได้ทำงานร่วมกันด้วยความเห็นอกเห็นใจและมีความตั้งใจเมื่อมีความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้น สมาชิกจะพัฒนาความเป็นเจ้าของกลุ่ม (sense of belonging) ทำให้มองกลุ่มเหมือนบ้านตนเองที่สามารถพูดถึงปัญหา หรือปรึกษากับสมาชิกได้ทุกเรื่อง จะส่งผลให้สมาชิกมีความเต็มใจที่จะทำงานร่วมกัน

6.6.11 การได้ระบายออก (Catharsis) หรือการได้ปลดปล่อยความรู้สึก เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้พูดถึงเรื่องราวที่ตนรู้สึกทุกข์ใจหรือทุกข์ทรมานพร้อมๆกับการปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกที่ท่วมท้น เช่น การร้องไห้ การแสดงความเกรี้ยวกราดเมื่อพูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอัดอั้น การได้ระบายออกจะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้มีความไว้วางใจที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม ส่วนใหญ่จะเป็นปมขัดแย้งในอดีต หรือสิ่งค้างคาใจที่ไม่สามารถพูดหรือระบายให้ใครฟังได้

6.6.12 การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (Existential Factors) เป็นการตระหนักถึงแก่นแท้ของชีวิต ได้แก่ ความไม่แน่นอน ความไม่ยุติธรรมรับฟังปัญหา ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่

สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน การตระหนักถึงข้อเท็จจริงว่าไม่มีใครหนีความทุกข์หรือความตายได้ การตระหนักว่าไม่ว่าเราจะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากเพียงใด อย่างไร ปัจจัยบำบัดนี้ก็จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้ตระหนักว่าตนเองไม่ได้เป็นบุคคลเดียวในโลกที่มีปัญหา หากปัจจัยบำบัดตัวนี้เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกเกิดความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปเนื่องจากเกิดการรู้แจ้งในธรรมชาติของมนุษย์และธรรมชาติของชีวิต

6.7 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

6.7.1 พิจารณาและตัดสินใจวางโครงสร้างของกลุ่ม และกำหนดรูปแบบในการเนนกลุ่ม เมื่อเริ่มกลุ่มพยาบาลจะพิจารณาว่าควรจะให้เป็นที่กลุ่มปิด หรือกลุ่มเปิดและเมื่อดำเนินกลุ่มแล้วก็พิจารณาว่าควรกำหนดโครงสร้างว่าให้เป็นที่กลุ่มที่มีการกำหนดโครงสร้างของการดำเนินกลุ่มหรือกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างของกลุ่ม

6.7.2 พิจารณากลุ่มมีเป้าหมายอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร และช่วยนำสมาชิกให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายและจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

6.7.3 สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีความเป็นมิตร มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปตามลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ไม่เกิดบรรยากาศของการชิงดีชิงเด่น หรือบรรยากาศแห่งการลงโทษซึ่งกันและกัน

6.7.4 ใช้กลุ่มและกระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาการสื่อความหมายของพยาบาล ผู้นำกลุ่มควรจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ในการสื่อความหมายที่ชัดเจน โดยการถามสมาชิกถ้าไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจสมาชิกกลุ่มถูกต้องหรือ โดยการพูดเปิดเผยความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจนที่เห็นได้ในกลุ่ม

6.7.5 พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกที่เงียบเฉย ให้มีส่วนร่วมให้มากขึ้น หากทางให้กลุ่มร่วมรับผิดชอบที่จะนำสมาชิกที่เงียบเฉยเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และหาว่ามีสมาชิกของกลุ่มคนอื่นๆ ที่ผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว พยาบาลผู้นำกลุ่มก็ต้องหาทางยับยั้งพฤติกรรมนั้นเสีย ให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาททั้งสองนี้

6.7.6 แสดงออกซึ่งภาวะความเป็นผู้นำ ไม่ว่าผู้นำกลุ่มแบบใด แบบอัตตาธิปไตย ประชาธิปไตย หรือปล่อยตามสบาย จำเป็นต้องควบคุมแนวทางการดำเนินกลุ่ม พยาบาลผู้นำกลุ่มจะปล่อยกลุ่มให้เป็นไปตามที่กลุ่มต้องการ ไม่ได้ เพราะกลุ่มมักจะออกนอกทางและผิดวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะถ้าเป็นกลุ่มที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ระเบียบการเข้ากลุ่ม

6.7.7 พยาบาลผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสถาบันสุขภาพจิตเป็นผู้ที่จะให้คำตอบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มควรรู้ เป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ และให้ความรู้ด้านอื่นๆตามความเหมาะสม

6.7.8 พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ด้านการสื่อความหมายที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังต้องการขอความช่วยเหลือ โดยช่วยเหลือสมาชิกให้รู้จักนำพลังความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ช่วยสมาชิกกลุ่มให้ตระหนักถึงศักยภาพที่แฝงอยู่ในตัวเขา

7. แบบแผนกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบแผนการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพัฒนามาจากการศึกษาของสุจิตรา อูร์ตนมณี (2549) และวินิตา คนโทแก้ว (2550) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) โดยมีขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะคือระยะเริ่มกลุ่ม ระยะการทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม โดยมีกิจกรรมรวม 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 10 คนทำจิตบำบัดกลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม ปฏิบัติหน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่มแบบแผนการดำเนินกลุ่มทั้ง 6 ประเด็น สร้างขึ้นตามหลักการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ประเด็นที่ 1 การสร้างความไว้วางใจในการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

ประเด็นที่ 2 การสำรวจและการค้นหาสาเหตุปัญหาที่เชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ขอมรับและเข้าใจสาเหตุของปัญหา พร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ (จันทิมา องค์โหมยิต, 2547)

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง ทำให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจในตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ ซึ่งการรู้จักตนเองทั้งจุดเด่นและขีดจำกัดของตน จะทำให้สมาชิกเข้าใจพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น

ประเด็นที่ 4 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นและยอมรับข้อดีของตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าจะทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

ประเด็นที่ 5 การเผชิญและการจัดการกับความเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจและเกิดทักษะในการเผชิญปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนได้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hoff and Rosenheck, 1998)

ประเด็นที่ 6 กิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายนั้น การตั้งเป้าหมายในชีวิตต้องเป็นด้านสร้างสรรค์ และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การดำเนินกิจกรรม 3 ระยะพัฒนาการกลุ่ม (Yalom, 1995)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating Phase)

เป็นระยะสร้างความปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้แก่สมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำควรทำให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่ม เข้าใจในกติกาวิธีการดำเนินการกลุ่ม และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นปัจจัยบังคับที่สำคัญมากในระยะแรกเพื่อสร้างความรู้สึกล่วงหน้าในกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นของตนเพื่อให้เกิดประสบการณ์เรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ เหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจกันและกัน การสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจ เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็น พฤติกรรมของสมาชิกโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน เป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก เมื่อเกิดความไว้วางใจ สมาชิกจะมีความเต็มใจที่จะเปิดเผย การได้ระบายออก (catharsis) ซึ่งความคิดความรู้สึก และประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้และยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น โดยมีการเปิดเผยตนเอง เล่าปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถามเป็นการสำรวจปัญหาและค้นหาปัญหาสมาชิกจะเกิดการเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ทำให้สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเองและช่วยลดความวิตกกังวลได้ ระยะแรกหน้าที่ของกลุ่มคือพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของสมาชิกต่อปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจากการที่มีปัญหานั้นๆ เกิดขึ้น ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะประสบความสำเร็จได้มาก ถ้ากลุ่มได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับผลกระทบต่อปัญหา ซึ่งเป็นสาเหตุต้องอภิปราย ทำให้กลุ่มสนใจที่เป้าหมายจะได้ไม่เกิดการล้มเลิกกลุ่มก่อนกำหนด (Yalom, 1995) และในระยะที่สร้างสัมพันธภาพนี้จะมีทัศนคติ (norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งทัศนคติ

ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นมาแล้วเป็นบางส่วนก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการสร้างขึ้นมาบางส่วน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้ว่าตนเองมีสภาพเป็นอย่างไรในกลุ่ม และเริ่มมีความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (group cohesiveness) ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น การค้นพบความเหมือนในกลุ่มเป็นสิ่งที่สมาชิกรู้สึกสบายใจ สมาชิกเริ่มตระหนักว่าความรู้สึกที่เขาคิดว่ามันถูกต้อง กลายเป็นสิ่งปกติร่วมกับบุคคลอื่น (Yalom, 1995) ทำให้สมาชิกมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ยอมรับและเข้าใจปัญหาพร้อมกับหาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ปรับปรุงในการแก้ไขปัญหของตนเอง ระยะนี้จึงเป็นการระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหานั้น ผู้นำกลุ่มจึงมีหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มบรรลุเป้าหมาย โดยเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายและหาทางแก้ไขปัญหานั้น ทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมั่นใจว่าสามารถนำวิธีแก้ไขนี้มาใช้ได้ ระยะนี้มีการดำเนินการกลุ่มให้ครบคลุมประเด็น 6 ประเด็นคือการสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง การสำรวจปัญหา การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน และกิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ต้องช่วยให้สมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองศาของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่มประเมินด้วยการพูดแสดงความคิดเห็นของสมาชิก การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่น และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจง ในระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีความสงบลง มีความเข้มแข็ง มีการดูแลประคับประคองซึ่งกันและกัน อาจมีการติดต่อกันของสมาชิกหลังจากการเสร็จสิ้นการทำกลุ่มการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น และชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่ม ด้วยการชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม การกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณา

ระดับความผูกพันของกลุ่ม แรงความก้าวหน้าของกลุ่ม ให้สมาชิกได้มีโอกาสพูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีและเป็นประโยชน์จากการทำกลุ่ม และเกิดการรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

บทบาทผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีหน้าที่พื้นฐานอย่างน้อย 3 ประการได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) การสร้างบรรทัดฐานวัฒนธรรมกลุ่ม (culture building) และการกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบันขณะนั้น (activating and illumination of the here and now) (Yalom, 1995)

บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองควรมีคุณสมบัติดังนี้คือ ช่วยให้ผู้บำบัดดำเนินการทำกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ ช่วยสังเกตและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มแทนผู้บำบัดในบางครั้ง ทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ดำเนินกลุ่มแทนผู้บำบัดเมื่อผู้บำบัดไม่อยู่และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกับผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจและรู้จักกันและกัน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) ศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 20-40 ปีจำนวน 22 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 อายุและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรางคณา จำปาเงิน (2547) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา

ก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม หลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงก่อนกว่าเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยา บุญเชิญ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงก่อนกว่าเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุจิตรา อู่รัตนมณี (2549) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 รายถูกจับกลุ่มตามเพศและอายุให้มีความใกล้เคียงกัน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย กลุ่มทดลองได้รับดูแลด้วยจิตบำบัดระดับประคองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลองพบว่าพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงก่อนกว่าเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

วิบูลย์ ชานวิทิตกุล (2549) ศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงก่อนกว่าเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Elbirlik (1983) ได้รายงานผลการทดลองใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้ป่วยจิตเวชชายรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ากลไกของกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในกลุ่ม เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเกิดการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม 3 ลักษณะ คือระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัว แก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องของตนเอง

Corhelius, et. al (1995) ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้เสพติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่เสพสุรา พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 59 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 22 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าทั้ง 2 กลุ่ม

Hausmann and Fleschhacker (2002) ทบทวนบทความต่างๆเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งที่เพิ่มมากขึ้นจากการป่วยซ้ำ

จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนาน การตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาไม่ดี การรับรู้บกพร่อง การเข้าสังคมบกพร่อง การคิดสารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย

Scheller (2002) ศึกษาการเพิ่มความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการศึกษาความเครียดในชีวิต อาการซึมเศร้า อาการทางบวกและอาการทางลบ การวิตกกังวล การรับรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่เกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติ โดยใช้เครื่องมือ 1) The Modified Hamilton Rating Scale ในการประเมินภาวะซึมเศร้า 2) The Psychaitric Epidemiology Research Interview Life Event Scale ในการประเมินเหตุการณ์ในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ สารเสพติดร่วมด้วยจะมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ดำเนินการกลุ่ม 6 ครั้งๆละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดย ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการตามแนวคิดของ Yalom (1995)

และการกระตุ้นให้เกิดประเด็นการสนทนาที่ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจการเข้ากลุ่ม
2. การสำรวจและการค้นหาปัญหาโดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้การแก้ปัญหา
3. การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง
4. การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน
5. การเผชิญปัญหาและจัดการภาวะซึมเศร้า
6. การพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม

ในการดำเนินการกลุ่มทุกครั้งประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาในกลุ่ม 3 ระยะคือ

- 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม 3) ระยะยุติกลุ่ม

ภาวะ
ซึมเศร้า
ของผู้ป่วย
จิตเภทที่ใช้
สารเสพติด
ร่วม