

ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา



นางสาว สุจิตรา อูร์ตนมณี

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY
ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE

Miss Sujitra Uratanamane

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree Of Master Of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University


492051

นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี : ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้
ติดสุรา (THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON
DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์
อุทิศ, 163 หน้า

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการ
ทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา
เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับผู้
เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษ ในแผนกผู้ป่วย
ใน สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน ได้รับการจับกลุ่มตามเพศและ ช่วง
อายุ ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน
กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ
การดูแลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แผนการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่ง
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการศึกษา
คือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของ Hollon&Kendall (1980) และแบบประเมินการเห็น
คุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self esteem Inventory, 1969) เครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory, 1967) โดย
แบบประเมินทั้ง 3 ชุด มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 , .71 และ .74
ตามลำดับ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้เสพติดสุราภายหลังได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า
ลดลง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ภายหลังการทดลอง ผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบ
กลุ่ม มีภาวะซึมเศร่าลดลง กว่าผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
0.05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา..... 2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777618436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY/ DEPRESSION

ALCOHOL DEPENDENCE

SUJITRA URATANAMANEE :THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE
PSYCHOTHERAPY ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE

THESIS ADVISOR: PENPAKTR UTHIS,Ph.D.,163 pp.

The purposes of this Pre test-Post test control group quasi-experimental research were:

1) to compare depression of alcohol dependence before and after received group supportive psychotherapy, and 2) to compare depression among alcohol dependence who received group supportive psychotherapy and those who received regular caring activity. The samples composed of 32 alcohol dependence who met the inclusion criteria and were recruited from in patient unit, Thanyarak Institute. The samples were matched to have similar characteristic by gender and age group and then were randomly assigned into experimental group and control group, 16 subjects in each group. The experimental group received 6 sessions of group supportive psychotherapy that developed by researcher. The control group received regular caring activity. The research instruments consisted of group supportive psychotherapy plan which was validated for content validity by 5 experts. Automatic Thought Questionnaire of Hollon & Kendal (1980) and Rosenberg Self Esteem Inventory Scale of Rosenberg (1969) were used as monitoring instruments. Data were collected using Beck Depressive Inventory Scale of Beck (1967). Chronbach's Alpha coefficient reliability of the three latter instruments were .76, .71, and .74, respectively. The T- test was used in data analysis to capture the mean different among depression scores.

Major finding were as follows:

1. The depression among alcohol dependence who participated in group supportive psychotherapy was significantly lower after the experiment than that before at the .05 level.
2. After the experiment, the depression among alcohol dependence who participated in group supportive psychotherapy was significantly lower than those who received regular caring activities, at the .05 level.

Field of studyMental health and Psychiatric Nursing...Student's

Academic year..... 2006.....Advisor's

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดในการทำวิจัย และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่มาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อ.ดร.วิไลพร ช่างวงศ์ คุณลำเนา นิลบรรพท์ คุณอำพัน จารุทัศนางกูร และคุณจันรรจา บำเหน็จพันธ์ุ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดและการทำวิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อ เอกสารในการดำเนินการวิจัยด้วยดีมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการดูงาน และการฝึกความเชี่ยวชาญการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สำหรับความร่วมมืออันดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อชวพล ,คุณแม่วรารามณ์ อุรัตนมณี และครอบครัว สำหรับกำลังใจและการดูแลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณภาณุวิชญ์ ไชยธิด ที่เป็นกำลังใจและอยู่เคียงข้างตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเรื่องการศึกษาเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ผู้เสพติดสุราทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแข็งแรง สมบูรณ์ ตลอดไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับการ การใช้สุรา การติดสุรา.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยา.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง.....	25
กลุ่มจิตบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดของ ยาลอม (Yalom).....	34
กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้เสพยา.....	37
การพยาบาลผู้เสพยาที่มีภาวะซึมเศร้า.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
กระบวนการดำเนินการวิจัย.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98

บทที่ 5	สรุปผลวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	108
	รายการอ้างอิง.....	118
	ภาคผนวก.....	123
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	163



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการดื่มสุรา ประวัติบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น.....	99
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองและ หลังทดลองในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ.....	103
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง และ หลังทดลอง ระหว่างผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคอง แบบกลุ่มและผู้เสพติดสุรากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ.....	106

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุรา เป็นสารเสพติด ที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของโลก เนื่องจากแนวโน้มการบริโภคสุรายังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในหลายประเทศทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการดื่มสุรา พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชาชนดื่มสุรามากผิดปกติ และมีลักษณะการติดสุรา ประมาณ 15 ล้านคน (Robbins & Martin, 1993) ในประเทศไทย สุราเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมาย และสังคมยอมรับ จึงทำให้มีการจำหน่ายกันอย่างแพร่หลาย การติดสุราจึงกลายเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2543 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการติดสุรา มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 2.34 และ 4.81 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด และจากการสำรวจผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับบำบัดในโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2540 พบว่า มีจำนวนผู้เข้าบำบัดทั้งสิ้น 943 คน (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2541) การศึกษาทบทวนสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในสังคมไทย ในปี 2544 พบว่า ประเทศไทย มีการบริโภคเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์รวมทุกประเภท อยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก โดยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์จำนวน 8.47 ลิตร/คน/ปี อีกทั้งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้รายงานผลสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2547 ว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 49.4 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ 16.1 ล้านคน หรือร้อยละ 32.7 โดยเฉพาะผู้มีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.5 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ)

การเสพติดสุรา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้ในหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า การเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย และอัตราตายจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร (Scott, 2000) ส่วนปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญในผู้เสพติดสุรา คือ ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเครียด และอาการซึมเศร้า (Hanson & Venturelli, 1995; Laurent, 1997; Zayas et al., 1998) นอกจากนี้ Muller et al. (1994) ยังพบว่า การติดสุรา และภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอเนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ที่เป็นอาการสำคัญในผู้เสพติดสุรา โดยพบผู้ป่วยเสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 ถึง ร้อยละ 70 นอกจากนี้การเสพติดสุรายังมีความสัมพันธ์กับการหายจากภาวะซึมเศร้า โดยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เสพติดสุราเรื้อรัง กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่เสพติดสุราเรื้อรัง ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ที่ไม่เสพติดสุราเรื้อรังมีแนวโน้มการหายจากอาการซึมเศร้าเป็น 2 เท่า ของผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และยิ่งพบว่า ระดับความซึมเศร้าที่ต่างกัน มีผลต่อการกลับไปใช้สุราที่ต่างกันภายหลังการบำบัด

สำหรับในประเทศไทยก็พบผลกระทบ ที่สอดคล้องกับวรรณกรรมในต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เอ็มเดือน เนตรเขม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีความซึมเศร้า และการศึกษาของ อุบล ก่องแก้ว (2547) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดลำพูน โดยศึกษาจากผู้เสพติดสุรา ที่ไม่ได้รับยาต้านเศร้าทุกรายพบว่า ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าเบี่ยงเบนไปจากปกติ คือ มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ รู้สึกเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้หมดหวัง และในระดับรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยอาจถึงขั้นทำร้ายตนเอง ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ก่อนที่ผู้เสพติดสุราจะเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง และนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Cornelius (1995) ซึ่งทำการศึกษารเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตาย และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เสพติดสุราที่มีอาการซึมเศร้า ผู้เสพติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร้า และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่เสพติดสุรา พบว่า ผู้เสพติดสุราที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 59 และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 22 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในเมืองไทย ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2542) ก็พบข้อมูลที่สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศ โดยพบว่า สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ ภาวะซึมเศร้า และการเสพติดสุรา และพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2544) พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายในประเทศไทย มีลักษณะคล้ายกับรายงานของต่างประเทศ กล่าวคือ โรคซึมเศร้า และการเสพติดสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของการตายที่สำคัญ

ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ประการแรกสุราเป็นสารเสพติดประเภทกดประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมอง โดยสุราจะยับยั้งการนำสารสื่อที่เก็บสารสื่อประสาท (Reuptake) ซ้ำลงไป ทำให้สารสื่อประสาทค้างมากขึ้น ครอบคลุมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง Delgado & Morenc (2002) ได้มีการศึกษา พบว่า การลดลงของสารซีโรโทนิน (Serotonin) หรือ สารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้เสพติดสุราจึงมักมีอาการซึมเศร้า ร่วมกับอาการลักษณะที่ไม่มีชีวิตชีวา นอกจากฤทธิ์ของสุรา ที่มีผลในการกด

ประสาทจนส่งผลให้ผู้เสพติดสุรามีอาการซึมเศร้าได้แล้ว ประการที่สอง พบว่า อาการซึมเศร้า และการเสพติดสุรามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน กล่าวคือ บุคคลที่ซึมเศร้า อาจใช้สุราเป็นเครื่องบำบัด เพื่อลดอาการซึมเศร้า และนำไปสู่การเสพติดสุราในที่สุด ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ที่เสพติดสุราส่วนใหญ่ นั้น มีบุคลิกภาพของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ มักจะขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความกล้า ใช้วิธีการเผชิญความไม่สบายใจแบบโทษตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และยังพบว่าผู้เสพติดสุรามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vrsti & et al. (1985) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง จำนวน 52 คน พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนความเห็นคุณค่าแห่งตนต่ำ ประการที่สามพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา อาจเกิดจากรูปแบบความคิดหลัก ตามแนวคิดของ Beck (1967) ซึ่งเชื่อว่า ความซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลถูกกระตุ้นรูปแบบความคิดหลัก 3 ประการ คือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มเดือน เนตรแหม (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังผลการศึกษาพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง

การแก้ไขปัญหามารยาทซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา นอกจากจะแก้ไขโดยการบำบัดเพื่อเลิกการเสพติดแล้ว จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ ความคิด ด้านอารมณ์ ด้านสังคมควบคู่กันไป โดยทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร่าลดรูปแบบการคิดหลักในแง่ลบ ซึ่งส่งผลโดยตรง ต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อคนอื่น ทั้งในเรื่องที่เป็นอดีต เหตุการณ์ปัจจุบัน และการคาดการณ์ถึงอนาคต นอกจากนี้ควรส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อให้ลดการแยกตัว และสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้การรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จากการมีปฏิสัมพันธ์ จะช่วยให้ผู้เสพติดสุรา มีข้อมูลที่หลากหลายเพื่อปรับรูปแบบความคิดและความรู้สึกของตนเอง การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าทำได้หลายวิธี การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการบำบัดแบบหนึ่งซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกๆระดับ ระดับแรก คือ การปรับตัวตามสภาวะภายในจิตใจ (Internal milieu) ความรู้สึก ความนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าของตนเอง มโนธรรมและศีลธรรม อีกระดับหนึ่ง ได้แก่ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ทั้งนี้เทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิคซึ่งมีหลายรูปแบบ ในการแก้ไขปัญหามารยาทของผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการบำบัด เทคนิคดังกล่าว ได้แก่ เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด เทคนิคการให้ความมั่นใจ (Reassurance) เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) เทคนิคการให้ระบาย (Ventilation) ฯลฯ ซึ่งเทคนิคเหล่านี้เป็นกลไกทำให้ผู้ป่วยปรับรูปแบบการมองตนเอง และมองอนาคตใหม่ เกิดการปรับรูปแบบความคิดอัตโนมัติ

ด้านลบ ลดความรู้สึกกดดัน เสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น นอกเหนือจากการใช้เทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อลดสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามที่กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาพบว่า การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ในการบำบัด จะส่งผลดีต่อผู้เสพติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการใช้กลุ่มบำบัดเป็นการช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เพิ่มการปรับตัวของผู้ป่วย และส่งเสริมการสื่อสารสัมพันธ์ที่ดี

กลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีปัจจัยบำบัด(Therapeutic Factors) ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 11 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรู้ถึงคุณค่าในตนเอง 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน 3) ความรู้สึกอันเป็นสากล 4) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น 5) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนในการอภิปรายปัญหา 6) การได้ระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี 7) ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน 8) การได้เรียนแบบพฤติกรรมของสมาชิก และผู้นำกลุ่มที่ตนพอใจ 9) การเรียนรู้เทคนิคเพื่อเข้าสังคม เรียนรู้ทักษะทางสังคม 10) การรู้สึกมีความหวัง และ 11) การได้รู้ความจริงของชีวิต ปัจจัยบำบัดเหล่านี้ทำงานพร้อม ๆ กัน ต่างส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการบำบัด ซึ่งพบว่าการเกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic Factors) ตามแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดหลักในทางลบ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จันทิมา อังคโฆสิต, 2545) และลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย เกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบกลุ่มมีเพียงการศึกษาของ วรางคณา จำปาเงิน (2547) ที่เป็นการศึกษา การใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสามมุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมโรงเรียนมัธยมศึกษา ก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคอง แบบกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มมีค่าลดลง และ รัชนิบูลย์ เศรษฐภูมิรินทร์ (2542) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษา ผลของการทำกลุ่มประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราณักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าการทำกลุ่มประคับประคองสามารถลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบ ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดยา

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Yalom ก่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด ซึ่งช่วยลดรูปแบบความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck อันเป็นสาเหตุให้เกิดการมอง

ตนเองในแง่ลบและการมองโลกในแง่ร้าย อีกทั้ง ปัจจัยบำบัดยังส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลต่อระดับความซึมเศร้า จากที่กล่าวมาแล้วรูปแบบการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองแบบกลุ่มน่าจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลและการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวชในกลุ่มเป้าหมายนี้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีคะแนนความซึมเศร่าลดลงหรือไม่ อย่างไร
2. คะแนนความซึมเศร่าของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุร่าก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุร่า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

เนื่องจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุร่า เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการบำบัดแก้ไขเป็นอันดับต้นๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้เสพติดสุร่า มีปัญหาทางจิตที่พบเสมอ คือ ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า การดื่มสุร่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดและอาการซึมเศร้า (Hanson & Venturelli, 1995; Laurent; 1997, Zayas et.al, 1998)

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร่ามีลักษณะสำคัญ คือ มีอัตมโนทัศน์ทางด้านลบ ตีเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหารนอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งความซึมเศร่ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก จนถึงรุนแรง ทำให้เฉยเมย แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กรอบแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) เชื่อว่า ความซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือ บุคคลมีความเครียดต่อสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และ บุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดการกระตุ้นรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการ คือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ซึ่งรูปแบบการคิดหลักในแง่ลบส่งผลทำให้บุคคลเกิดการท้อแท้หมดอาลัย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2546) เชื่อว่า การมองตนเองในแง่ลบ มองอดีต เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษากภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในประเทศไทยก็สนับสนุนทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) ดังจะเห็นได้ จากการศึกษาของ เอ็มเมอเนนตราชม (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เรือรังผลการศึกษา พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรือรัง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุรามีความคิดหลักที่บิดเบือน คือ มองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า ผู้เสพติดสุราแปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินว่า ปัจจุบันและอนาคตต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบ เกิดการมองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ ถึงความลำบาก และความทุกข์ ทำให้หันพึ่งสุรา ซึ่งสุรานั้นมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้ ในขณะที่เดียวกันผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกของผู้มีภาวะซึมเศร้า คือ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง มองคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่ชอบมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุร่วมอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ดังนั้นการให้การบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดและสาเหตุการเกิด ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ควรเป็นการบำบัดที่เน้น การแก้ไขรูปแบบการคิดหลักในทางลบ 3 ประการ ในเรื่อง 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ เพื่อลดความซึมเศร้าอันเกิดจากความคิดนั้น อีกทั้งควรเน้นให้ผู้เสพติดสุรา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้วิจัยจึงสนใจนำจิตบำบัดแบบระดับประคับประคองแบบกลุ่ม (group supportive psychotherapy) มาใช้เพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

การทำจิตบำบัดแบบระดับประคับประคองแบบกลุ่ม (group supportive psychotherapy) เป็นรูปแบบการทำจิตบำบัด ในแง่ของปัจจุบัน (Here & now) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายและเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น การรักษาโดยการนำจิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางด้านจิตใจ และเพิ่มทักษะทางการปรับตัว ส่งเสริมให้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิกเปิดโอกาสให้

มีการประคับประคองความรู้สึกซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้เกิดกลไก ที่ทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงความคิด ทำให้เกิดคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความโดดเดี่ยว (จันทิมา อองศ์โฆสิต , 2545) และลดความรู้สึกซึมเศร้าในที่สุด

จันทิมา อองศ์โฆสิต (2545) กล่าวว่า ยุทธวิธีในการรักษา โดยการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดี ช่วยการทำงานของจิตใจ หรืออีโก้ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบาย และแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้น ลดการบิดเบือนความจริง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง โดยวัตถุประสงค์สำคัญ ในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ได้แก่ การเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกๆ ระดับ ระดับแรก คือ การปรับตัว (Adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ ความรู้สึกความนึกคิด ความรู้สึกต่อตนเอง คุณค่าของตนเอง และระดับที่สอง คือ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ซึ่งใช้เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคอง เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ผู้รักษาสามารถใช้หลายๆ เทคนิค ในการตอบสนองผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มนั้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์หลักของการบำบัด คือ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า การบำบัดด้วยวิธีนี้ผู้บำบัดเป็นผู้เน้นประเด็นการบำบัดในแต่ละครั้งให้สอดคล้องกับสาเหตุและการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยการนำเทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคองมาใช้ อาทิเช่น เทคนิคการปรับรูปแบบความคิด การมองภาพใหม่ การให้ระบาย การให้ความมั่นใจ ฯลฯ ซึ่งเทคนิคเหล่านี้เป็นกลไกทำให้ผู้ป่วยปรับรูปแบบการมองตนเองและมองอนาคตใหม่ เกิดการปรับรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

นอกเหนือจากการใช้เทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามที่กล่าวมาแล้ว การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ในการบำบัดจะส่งผลดีต่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการทำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นแนวคิด ที่ให้ความสำคัญ ในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเรียนรู้ที่จะติดต่อ และสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะประคับประคองความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกัน และปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขความคิดอัตโนมัติด้านลบ สมาชิกจะรับรู้ว่ามีเพียงตนเองที่เกิดปัญหาเช่นนี้ ซึ่งปัจจัยบำบัดที่ได้จากการทำกลุ่มจิตบำบัด ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal learning) การให้ข้อมูล (Imparting of information) การได้ระบายออก (Catharsis) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) การรู้สึกมี

ความหวัง (Instillation of hope) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) ซึ่งปัจจัยบำบัดเหล่านี้ เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิก เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความนึกคิด อารมณ์ นอกเหนือจากนั้น กลุ่มยังเปรียบเสมือนกระจก ที่สามารถสะท้อนความรู้สึก ช่วยให้สมาชิกเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และรู้จักมองคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มเหล่านี้สามารถลดภาวะซึมเศร้า และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542)

ประเด็นในการสนทนาแต่ละครั้งประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม 2) โรคซึมเศร้า การสำรวจปัญหาภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์ภาวะซึมเศร้า 3) สาเหตุต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงแนวคิด เกี่ยวกับการปรับรูปแบบการคิดอัตโนมัติด้านลบ 4) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา และแนวทางการแก้ไข 5) ประสบการณ์ที่สร้างความภาคภูมิใจ ของสมาชิก รวมถึงการแสดงความเห็นของสมาชิกในกลุ่ม เกี่ยวกับข้อดีและจุดแข็งของสมาชิกแต่ละคน 6) เล่าประสบการณ์ การนำวิธีการแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการทำกลุ่มไปใช้และการสรุปประโยชน์

จากการศึกษา แนวคิดการทำจิตบำบัดแบบระดับประคอง (จันทิมา องค์โสมสิต, 2545) ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัด ของ Yalom เห็นได้ว่าจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มมีเทคนิค และปัจจัยบำบัด เป็นกลไกที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน รูปแบบความคิดหลักในทางลบ การมองคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม อันเป็นสาเหตุของการเกิด ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรนำแนวคิดเกี่ยวกับ กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง (group supportive psychotherapy) ที่ศึกษา มาแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา โดยมี สมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ลดลงกว่า ก่อนได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
2. หลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราที่ ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มลดลงกว่า กลุ่มผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

วิจัยฉบับนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) โดยใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิต โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถาบันธัญญารักษ์ ทั้งชายและหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ทั้งนี้การดำเนินการทดลองใช้การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบ 2กลุ่ม มีระยะเวลาในการทดลอง 2 สัปดาห์เนื่องจากการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยใน มีข้อจำกัดเรื่องของระยะเวลาในการเข้ารับการรักษามีระยะเวลาอันสั้น โดยการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มควบคุม เป็นผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษานในสถาบันธัญญารักษ์ 1 กลุ่มทั้งชายและหญิง จำนวน 16 คน ดำเนินการในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มทดลอง เป็นผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษานในสถาบันธัญญารักษ์ 1 กลุ่ม ทั้งชายและหญิง จำนวน 16 คน ดำเนินการในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม หมายถึง การบำบัดที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดชดเชยหน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการกลับคืนมาของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว โดยใช้เทคนิคจิตบำบัดระดับประคอง ในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck(1967) การประคองประคองความรู้สึก และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่ม ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้งมีแนวทางที่เน้นเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา และการแก้ไขภาวะซึมเศร้า การดำเนินกลุ่มแบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ ใช้เวลาดำเนินการกลุ่มครั้งละ 60 นาที ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมทำกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้เสพติดสุรา แสดงถึงอาการเบี่ยงเบนทางการคิด และการรับรู้ มีอึดมโนทัศน์ในทางลบ ตีเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ประเมินได้ โดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของ เบค (Beck Depression Inventory, 1967)

ผู้เสพติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตาม DSM-IV ว่าเป็นผู้เสพติดสุรา และเข้ารับการบำบัดรักษาที่ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนา บทบาทพยาบาลจิตเวชในการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในผู้มีปัญหาซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการทำกลุ่มจิตบำบัดรูปแบบอื่น ในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา
 - 1.1 ความหมาย ของการเสพติดสุรา
 - 1.2 อาการสำคัญในการวินิจฉัยการเสพติดสุรา
 - 1.3 ปัจจัยของการเสพติดสุรา
 - 1.4 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา
2. แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดแบบประคอง
 - 3.1 ความหมายของจิตบำบัดประคอง
 - 3.2 ยุทธวิธีในการทำจิตบำบัดแบบประคอง
 - 3.3 เทคนิคทำจิตบำบัดแบบประคอง
 - 3.4 ระยะเวลาต่าง ๆ ในการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดแบบประคอง
4. แนวคิดทฤษฎีในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม ตาม แนวคิดของยาลอม
 - 4.1 ปัจจัยบำบัด
 - 4.2 ระยะเวลาการกลุ่ม
 - 4.3 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 4.4 ขนาดของกลุ่ม
5. การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 5.1 เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคองในผู้เสพติดสุรา
 - 5.2 ปัจจัยบำบัดอันเกิดจากกระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 - 5.3 การนำ เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคองมาใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

6. การพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 6.1 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราของสถาบันธัญญารักษ์
 - 6.2 การพยาบาลผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้า ตามระยะของการบำบัด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา

1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา

สุรา เป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้เป็นระยะเวลาานานจะทำให้เกิดการเสพติด โดยจะต้องเพิ่มปริมาณและต้องใช้อยู่เรื่อย ๆ (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย,2543)

การวินิจฉัยการติดสารเสพติดแบบ DSM-IV จัดการเสพติดสุราในกลุ่ม Substance-Related Disorders (SRDs) ซึ่งอธิบายลักษณะการติดสารเสพติดไว้ 2 ประเภท ได้แก่ Substance dependence และ Substance Abuse โดยมีความแตกต่างกัน ดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช,2542)

1.1.1 Substance Abuse คือ กระบวนการใช้สารที่แสดงออกถึงการปรับตัวไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือทุกข์ทรมานใจ ซึ่งแสดงออกถึงลักษณะ 1 ประการหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน อาการนั้น ได้แก่ ใช้สารอย่างซ้ำแล้วซ้ำอีกซึ่งก่อให้เกิดความล้มเหลวที่จะกระทำตามบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ใช้สารอย่างซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารอย่างซ้ำแล้วซ้ำอีก การใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีปัญหาทางสังคม หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

1.1.2 Substance dependence คือ กระบวนการใช้สาร ที่แสดงออกถึงการปรับตัวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งนำไปสู่การสูญเสีย หรือทุกข์ทรมานใจ ซึ่งแสดงออกถึงลักษณะ 3 ประการหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน อาการนั้น ได้แก่ การทนต่อยา การถอนยา การใช้สารในปริมาณที่มากกว่าเดิม มีความต้องการอยู่ตลอดหรือมีความพยายามที่ล้มเหลวในการเลิกสาร การใช้เวลาอย่างมากเพื่อใช้ในการกระทำเพื่อให้ได้สารมาเสพ ใช้สารอย่างต่อเนื่อง ใช้อย่างซ้ำแล้วซ้ำอีก

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างใน บริทรศ ศิลปกิจและคณะ ,2542)ได้ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นภาวะที่ต้องการ หรือต้องพึ่งสุราเพื่อช่วยประคับประคองหรือเพื่อช่วยให้ทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อทำให้ความรู้สึกดีขึ้น หรือลดความรู้สึกที่ไม่ดี

การเสพติดสุรา เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol related disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการเสพติดสุรา (alcohol dependence) ดังต่อไปนี้

โดยสรุป การเสพติดสุรา เป็นรูปแบบการใช้สุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือทุกข์ทรมาน ซึ่งแสดงอาการที่สำคัญ 3 อาการหรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1.2 อาการสำคัญในการวินิจฉัยการเสพติดสุรา

1.2.1 มีการติดต่อดื่มสุรา (tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ มีความต้องการการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความมึนเมา (intoxication) หรือ ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากยังคงใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

1.2.2 มีอาการขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ หลังหยุดดื่มสุราจะมีอาการสองอาการ หรือมากกว่าเกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมง จนถึงสองสามวัน คือเหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน มีหูแว่ว ประสาทหลอน การมองเห็นภาพทางตา หรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวน กระวาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชักทั้งตัว หรือ การดื่มสุราสามารถกำจัดอาการขาดสุราได้

1.2.3 มีการดื่มสุราสามารถกำจัดอาการขาดสุราได้

1.2.4 มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราได้

1.2.5 ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สุราดื่ม เช่น ดื่มไม่หยุดหย่อนหรือหมกมุ่นกับการหาสุรามาดื่ม

1.2.6 ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือความสนใจอื่น ๆ เนื่องจากการดื่มสุรา

1.2.7 มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ทราบว่าสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

1.3 ปัจจัยของการเสพติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดสุรา พบว่า ไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่จะสามารถอธิบายการเสพติดสุราได้ แต่สาเหตุการเสพติดสุรา มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ปัจจัยทางชีวภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสพติดสุรา คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม และเพศ ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic) พบว่าผู้เสพติดสุรา มีประวัติของสมาชิกในครอบครัวมีการดื่มสุราอย่างหนัก และเสพติดสุรา คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเสพติดสุราสูงในคู่แฝดและสูงกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถ้าคนหนึ่งเสพติดสุรา อีกคนมีโอกาสเสพติดสุรา ถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับ โมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้เสพติดสุราพบที่มีความผิดปกติของยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D₂ receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะเสพติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่เสพติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโทนิน (serotonergic activity) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) นอกจากนี้กลไกการออกฤทธิ์ของสุรา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เสพติดสุรา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ

จำลอง ดิษยวณิช,2542) จากการศึกษาปัจจัยทางเพศ ต่อการเสพติดสุรา (อว์สตา จันท์แสนตอ, 2541) พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากกว่าปัจจัยอื่น เพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง และเพศชายจะเกิดปัญหามากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการสำรวจ ความชุก และภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา โดย บริทรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่า การเสพติดสุราระหว่างเพศชายกับเพศหญิงมีสัดส่วน ประมาณ 5:1 และช่วงอายุที่ผู้ป่วยมีการใช้ สารเสพติดทุกชนิดสูงสุดคือ ระหว่าง 18-24 ปี ส่วนอาการติดสารมักจะเริ่มต้นในอายุ 20 ปี และ 30 ปี ตอนต้น และพบในเพศชาย มากกว่า เพศหญิง (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล,2546; สมภพ เรืองตระกูล,2543) จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางเพศ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้เสพติดสุรา

1.3.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural factors) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น กลุ่มเพื่อน ญาติพี่น้องและสภาพแวดล้อมในชุมชน อว์สตา จันท์แสนตอ (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี พบว่าปัจจัยที่ทำให้สตรีเริ่มเสพติดสุรา คือ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก และการมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวเสพติดสุรา (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ,2535) พบว่า อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดื่มสุรา การมีเพื่อนในวัยเดียวกันดื่มสุรา จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการดื่มสุราในวัยรุ่น และพบว่าในเด็กวัยรุ่นซึ่งดื่มสุราจัดมักมีเพื่อนสนิท เป็นผู้ดื่มสุราจัดเช่นกัน จะเห็นได้ว่าสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดื่มสุราและการเสพติดสุรา

1.3.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors) การเสพติดสุราเกิด เนื่องจากผู้เสพติดสุราส่วนมากจะมีความรู้สึกเครียด กังวล รู้สึกขัดแย้งในใจ และกดดันความรู้สึกเอาไว้ แล้วใช้สุราเป็นหนทางที่ลดความเครียดจากจิตใจได้สำนึก เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว จากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจต่อกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล,2543) ผู้ที่เสพติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ มักจะซื่อาย ไม่นั่นใจในตนเอง ขาดความกล้า ใช้วิธีการเผชิญความไม่สบายใจแบบโทษตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์,2543) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุเบื้องต้นของการดื่มสุราจำนวนมากจนเสพติดสุรา บางคนดื่มสุราเพื่อข่มใจให้เกิดความกล้า และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อพบว่าการดื่มสุราของตนเองทำให้เกิดปัญหา ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะทำให้มีการดื่มสุราต่อไป (อว์สตา จันท์แสนตอ, 2541) ซึ่งจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจที่กล่าวมาข้างต้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลดื่มสุราและเสพติดสุราได้

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการเสพติดสุราเป็นลักษณะความผิดปกติของการดื่มสุรา ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องใหญ่ๆ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเสพติดสุรามากที่สุด

1.4 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา

ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราจะเป็นลักษณะต่อเนื่อง โดยเริ่มจากดื่มน้อยไปจนถึงดื่มหนัก และปัญหาที่เกิดขึ้น มีตั้งแต่ปัญหาเล็กน้อยจนถึงขั้นมีปัญหารุนแรง การดื่มสุราก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตนเอง ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ผลกระทบแบบเฉียบพลันต่อร่างกายขึ้นอยู่กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (หน่วยวัดเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เป็นมิลลิกรัมในปริมาณของเลือด 100 ซีซี) จากการศึกษา พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว (muscle incoordination) ปฏิกริยาตอบสนองและการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 300-500 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (hypoglycemia) มีอาการง่วง มึนงง ระบบหายใจถูกกด (respiratory repression) เป็นผลให้หายใจไม่ออก อาจตายได้ (ชัยชาญ แสงดี, อ่างโน นิศานาด โชคเกิด, 2545) สำหรับผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน ๆ จะเกิดภาวะเป็นพิษ และมีผลต่ออวัยวะของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กระบวนกรคิดแปรปรวน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) การดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย และอัตราตายจากโรคต่าง ๆ เช่นโรคตับแข็ง โรคมะเร็งในปาก โรคมะเร็งคอหอย โรคมะเร็งกล่องเสียง โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง Scott (2000) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) พบว่าปัญหาจากการเสพติดสุราร้อยละ 20-30 คือ โรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับแข็ง โรคลมชัก การบาดเจ็บ และการทำร้ายผู้อื่น

1.4.2 ผลกระทบต่อจิตใจ สุราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ที่เสพติดสุรา เมื่อหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งจะเกิดหลังจากดื่มสุรามานาน และดื่มในปริมาณที่มากเกินไป จนไม่สามารถดื่มต่อไปได้อีก หรือการลดปริมาณของสุราก็จะทำให้เกิดอาการจากการหยุดใช้สุรา (withdrawal symptom) เช่น อาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย วิตกกังวล ซึมเศร้า และในกรณีที่มีรุนแรง จะมีอาการของโรคจิตจากสุรา โดยจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

ผู้เสพติดสุราจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล และมีความรู้สึกผิด (อวัสดา จันทร์แสนตอ, 2541) ซึ่งทำให้รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในประเทศไทย เอี่ยมเดือน เนตรขาม (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่าผู้เสพติดสุรา ร้อยละ 90 มีความซึมเศร้า เนื่องจากผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ และมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่เหมาะสม และไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น ๆ และปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้เสพติดสุราคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์ กับการศึกษาของ Preuss et al. (2002) โดยศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่ดื่มสุรากับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุราพบว่า ผู้เสพติดสุราทั้งชายและหญิงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาในผู้เสพติดสุราจำนวน 371 คน พบว่า ผู้หญิงที่เสพติดสุรามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 62 มีประวัติภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.1 และมีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเสพติดสุรา ร้อยละ 60.9 จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุก และภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา (ปริทรรศ ศิลปกิจและคณะ, 2542) พบว่า ร้อยละ 51.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ดื่มสุรามีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 11.9 มีความต้องการอย่างฆ่าตัวตาย และร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น

เห็นได้ว่าการดื่มสุราจนกระทั่งเสพติดสุรา ถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ปัญหาที่พบ มักรุนแรงและซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาโรคทางจิตเวชที่พบ ร่วมกับการเสพติดสุรา ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาร่วมด้วย ก็จะทำให้เกิดผลกระทบอื่น ตามมา ซึ่งส่งผลต่อผู้เสพติดสุรา ครอบครัว และ สังคม

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน Depressive แปลว่ากดต่ำลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึก มีมึน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ ลึกลับ รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอม มีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

Beck (1967) ให้ความเห็นว่า ภาวะซึมเศร้า มีลักษณะสำคัญ คือ มีอัตรมโนทัศน์ทางด้านลบ ตีเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหารนอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งความซึมเศร้ามี

หลายระดับ เริ่มตั้งแต่ ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก จนถึงรุนแรง ทำให้เฉยเมย แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติซึ่งเป็นการแสดงออกของการการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

ตามข้อบ่งชี้ในการวิจัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) กล่าวถึงความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้า ว่า มีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า ในจำนวนอาการทั้งหมด 9 อาการ โดยเป็นอยู่ยาวนาน 2 สัปดาห์ และมีอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อจากอาการดังต่อไปนี้ 1) อารมณ์ซึมเศร้า และ 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข สำหรับรายละเอียด อาการ 9 ข้อ ได้แก่

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน ได้จากการบอกเล่า จากการสังเกต
2. มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน
3. มีน้ำหนักลดโดยไม่ได้ควบคุม หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน
5. มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น หรือมีการเคลื่อนไหวลดลงแทบทุกวัน
6. อ่อนเพลีย แทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป
8. สมาธิเสีย ความสามารถในการคิดลดลง หรือมีความลำบากในการตัดสินใจ
9. คิดเรื่องการตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นความผิดปกติรูปแบบหนึ่งของภาวะผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคอารมณ์แปรปรวน องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคอารมณ์ซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่สี่ ของบรรดาโรคทั้งหลายที่คุกคามมนุษย์

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง ในแต่ละคนอาจจะมีสาเหตุไม่เหมือนกัน จึงได้มีผู้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ดังนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.2.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) เชื่อกันว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่า สารสื่อประสาทอัตโนมัติเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนตามธรรมชาติ สารสื่อประสาทในระบบอัตโนมัติมี 2 กลุ่มที่สำคัญ คือ ซีโรติน (serotonin) และแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วย โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบแคทีโคลามีนต่ำ และอีกแบบที่พบ คือ การลดลงของนอร์อิพิเนฟริน และซีโรติน เนื่องจาก นอร์อิพิเนฟริน มีคุณสมบัติในด้านการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองทำให้คนตื่นตัว การขาดสาร นอร์อิพิเนฟริน ทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.2 ทฤษฎียีนส์ หรือพันธุกรรม (genetic theory) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรม ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง การศึกษาของสถาบันสุขภาพจิต แห่งชาติสหรัฐอเมริกา พบว่า ในฝาแฝดเหมือนถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสพบความผิดปกติ ร้อยละ 70 จากการศึกษาพบว่าถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่บุตรมีโอกาสป่วย ร้อยละ 43 ญาติสนิทของผู้ป่วยซึมเศร้ามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5-3 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล ,2543)

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (social theory) ทฤษฎีทางสังคมอธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การเรียนรู้ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ 1) การมีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิตหรือภาวะยุ่งยากลำบาก เหตุการณ์ชีวิตนี้หมายถึงเหตุการณ์ที่คุกคามกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความเจ็บป่วยของบุคคลที่รัก การตกงาน และภาวะยุ่งยากลำบาก เช่น ปัญหาความรุนแรงที่มีระยะเวลาานาน ปัญหาโรคเรื้อรัง 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability factors) 3) องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (symptom formation factors) สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การสูญเสีย สภาพทางเศรษฐกิจ

2.2.4 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความภาคภูมิใจของตนเอง บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจะเป็นบุคคลที่ในวัยเด็กรู้สึกผิดหวังจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อโตขึ้นเวลาจะรักใคร่มักจะรักแบบสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรัก ทั้งเกลียด เมื่อต้องสูญเสียความรัก หรือเพียงจินตนาการว่าต้องสูญเสียความรัก ก็จะมีการกระตุ้นให้เกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง และกระตุ้นความรู้สึกอยากทำลายตนเอง ทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้าตามมาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้านี้เนื่องมาจากการสูญเสีย (loss) ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเพียงการสูญเสียในมโนภาพ (real or fantasy) (สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว, 2544) รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก งานอาชีพ หรือการสูญเสียอวัยวะสำคัญที่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดีโดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นเกลียดตนเองเป็นศัตรูกับตนเอง สูญเสียความภูมิใจในตนเอง (loss of self esteem) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.5 ทฤษฎีสนาม (field theory) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพลังไฟฟ้าต่างจากบุคคลอื่นที่ปกติ พลังงานนี้ทำให้บุคคลไวต่อความรู้สึกซึ่งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพลังงานไฟฟ้าที่ต่างกัน พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีความหนาแน่นของกลีบสมองลดลง ส่วน temporal lobe และ hippo campus โดยเฉพาะด้านขวาเป็นมากกว่าด้านซ้าย การตรวจสอบโดย เพท สแกน (PET scan) ขณะมีภาวะซึมเศร้าพบว่าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนลิมบิกเพิ่มขึ้น ส่วนนีโอคอร์เทค ลดลง และจะเห็นตรงกันข้ามเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

2.2.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และปราศจากการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) ทำให้รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากความรู้สึกนี้ทำให้ปล่อยปละละเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากเกิดการเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Devison อ้างใน สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว, 2544 ; Seligman cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานในการอธิบายภาวะซึมเศร้า คือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (Cognitive Behavior) อธิบายว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีรูปแบบความคิด และกระบวนการรับเรื่องราวที่เป็นด้านลบตลอด ถึงแม้จะตรงกันข้ามกับความเป็นจริง

2.2.7 แนวคิดปัญญานิยม (Cognitive Behavior) Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดในแง่ลบ โดย Beck เชื่อว่า ความซึมเศร้าเกิดจาก สาเหตุ 2 ปัจจัย คือ บุคคลมีความเครียดต่อสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดการกระตุ้นรูปแบบความคิดหลัก 3 ประการ คือ 1) รูปแบบการแปล ประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ซึ่งรูปแบบการคิดหลักในแง่ลบ ส่งผลทำให้เกิดการท้อแท้หมดอาลัย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้กล่าวถึงความคิดด้านลบซึ่งอาจเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มาจาก 2 คำ ซึ่งคำว่า “ความคิดด้านลบ” หมายถึงความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย ส่วนคำว่า “อัตโนมัติ” หมายถึง ความคิดที่อยู่เหนือสุด เป็นความคิดแรกที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง (Fennell, 1989)

ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด เป็นการคิดที่รับรู้และแปลผิด โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกๆ ในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดของบุคคลนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง และจะสะสมมาเรื่อยๆ และเมื่อบุคคลประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง และจะสะสมมาเรื่อยๆ และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต จะกระตุ้นบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ความซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นเนื้อหา ความคิดในด้านลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งความคิดในด้านลบนี้จะเกิดเองโดยมิได้เดนาและไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เนื้อหาความคิดอัตโนมัติในด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า ประกอบด้วย การมองตนเองในด้านลบ (Beck, 1967; Fennell, 1989) ซึ่งได้อธิบายไว้ในหัวข้อองค์ประกอบ พื้นฐานการเกิดความคิดซึมเศร้า

ความคิดที่เอนเอียงไปในทางลบ (negative biased thinking) เป็นกระบวนการความคิดหลักของการเกิดความคิดซึมเศร้า ความคิดเอนเอียงที่มุ่งไปในทางลบมักจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของชีวิตผ่านทางประสบการณ์ส่วนบุคคล คล้ายกับการรับเอาความเชื่อที่ได้เรียนรู้จากอยู่และเป็นตัวแทนย่นย่อกระบวนการทางความคิดใน อนาคตได้ โครงสร้างทางความคิดเหล่านี้ ได้ถูกแบ่งประเภทออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และอธิบายความหมาย ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งถูกเรียกว่า สคีมาตา

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ประกอบด้วย ลักษณะและเนื้อหาของการคิดและแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ด้านลบ การเลือกคิดเป็นส่วนๆ โดยไม่ได้มีการคิดรวมทั้งหมด การบิดเบือนเนื้อหา ข้อมูล การคิดที่มีลักษณะการคิดส่วนตัวและการด่วนลงความเห็นโดยที่รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดโดยละเอียด มีดังนี้ (Beck, 1967; Dobson, 1988; Fennell, 1989) 1) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้า เมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตัวเองทำผิดพลาดทุกอย่าง 2) การเลือกสนใจคิดประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction)

เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดีเลยทั้งวันเพราะในระดับภาวะรู้สึกตัวผู้ที่มีความซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขความยินดี 3) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ ทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ครบสมบูรณ์หรือละเอียดก็จะไม่มีอะไรที่ต้องทำอีกเลย 4) การขยายต่อเติมเรื่องราว (Magnification) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในการประเมินค่าความสำคัญหรือ ขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตัวเอง 5) ความคิดตอบสนองที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ในลักษณะที่พิจารณา สภาพการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบจนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน (personalization) เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดิน ผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตัวเอง อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่าง ที่ทำให้เพื่อนขุ่นเคือง 6) การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอ (arbitrary inference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนขุ่นข้อง

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้น นอกจากตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจมีปัจจัยอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.3.1 เพศ อารมณ์เศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 3:1 นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเพราะเพศหญิงมีทางออกทางอารมณ์น้อยกว่าเพศชาย และเพศหญิงจะมีบุคลิกภาพที่อ่อนโยนและพึ่งพาผู้อื่นสูง และประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ มักจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นเพศหญิงยังมีแนวโน้มที่จะครุ่นคิดเรื่องความรู้สึกมาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางชีววิทยา พบว่าเพศหญิงมีระดับของโนโนเอมีนออกซิเดส สูงกว่าชาย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงมีอารมณ์เศร้าด้วยก็ได้ สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่าพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 10-25 ในขณะที่พบในเพศชาย ร้อยละ 5-12 จากการศึกษา Beck (1967) พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ($r=0.189$) และแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย และพบว่าเพศหญิงมีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2.3.2 อายุ จากการศึกษาของ Beck (1967) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 606 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ชั่วขณะหนึ่ง (moment correlation) กล่าวคือ ภาวะ

ซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้สูงอายุ สรยุทธ วาสิณานนท์ (2546) กล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมหลายอย่าง จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนของเซลล์สมองที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคทางกายร่วมด้วยสูง ทางด้านจิตใจก็พบว่าเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิต จากคนรักหรือญาติได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมากทำให้ผู้สูงอายุน่าจะเกิดโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้สูง

2.3.3 ระดับการศึกษา Beck (1967) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคม จาก การศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ที่มีการศึกษาดำมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

2.3.4 บุคลิกภาพ นักวิจัยบางคนเชื่อว่ามีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่า บุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็น คนที่จะมองโลกในแง่ร้ายและเชิงซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น คนพวกนี้จะมองโลกว่ามีความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตในด้านลบจึงทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก ประสบการณ์การถูกทารุณทั้ง ทางกายและทางเพศ บิดามารดาเสพติดสุรา การสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เช่น การสูญเสียพ่อแม่ ในด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล กล่าวว่า บุคคลที่ขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง ใช้วิธี เผชิญปัญหาแบบกล่าวโทษตนเอง มีความเชื่อว่า มีการควบคุมจากภายนอกและย่ำคิดย่ำทำ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2.3.5 ความเจ็บป่วย เชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือโรคหลาย ๆ โรคที่มีลักษณะทำให้อ่อนเพลียเป็นตัวการที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย เช่น โรคมะเร็ง ภาวะ น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ โรคพาร์คินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งอุบัติเหตุการติดเชื้อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน (Kurlowicz, 1994) การเสพติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเสพติดสุราเป็นสาเหตุ ของการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคลมชัก โรคตับ แฉ่ง เป็นต้น (WHO, 2003) ซึ่งผลของการเจ็บป่วยจากการเสพติดสุรา เหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

2.3.6 การเสพติดสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดสุราเป็นระยะเวลาานาน ทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้าของ Davies (1998) กล่าวว่า สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองมีผลทำให้ผู้ที่เสพติดสุรามีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ บางครั้งมีความก้าวร้าวรุนแรง และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Delgado & Morenc ,1995 ,cited in Sdorow & Rickabaugh (2002) พบว่าการลดลงของซีโรโตนิน หรือนอร์อิพิเนพรีนทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.3.7 เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้น้อย ชาติที่อยู่ที่ปลอดภัย ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมา (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) จากหลายการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาด้านการเงิน การมีรายได้ที่ไม่พอเพียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2545)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอีกได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านอารมณ์ในครอบครัว ในด้านประสบการณ์ในวัยเด็ก แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Pomerantz & Rudolph, 2003) ซึ่งประวัติครอบครัวมีพื้นฐานความเชื่อจากแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับกรรมพันธุ์ หรือทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ที่เป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิต

2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวังในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ชาติความสนใจเรื่องเพศ (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าพบได้ในผู้ป่วยทั่วไป และมักพบร่วมกับการเสพสุรา จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเสพติดสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ที่เสพติดสุราอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลหันไปเสพติดสุราได้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ตามแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) (Beck, 1967) สามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุราได้ว่า เกิดจากการมีความคิดหลักที่บิดเบือน คือ มองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า ผู้เสพสุราแปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินว่าปัจจุบันและ อนาคต ต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบ และมองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ถึงความลำบาก และความทุกข์ ทำให้หันพึ่งสุรา ซึ่งฤทธิ์ของสุรา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้

จากการศึกษาของ เอ็มเดือน เนตรแถม (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความซึมเศร้าของ Beck (1967) ที่ว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบร่วมในผู้เสพติดสุราเนื่องจากผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และไม่นับถือตัวเองคิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่นสำหรับปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความรับผิดชอบ การตัดสินใจลดลง สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว กลายเป็นคนโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง มีความคิดวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (เอ็มเดือน เนตรแถม, 2541) นอกจากนี้ผู้เสพติดสุรายังรู้สึกว่าไม่มีความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้เสพติดสุราจะมีลักษณะการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้สูง เนื่องจากการหยุดดื่มสุราตลอดไป หรือหยุดดื่มเป็นระยะเวลาสั้น ๆ เป็นเรื่องยากมาก และมักล้มเหลวในการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดดื่มสุราได้ไม่นาน แล้วก็กลับไปดื่มสุราอีก (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

กลุ่มจิตบำบัด คือ รูปแบบหนึ่งของการรักษา มีการคัดเลือกคนใช้ในการเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้รักษาที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว เพื่อจุดประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มจะใช้ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของสมาชิก โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความเห็น เสนอแนะ วิธีการต่าง ๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ให้เห็นเป็นแบบอย่างที่ดี สามารถปรับตัวเกี่ยวกับวิธีการคิดการแสดงความรู้สึกและพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นภายใต้เทคนิคและทฤษฎีต่าง ๆ ของกลุ่มจิตบำบัด ปัจจุบันนี้การรักษาโดยกลุ่มจิตบำบัดหลายรูปแบบแตกต่างกันตั้งแต่กลุ่มจิตบำบัดคนใช้นอกระยะยาวถึงกลุ่มจิตบำบัดฉุกเฉิน เข้าร่วมเพียงครั้งเดียว ความแตกต่างสามารถจำแนกตามลักษณะเฉพาะ 3 ประเด็นดังนี้ คือ สถานที่ เป้าหมายของกลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม ดังนี้

คนใช้ในระยะสั้น เป้าหมาย เพื่อปรับสภาพให้ทำการได้ดั้งเดิม ระยะเวลาตั้งแต่ 1-2 วันถึงหลายสัปดาห์

คนใช้ในเรื้อรัง เป้าหมาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ ถึงหลายเดือน
คนใช้นอก คลินิกจิตเวชทั่วไป เป้าหมาย เพื่อลดอาการเจ็บป่วย ปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ระยะเวลา 1-2 ปี

ศูนย์บำบัดผู้ติดยาเสพติด เป้าหมายเพื่อเผชิญหน้ากับปัญหา ปฏิเสธและหยุดใช้สาร ระยะเวลา 3 เดือน (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542)

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมีด้วยกันหลายแนวคิด แนวคิดทฤษฎีต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสาน ร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหา ระยะเวลา และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว ระยะเวลาของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60-90 นาที สำหรับจำนวนครั้ง ที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมด ประมาณ 5-30 ครั้ง สำหรับการบำบัดระยะสั้น (จันทิมา องศ์โฆสิต, 2545)

3.1 ความหมายของจิตบำบัดประคับประคอง

จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) มีนิยาม หรือคำจำกัดความไว้มากมาย (จันทิมา องศ์โฆสิต, 2545)

Knight (1954) ได้อธิบายว่าจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการรักษาจิตบำบัดแบบผิวเผิน ที่เป็นการสร้างแรงตลใจ ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ คำแนะนำ โน้มน้าว ให้ความรู้ใหม่ และการใช้เทคนิคอื่นๆต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบางหรือไม่ยืดหยุ่น

Wermen(1948) อธิบายว่า เป็นการรักษาที่ผู้รักษาชดเชยหน้าที่ทางจิตใจบางอย่าง ที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเองไม่ได้ หรือทำได้ไม่ดีพอ

Pinsker (1988) อธิบายว่า การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลนั้น เป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับการรักษา ช่วยให้มีการกลับคืนมา หรือเพิ่มประสิทธิภาพของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการทำงานของegoและทักษะในการปรับตัว

Pinsker(อ้างในจันทิมาองศ์โฆสิต,2545) กล่าวว่า การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วยเองมากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎีหรือ วิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด จากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตใจต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

อารมณ์

Novalis (1993) กล่าวว่า จิตบำบัดประคับประคองเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะ รูปแบบการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน โดยไม่ได้อิงแนวคิด หรือทฤษฎีใดเป็นหลัก การรวมหลายเทคนิควิธีและหลากหลายทฤษฎี ช่วยให้ผู้นำบำบัดสามารถปรับรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จิตบำบัดประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปรับตัว ปรับทักษะการเข้าสังคม การพัฒนาพฤติกรรม รวมถึงการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง โดยผู้นำบำบัดเป็นผู้สังเกตผู้ป่วย และประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยอาศัยพื้นฐานของความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การประคับประคองไม่ได้ใช้เพียงสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำบำบัดและผู้ป่วยเท่านั้น แตกหมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้นำบำบัดและตัวผู้ป่วยด้วย

โดยสรุปกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง การบำบัดที่มุ่งตรงต่อการการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจแปราะบาง หรือไม่ยืดหยุ่น เป็นการบำบัดที่ผู้รักษาชัดเจน หน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการกลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัวการรักษากำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วย โดยผู้บำบัดนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

3.2 ยุทธวิธีในการทำจิตบำบัดประคับประคอง

จันทิมา องค์โฆสิต(2545)กล่าวว่า ยุทธวิธีในการรักษาโดยการนำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดี ช่วยการทำงานของจิตใจหรืออีโก้ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบาย และแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้น ลดการบิดเบือนความจริง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโดยวัตถุประสงค์สำคัญในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองได้แก่การเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกๆระดับ ระดับแรก คือ การปรับตัว (Adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ ความรู้สึกความนึกคิด ความรู้สึกต่อตนเอง คุณค่าของตนเอง และ อีกระดับ คือ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ซึ่งเทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นส่วนสำคัญในการใช้เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยผู้รักษาสมากรสามารถใช้หลาย ๆ เทคนิคในการตอบสนองผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา

การรักษาจิตบำบัดประคับประคอง มีวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน คือ เพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมาย อย่างน้อยที่สุดต้องช่วยให้การทำงานของจิตใจ ไม่ทรุดด้อยลงหรือ ถ้าจิตใจต้องทำงานทรุดลง ก็ช่วยจำกัดความเสียหายที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยวิธี ดังนี้ (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545)

3.2.1 Enhancing Adaptation ของการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง ได้แก่ การเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัวในทุกๆระดับ ระดับแรกคือ การปรับตัว (adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ (internal milieu) ความรู้สึก ความนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าของตนเอง มโนธรรมและศีลธรรม และอีกระดับได้แก่ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ทั้งนี้โดยมิได้หมายความว่าผู้รักษาต้องการให้ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะต้องทำตามสังคม แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

3.2.2 Coping Behaviors มนุษย์ต่างต้องมีพฤติกรรมที่ช่วยให้รับมือปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งแต่ละคนต่างก็ใช้วิธีการต่าง ๆ กันไป ตามกลไกป้องกันจิตใจและบุคลิกของตน เช่น อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หรือกลายเป็นฮึดสู้ในขณะที่บางคนก็ยอมรับสถานการณ์การรับมืออาจกลายเป็นการทดแทนด้วยพฤติกรรมอื่น ๆ การรักษาจิตบำบัดประคับประคองก็ต้อง

นึกถึงวิธีการต่าง ๆ ในการรับมือของผู้ป่วยไม่ว่าทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรม ว่าเหมาะสมกับเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และช่วยให้ผู้ป่วยดัดแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนให้สามารถรับมือปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งโดยทางตรง (direct approach) การแนะนำ การสอน การช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) และการฝึกซ้อม (rehearsal) เป็นต้น

3.3.3 Auxiliary Ego และ Superego ในด้านของการปรับตัวกับสภาวะภายในจิตใจ นั้น หน้าที่หนึ่งของผู้รักษาคือบำบัดระดับประคองคือหน้าที่เสมือนเป็นอีโก้หรือซูเปอร์อีโก้สำรองให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อการทำงาน และการปรับตัวของจิตใจไม่ดีพอ ผู้รักษาอาจต้องให้ยืมอีโก้ "lending the ego" โดยอาศัยอีโก้ของผู้รักษาแทนในบางเรื่อง ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจได้ว่าตนเองมีทางเลือกเช่นใดและในแต่ละทางเลือกนั้นมีข้อดีข้อเสียอย่างไร เป็นต้น ผู้รักษาสามารถช่วยลดการทำงานของจิตใจส่วนที่เป็นปัญหา ดังเช่น การปฏิเสธความจริง (denial) การโยนไปให้ผู้อื่น (projection) และช่วยสนับสนุนการทำงานของจิตใจหรือกลไกป้องกันจิตใจที่ดีให้ทำงานดีขึ้น เช่น การช่วยให้ใช้ปัญหา (intellectualization) การใช้เหตุผลเป็นต้น (rationalization)

3.3.4 Reality Testing มนุษย์แต่ละคนนั้นมองและเข้าใจความเป็นจริงแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ปัญหานี้จะรุนแรงมากยิ่งขึ้น เพราะความสามารถในการประเมินความเป็นจริงนั้นด้อยลง ผู้รักษาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากโดยการยืนยันความเป็นจริง โดยช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการบิดเบือนความเป็นจริง และเผชิญหน้ากับความจริง การบิดเบือนความเป็นจริง (Distortion of Reality) มีได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การบิดเบือนความเป็นจริงที่เห็นได้ชัดเจนในเรื่องของความหลงผิด และการคิดว่าผู้อื่นพาดพิงถึงตน การบิดเบือนความเป็นจริงสามารถเกิดได้กับทั้งตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม แต่การบิดเบือนที่พบบ่อยมากคือ การแปลการกระทำของมนุษย์ ทั้งนี้เพราะเป็นการยากที่จะให้เหตุผลถึงการกระทำของเราและผู้อื่น ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการแปลที่ผิดพลาดหรือเกิดบิดเบือนถึงเจตนาอารมณ์ได้ทั้งของตนเองและของผู้อื่นอยู่เสมอ นอกจากจะมีการแปลเจตนาของตนเองผิดแล้ว การแปลการกระทำของผู้อื่นผิดบิดเบือนย่อมมีได้บ่อยครั้ง ความหวังดีอาจถูกแปลเป็นการหวังร้าย การบิดเบือนความเป็นจริงส่งผลกระทบได้มากต่อสภาวะทางจิตใจ ดังนั้นหน้าที่สำคัญของผู้รักษา คือการช่วยการประเมินความเป็นจริง ผู้รักษาสามารถช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงหรือสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เพื่อลดการบิดเบือนของผู้ป่วย

ในการรักษาคือบำบัดระดับประคอง จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการรักษา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นความคิดที่บิดเบือนไปตามเหตุผลส่วนตัว และวิธีการคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ที่เป็นต้นเหตุของพยาธิสภาพได้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เขามีความคิดที่บิดเบือนเช่นนั้น ได้เห็นผลลัพธ์ของความคิดนั้นว่าก่อผลเสียหายแก่ตนเช่นใด และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะใหม่ เพื่อสร้างพฤติกรรม

และประสบการณ์ใหม่ โดยการเอาชนะความกลัว ความวิตกกังวลที่มีอยู่ หัดหยุดยั้ง หรือเลิกพฤติกรรมเก่า สร้างความมั่นใจ และมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง

3.3.5 Confronting Reality การเผชิญหน้ากับความจริง ผู้รักษาจะอยู่ด้านของความ เป็นจริงและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง เมื่อเห็นว่าการทดสอบความเป็นจริงของผู้ป่วย นั้นผิดพลาด ผู้รักษาไม่จำเป็นที่จะต้องเอาชนะว่าอะไรถูกหรือผิด การที่ผู้รักษายอมรับผู้ป่วยจะ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกต้องปกป้องตนเอง และการที่เขาได้เห็นความยืดหยุ่น (flexible) และการ มีเหตุผลของผู้รักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะมีความสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้

3.3.6 Errors of Perception หมายถึง ความผิดพลาดในการรับรู้ ผู้รักษาสามารถชี้ให้ ผู้ป่วยเห็นความผิดพลาดในการรับรู้ โดยการใช้เทคนิคที่ผู้รักษาจะยอมรับส่วนที่สนับสนุนความคิด ผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งที่คัดค้านความคิดผู้ป่วยด้วย หรืออาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็น ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่รุนแรงเกินไปหรือไม่เหมาะสมนัก

3.3.7 Dealing with Relationships ความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาที่ทำให้ เกิดความทุกข์ได้มากที่สุดในผู้ป่วยจิตเวชมักเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การมี ปฏิกริยาไม่เหมาะสมกับผู้อื่น เพราะปัญหาที่ตนเองโอนมาจากความสัมพันธ์สำคัญในอดีตของตน หรือมีความคาดหวังจากผู้อื่นมากเกินไปทำให้ต้องผิดหวังในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นพฤติกรรม ที่ผู้รักษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดแล้วซ้ำเล่าในการทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าตนเอง อาจมีบทบาทกระตุ้นสถานการณ์เหล่านั้น

3.3.8 Enhancement of Self Esteem การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ที่ป่วย ด้วยโรคทุกโรคว่าทางกายหรือใจ มักมีความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับตนเอง (self esteem) ที่ไม่ดี นัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและอาการโศกเศร้า มีอาการที่ทำให้มองตนเองใน แง่ไม่ดี (low self regard) ดังนั้น การเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้นจึงเป็นยุทธวิธี ที่มีความสำคัญมากในการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก หรือ ความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น ผู้รักษาสามารถเลือกพูดถึง self esteem ของผู้ป่วยตรงๆ (direct approach) เช่น การที่ผู้ป่วยเลือกรักคนที่ไม่สนใจตน ทำให้เสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจนทำ ให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นหรือการที่ผู้ป่วยหัดทำเรื่องที่ไม่เคยทำจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดีขึ้น เป็นต้น ในการสนทนากับผู้ป่วยที่มี self esteem ไม่ดีนั้น ผู้รักษาควรหลีกเลี่ยงคำถามที่จะ ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ การถามในทำนองตำหนิ การใช้คำพูดที่ทำให้เสียความรู้สึก ผู้รักษา ต้องตระหนักและหลีกเลี่ยงไม่ไปกระตุ้นถึงจุดอ่อน หรือเรื่องละเอียดอ่อนของผู้ป่วย

3.3 เทคนิคในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

จันทิมา องค์กรโฆสิต (2545) กล่าวว่า เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคอง ประกอบด้วยหลายเทคนิค ดังนี้

3.3.1 เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตนในการการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิด และแก้ไขความคิด ให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสมการบำบัด เริ่มต้นจากขั้นตอนของการหาความคิดอัตโนมัติ โดยเน้นการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเอง แบบอัตโนมัติผู้รักษาช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบว่าวิธีการคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ ผิดหัดให้มีทักษะแทนความคิดใหม่ที่เหมาะสมตามจริง ตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมดุกลงกว่าเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

3.3.2 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

3.3.3 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการพูด หรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อหรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลรวมของความเป็นจริง เน้นให้ผู้ป่วยกลับมองชีวิตและสถานการณ์ด้านบวก อย่างมีความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในทางลบ

3.3.4 การระบายความในใจ (Ventilation) และการแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ไม่ดี การได้ระบาย และมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น

3.3.5 การสนับสนุน (Support) เมื่อผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่น ลังเล ในการตัดสินใจ ความคิดความเห็นหรือพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนการทำงานของจิตใจ ให้ปรับตัวรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

3.3.6 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เหตุผลเพื่อช่วยการทำงานด้านจิตใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้เหตุผลที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดต้องทราบเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการใช้เทคนิคนี้

3.3.7 เทคนิคการฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้ โดยมีท่าทีสนใจ อาจบอกให้พูดต่อไปหรือส่งสัญญาณเป็นเชิงรับฟังก็ได้

3.3.8 การแสดงความยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยการเห็นใจเข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบ และไม่ได้แย้งใด ๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่ถือว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุยไปสู่เรื่องที่คุณคิดว่าสำคัญ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มซึ่งปัญหาของตนด้วยตนเอง

3.3.9 การสังเกต (Observation) ได้แก่การรู้จักสังเกตท่าทีการแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่มโดยอาศัยการสื่อความหมายโดยใช้คำพูดโต้ตอบกันหรือไม่ใช้คำพูดก็ได้

3.3.10 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรก ๆ เมื่อเริ่มกลุ่ม และสมาชิกยังไม่กล้าพูดกันผู้รักษาจะเป็นผู้กระตุ้นความสนใจ โดยพูดเรื่องที่สมาชิกสนใจนำไปสู่การอภิปราย

3.3.11 การถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการตั้งคำถามแบบกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ แต่จะกระตุ้นให้เล่าในรายละเอียดหรือแสดงความคิดเห็น

3.3.12 การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคการเงียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งทนไม่ได้ และทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

3.3.13 การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องราวต่าง ๆ ที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

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

3.3.15 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วยตีความหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง

3.3.17 การสรุปความ (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดปัญหาหลายแง่มุม แล้วสรุปเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นที่พูดเรื่องอะไรบ้างแล้ว

3.4 ระยะเวลาต่างๆ ของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดประคับประคอง

ถึงแม้ว่าความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาจิตบำบัดประคับประคองมีความแตกต่างกันได้มากก็ตาม การรักษาในจิตบำบัดประคับประคองแบ่งได้เป็นระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย โดยที่ผู้รักษาควรดัดแปลงหลักการของการรักษาให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้ (จันทิมา อังค์โสมลิต, 2545)

3.4.1 ระยะเริ่มต้น (Opening Agenda) เป็นระยะหลังจากผู้รักษาได้ทำการเลือกผู้ป่วยแล้วว่าเหมาะสมสำหรับการทำจิตบำบัดประคับประคอง ดังนั้นจึงเป็นระยะที่ตกลงทำความเข้าใจ

เข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องรายละเอียดต่าง ๆ ของการรักษา อธิบายถึงวิธีการรักษา รวมถึง การตกลงถึงจุดหมายของการรักษา (treatment contract) ในระยะนี้ ผู้รักษาฟังเรื่องราวของผู้ป่วยทั้งในลักษณะส่วนตัว (personal) เพื่อให้ผู้รักษาเรียนรู้ รู้จักและเข้าใจตัวผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้รักษาเริ่มมีความเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น การฟังในที่นี้ รวมถึงการฟังผู้ป่วยแบบวิชาชีพ (professional) เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย ในด้านของการทำงานของจิตใจ บุคลิกภาพ กลไกป้องกันจิตใจ วิธีการปรับตัวของผู้ป่วย การฟังนี้ นับเป็นรากฐานสำคัญของการรักษาจิตบำบัดระดับประคอง (Novalis, 1993) การฟังทั้งสองแบบนี้ ช่วยให้ผู้รักษาสรุปความเห็นของตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ผู้รักษาต้องมีความยืดหยุ่นในความเห็นของตนเองระยะนี้เป็นระยะที่ผู้รักษาศึกษาผู้ป่วยและปรับตัวเพื่อที่จะสื่อกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความสำคัญไปตลอดการรักษา เทคนิคต่างๆ ในการรักษาจะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต้องอาศัยผู้รักษาที่สามารถมี empathy ซึ่งหมายความว่าผู้รักษาต้องใช้ทั้งความรู้และความเข้าใจทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกของตน มาทำความเข้าใจว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยนั้น ระยะเริ่มต้น การสนทนาระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษามักเป็นไปในระดับผิวเผินและถูกนำโดยผู้ป่วย (patient-directed) โดยที่ผู้รักษาเริ่มสำรวจเรื่องราวต่าง ๆ ที่ระดับตื้น ๆ เทคนิคของการสื่อสารพื้นฐาน เช่น การติดตามเรื่อง (tracking) การสรุปและการจับประเด็น จะเป็นประโยชน์ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากการสำรวจเรื่องราวจากผู้ป่วย ผู้รักษาก็จะสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการรักษาได้แต่ทั้งนี้จุดมุ่งหมายของผู้รักษาและผู้ป่วยอาจแตกต่างกัน ผู้รักษาควรยอมรับความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกับความเห็นของผู้ป่วย เพราะจุดหมายของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงใหม่ได้ ในภายหน้าการตั้งวัตถุประสงค์ช่วยในเรื่องของความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญต่อผลของการรักษา ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลายรายดีขึ้น หลังจากการพูดคุยกับผู้รักษาในครั้งแรก ดังนั้นผู้รักษาควรช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้มีความหวังที่เหมาะสมในบรรยากาศที่รู้สึกปลอดภัย และสามารถเกิดความไว้วางใจในผู้รักษา

3.4.2 ระยะกลาง ช่วงการรักษาในระยะกลางนี้ มักไม่มีการแบ่งเป็นแบบแผนการรักษาที่ชัดเจน ผู้รักษาจัดการรักษา (Session Management) แต่ละครั่งให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้รักษานาน ๆ ครั้ง และมีเวลาน้อยในการรักษา ในการประเมินว่าปัญหาเรื่องใดมีความสำคัญ ผู้รักษาควรต้องติดตามว่าชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระหว่างการรักษาเป็นเช่นใด โดยอาจเริ่มต้นจากปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้จากการรักษาครั้งที่แล้ว เทคนิคนี้มีประโยชน์ในการช่วยให้การรักษามีการต่อเนื่อง และแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้รักษามีความสนใจและจดจำเรื่องราวของเขาได้ ผู้ป่วยบางคนสามารถแยกแยะเรื่องราวและปัญหาของตนเอง

ได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้รักษา ซึ่งผู้รักษาอาจต้องใช้วิธี distributive psychotherapy (Himes, 1988) ที่ถามถึงเรื่องสำคัญทุกเรื่องในผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหา นอกจากนั้นแล้วปัญหาหลายชนิดอาจถูกซ่อนเร้นไว้โดยที่ผู้ป่วยไม่กล่าวถึง ผู้รักษาต้องอาศัยการสังเกต และการค้นหาจึงได้คำตอบ ปัญหาดังกล่าว อาจเป็นปัญหาปัจจุบัน ในการรักษาแต่ละครั้งผู้รักษาควรจำประวัติของผู้ป่วยให้ได้ ควรรู้เรื่องราวและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการรักษาครั้งสุดท้าย รู้อาการและระดับการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย และช่วยควบคุมให้การสนทนาอยู่ในแผนการรักษาการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองไม่มีกฎตายตัวว่าผู้รักษาควรตอบสนองของผู้ป่วยอย่างไร เพราะเมื่อผู้ป่วยพูดเรื่องใดก็ตาม ผู้รักษาสามารถตอบสนองได้ต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ การนั่ง การแสดงความเป็นกลาง การแสดงความเข้าใจ (empathic) การสำรวจเรื่องต่อ (exploratory) การแปลเหตุการณ์ การแนะนำ (directive) การห้ามปราม คำตอบที่ถูกต้องนั้นขึ้นอยู่กับความรู้จักและความเข้าใจในตัวผู้ป่วยของผู้รักษา วิธีการตอบสนองของผู้รักษา ควรต้องให้ถูกกับจังหวะกาลเทศะ และการประเมินของผู้รักษา

ในระยะกลางของการรักษา คำถามที่ผู้รักษาถามตนเองบ่อยครั้ง ก็คือ การรักษามีผลคืบหน้าเป็นที่น่าพอใจหรือไม่ ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคองนั้น ผู้รักษาจะไม่วัดความคืบหน้าในการรักษาของผู้ป่วยจากความเข้าใจหรือ insight ในปัญหา แต่ผลการเรียนรู้ที่ได้จากการรักษาจิตบำบัดชนิดนี้ จะแสดงออกในรูปของคำพูด และ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้รักษาเห็นลักษณะที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความคืบหน้า ผู้รักษาควรให้คำสนับสนุน (reinforcement) การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในจังหวะนั้นทันที และโยนให้ผู้ป่วยเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ดีของเขาทำให้เขาเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

3.4.3 ระยะเวลาและการจบการรักษา (Termination) การหยุดการรักษาเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาจเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างทั้งสองฝ่ายทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา หรือเป็นการตัดสินใจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดก็ได้ โดยที่การรักษานั้นสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ หรือการรักษาอาจไม่สำเร็จ ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ มีปัญหาที่แก้ไม่ตก ในการรักษาที่สำเร็จและได้ผลดีนั้น การจบการรักษาควรเป็นความเห็นชอบระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาดังที่เกิดขึ้นในการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคับประคองระยะสั้นมาก (brief psychotherapy) ที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง แต่ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคองระยะยาวนั้น บางครั้งการตัดสินใจควรจบการรักษาเมื่อใดโดยเห็นพ้องกันทั้งสองฝ่ายนั้นอาจเป็นเรื่องยาก เพราะผู้ป่วยอาจยังต้องการมีที่พึ่งพาไปเรื่อยๆ สำหรับผู้รักษาที่รู้ว่าตนเองมีกำหนดเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเท่าใด เช่น การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ที่ยุติเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปเป็นผู้ป่วยนอก แพทย์ประจำบ้าน ที่มารับหน้าที่เพียง 6 เดือนหรือหนึ่งปี ก็ควรกล่าวกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาว่าจะดูแลผู้ป่วยในระยะดังกล่าว และบอกกล่าวกับผู้ป่วยอีกเมื่อใกล้ถึงเวลาจบการรักษา Pinsky (1997)

4. แนวคิดทฤษฎีในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยาลอม (Yalom's theory)

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดทฤษฎียาลอม Yalom's theory (1995) เน้นว่าปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้นโดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับซึ่งกันและกันซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

4.1 ปัจจัยบำบัด (Therapeutic Factors)

Yalom (1995) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative factors) ว่าเป็นกลไก ที่ทำให้สมาชิกเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 11 ข้อ และมีความเกี่ยวข้องกันใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินผลสำเร็จของการทำกลุ่มเพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม บางครั้งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดก็จะปรากฏเดี่ยว ๆ หรือปรากฏแบบรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเองทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

4.1.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

4.1.3 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมดซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4.1.4 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไรการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

4.1.5 การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำ กลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

4.1.6 การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยสมาชิกได้พูดระบายออก ทั้งสิ่งที่ดี และไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความ ผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออก นี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการ พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

4.1.7 การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่ม ทำให้ สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4.1.8 ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะ ทำให้สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็น ปัญหาออกมาซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อ สมาชิกทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

4.1.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้ สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคมนวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

4.1.10 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคย ท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

4.1.11 การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่างบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความ เชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ห่อถอยกับชีวิตตนเองลดลง หรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข

4.2 พัฒนาการกลุ่ม

Yalom (1995) ได้แบ่ง พัฒนาการกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะอาจเกิดปัจจัยบำบัด ดังต่อไปนี้

4.2.1 ระยะที่ 1 ระยะสร้างความสัมพันธ์ภาพ

ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ ความรู้สึกการผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ระยะสร้างความสัมพันธ์ภาพ นี้ ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธ์ภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเองแจ้งกติกา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

4.2.2 ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม

ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ การได้ระบายออก (Catharsis) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal learning) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) ใน ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) นี้ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.2.3 ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้จะเกิดการเห็นความจริงของชีวิต (Existential factors) ในระยะนี้ สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายประชาคมติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดถึงถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษ บอกรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อนอันเนื่องมาจาก ความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็น คือ ผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดี กับความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพของกลุ่มดังนั้นผู้นำกลุ่ม ต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพกลุ่มด้วย การแจ้งกำหนดการ

ยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิต ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่มและความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

4.3 ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลา และความถี่ของการเข้ากลุ่มโดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของจิตบำบัดแบบกลุ่มแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60-90 นาที ยาลอม แนะนำว่า ควรจัดกลุ่มให้มากที่สุด เพื่อให้สมาชิกได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม

4.4 ขนาดของกลุ่ม

ในการทำกลุ่มการบำบัด จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่มด้วย ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัด คือ 6-10 คน สมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง แล้วสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ฉะนั้นควรมีการจัดจำนวนสมาชิกกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน

5. การใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ตามแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) อธิบายภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุราได้ว่า เกิดจากการมีความคิดหลักที่บิดเบือน คือ มองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า ผู้เสพติดสุรา แปลประสบการณ์ปัจจุบัน ในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินว่าปัจจุบัน และอนาคตต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบและมองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ถึงความลำบาก และพบว่าปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำขาดความรับผิดชอบ การตัดสินใจลดลง สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว กลายเป็นคนโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง มีความคิดวิตกกังวล (เอี่ยมเดือน เนตรแข, 2541)

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิด เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งการรักษามุ่งตรงต่อการการช่วยลดอาการทางจิตใจ ของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบาง หรือไม่ยืดหยุ่น เป็นการรักษาที่ผู้รักษาชัดเจน หน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการกลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค ต่าง ๆ ของการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองมาใช้ ซึ่งมีอยู่หลายเทคนิคด้วยกันดังนี้

5.1 เทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้เสพติดสุรา

5.1.1 เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) โดยการชี้ให้ผู้เสพติดสุราเห็นความคิดอัตโนมัติของตนในการการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิดและแก้ไขความคิดให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสม ตามจริง ตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมมูลกว่าเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

5.1.2. เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้เสพติดสุราลด หรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่ เพื่อให้ผู้เสพติดสุรามองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

5.1.3.การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการพูด หรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อหรือ พฤติกรรมของผู้เสพติดสุรา ซึ่งเป็นผลรวมของความเป็นจริง เน้นให้ผู้เสพติดสุรา กลับมองชีวิต และสถานการณ์ด้านบวก อย่างมีความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในทางลบ

5.1.4 การระบายความในใจ (Ventilation) การแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ไม่ดี การได้ระบาย และมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น

5.1.5 การประคับประคอง สนับสนุน (Support) เมื่อผู้เสพติดสุราไม่มีความเชื่อมั่น ลังเล ในการตัดสินใจ ความคิดความเห็นหรือพฤติกรรม การสนับสนุนการทำงานของจิตใจ ช่วยให้ผู้ปรับตัวรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

5.1.6 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เหตุผลเพื่อช่วยการทำงานด้านจิตใจและสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้เหตุผลที่เหมาะสม โดยผู้บำบัด ต้องทราบเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการใช้เทคนิคนี้

5.1.7 เทคนิคการฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้ โดยมีท่าทีสนใจ เนื่องจากผู้เสพติดสุรา มีการมองคุณค่าในตนเองต่ำ การแสดงออกถึงการสนใจในสิ่งที่กลุ่มพูด ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ เพิ่มความรู้สึกมั่นใจและมีคุณค่าในตนเอง

5.1.8 การแสดงความยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยการเห็นใจเข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบ และไม่ได้แย้งใด ๆ กับกลุ่ม เนื่องจาก การเสพติดสุรา ผู้เสพติดสุราถือว่าเป็นเรื่องที่สังคมมองไม่ดี จึงรู้สึกว่าตนเองผิด เป็นคนที่สังคมไม่ยอมรับ การแสดงการยอมรับในตัวตน การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ช่วยให้ผู้เสพติดสุราไม่รู้สึกแปลกแยก ไม่เป็นที่ต้องการ ส่งเสริมความรู้สึกไว้วางใจ กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าเปิดเผยข้อมูล

5.1.9 การสังเกต (Observation) ได้แก่ การรู้จักสังเกตท่าทีการแสดงออก ตลอดจน การตอบสนองของสมาชิกในกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา ประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ เสพติดสุราที่ก่อให้เกิดปัญหาซึมเศร้า เช่น การมีพฤติกรรมเก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก การหมกมุ่น กับความคิดของตนเองขณะดำเนินการกลุ่ม เป็นต้น

5.1.10 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรก ๆ เมื่อเริ่มกลุ่ม และสมาชิกยังไม่กล้าพูดกัน และใช้เพื่อดึงความสนใจของสมาชิกให้กลับมาสู่ประเด็นการอภิปราย เนื่องจาก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะชอบคิดคนเดียว มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย

5.1.11 การถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการตั้งคำถามแบบกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้ แสดงความคิดเห็น

5.1.12 การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคการเงียบ ซึ่งจะทำให้ สมาชิกคนใดคนหนึ่งทนไม่ได้ และทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

5.1.13 การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องราว ต่าง ๆ ที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

5.1.14 การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) การให้ความสนับสนุนในความคิด การกระทำ และแผนการของผู้ป่วย โดยเน้นที่การสนับสนุนการเลิกดื่มสุรา การสนับสนุนการ ปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก เป็นต้น

5.1.15 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการสะท้อนจากคำพูด และอารมณ์ที่ผู้เสพติดสุราแสดงออกมา มากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเข้าใจความรู้สึก ของตนเองอย่างลึกซึ้ง

5.1.16 การสรุปความ (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดปัญหาหลายแง่มุม แล้ว สรุปเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นในการดำเนินการกลุ่ม

5.2 ปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) อันเกิดจากกระบวนการกลุ่ม ที่มีผล ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

5.2.1 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้าได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเองทำให้ผู้เสพติด สุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้มองเห็นคุณค่าของตนเองช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

5.2.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกผูกพันกัน ก่อให้เกิดกลไกการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

5.2.3 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ มีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน

5.2.4 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) ผู้เสพติดสุราได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม ผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่มซึ่งจะช่วยให้ก่อให้เกิดกลไกการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้ก่อให้เกิดกลไกการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

5.2.5 การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

5.2.6 การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดี และไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในทางที่ดี และเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

5.2.7 การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมและเกิดการปรับแนวคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องได้

5.2.8 ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหา กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้องเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

5.2.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น

5.2.10 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope)

การเข้ากลุ่มทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมียุติชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี ส่งผลในการปรับความคิดด้านลบในการมองอนาคต ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5.2.11 การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเผชิญชีวิตชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป มองคุณค่าในตนเองดีขึ้นซึ่งส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

5.3 การนำเทคนิคจิตบำบัดประคับประคองใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มเป็นการรวมแนวคิดในการนำเทคนิคจิตบำบัดแบบประคับประคองมาใช้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เนื่องจากวัตถุประสงค์การบำบัดด้วยกลุ่มครั้งนี้ไม่ใช่การประคับประคองความรู้สึกทั่วไป แต่มุ่งเน้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยผู้บำบัดเป็นผู้ใช้เทคนิคจิตบำบัดประคับประคองมาช่วยในการบำบัด รวมถึงใช้เทคนิคต่างๆ กระตุ้นให้ปัจจัยบำบัดที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มส่งผลบำบัด อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มในการแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และบรรลวัตถุประสงค์ในการลดปัญหาซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคในการบำบัดเข้าร่วมแก้ไขปัญา ซึ่งปัญหาในแต่ละครั้งมีความหลากหลายและไม่สามารถกำหนดได้ตายตัว เนื่องจากเป็นลักษณะการบำบัด แบบประคับประคองที่ต้องให้มีการดำเนินการไปโดยธรรมชาติแต่ผู้บำบัดต้องดึงหัวข้อในการสนทนาให้เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา และเน้นการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อลด ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการมองคุณค่าในตนเองต่ำ ของผู้เสพติดสุรา เพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่ม เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) 11 ข้อ ซึ่งก่อให้เกิดกลไกการลด

ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา การนำเทคนิคจิตบำบัดระดับประคองมาใช้เพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด เช่น

5.3.1 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) ใช้เมื่อสมาชิกในกลุ่มบางคนไม่ให้ความสนใจในประเด็นที่กำลังอภิปราย ผู้นำบำบัดอาจใช้คำถามเพื่อขอความคิดเห็น เป็นการกระตุ้นความสนใจ ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม การตอบคำถาม การสื่อสารกับสมาชิกอื่น เป็นกระบวนการทำให้เกิดปัจจัยบำบัดในเรื่อง การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การแสดงออกถึงความสนใจที่ผู้นำบำบัดมีต่อสมาชิก ในการมีส่วนร่วมในกลุ่มทำให้สมาชิกเกิดปัจจัยบำบัดในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง

5.3.2 การระบายความในใจ (Ventilation) การแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ไม่ดี การได้ระบาย และมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น เกิดปัจจัยบำบัดในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง ในขณะเดียวกัน การที่สมาชิกอื่นได้รับทราบข้อมูลของเพื่อสมาชิกซึ่งมีปัญหาคล้ายกัน จะก่อให้เกิด ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ไม่ใช่เฉพาะตนเองที่มีปัญหา

5.3.3 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นเทคนิคที่ผู้นำบำบัดสามารถใช้ได้เอง หรือให้สมาชิกกลุ่ม ช่วยให้ความมั่นใจแก่เพื่อสมาชิกด้วยกัน ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นได้แก่ การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ในขณะที่สมาชิกที่ให้ข้อมูลเพื่อให้สมาชิกเจ้าของปัญหาเกิดความมั่นใจจะ ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด การให้ข้อมูล (Imparting of information) ที่เป็นประโยชน์ในกลุ่ม

5.3.4 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้เสพติดสุราลด หรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่ หรือให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อมูลที่เป็นจริงในอีกมุมมองหนึ่ง เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหา มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ผิดพลาด ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกมีความหวัง การที่สมาชิกร่วมกันแก้ไข ปรับรูปแบบแนวคิดร่วมกัน ก่อให้เกิดความผูกพันกัน เกิดการให้ข้อมูล เป็นต้น

5.4 การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) ซึ่งทำได้หลายประเด็นในการทำกลุ่ม ซึ่งก่อให้เกิดปัจจัยที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในการปรับความคิดด้านลบแก่เพื่อสมาชิก โดยสนับสนุนว่าเป็นเรื่องที่ดี ที่มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกท่านอื่น รวมถึงสนับสนุนให้สมาชิกที่ยังแสดงความคิดเห็นน้อยได้แสดงความคิดเห็น ปัจจัยบำบัดที่เกิด การการเห็นคุณค่าในตนเอง การพัฒนา

เทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) ทั้งจากผู้นำบัดและสมาชิกตนเอง

ดังที่ยกตัวอย่างข้างต้นเห็นได้ว่า การใช้เทคนิคของผู้นำบัด สามารถกระตุ้นให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ แม้ว่าหัวข้อในการสนทนากลุ่มจะเป็นผู้กำหนดตามความต้องการและธรรมชาติของกลุ่ม อย่างไรก็ตามก็ตีการดำเนินการกลุ่มก็ยังคงใช้กระบวนการตามแนวคิดของ Yalom ซึ่งการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะ มีขั้นตอนการดำเนินกลุ่มที่มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ดังนี้ 1) ระยะเริ่มกลุ่มเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในขั้นนี้ คือ การแนะนำ และการเตรียมกลุ่ม (Orientation and Preparation) ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกมีความหวัง 2) ระยะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในระยะนี้ได้แก่ การเล่าเรื่อง ของสมาชิกในกลุ่ม (Agenda go-round) และการทำงานให้ได้ประโยชน์ (Work on the agenda) ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่ การได้ระบายออก การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม ในระยะนี้ได้แก่ ขั้นตอนให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ต่อการทำกลุ่ม (The patients Response of the meeting) และ รวมถึงการวิเคราะห์วิจารณ์การทำกลุ่ม ของผู้นำบัด (Therapists and Observers Discussion of meeting) การสรุปผลการทำกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิดในระยะนี้ได้แก่ การเห็นความจริงของชีวิต

ระยะเวลา และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว ระยะเวลาของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60-90 นาที สำหรับจำนวนครั้ง ที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมด ประมาณ 5-30 ครั้ง สำหรับการบำบัดระยะสั้น (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545) และการทำงานจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การทำกลุ่ม 6 ครั้ง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (วรรางคณา จำปาเงิน, 2547) ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของกลุ่ม

6. การพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีข้อแตกต่างจากการพยาบาล ผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่เสพติดสุรา กล่าวคือ นอกเหนือจากการดูแล แก้ไขภาวะจิตใจ อารมณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว จำเป็นต้องทราบกระบวนการในการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุรไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มสุราอย่างยาวนาน ทำให้สภาพจิตใจ ทрудโทรมลดคุณค่าทางสังคมของตนเอง มีอาการซึมเศร้า ให้การดื่มสุราเป็นการทำลายตนเอง ซึ่งอาการซึมเศร้านี้ มักพบในผู้ที่ดื่มเป็นเวลานาน ผู้เสพติดสุราจะมีอารมณ์ลักษณะจืดชืด ไม่มีชีวิตชีวา (Anhedonia) และอาจเป็นอยู่เป็นเวลานาน

หลังเลิกดื่มสุรา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลผู้เสพติดให้งดการดื่มสุราร่วมด้วยเพื่อลดสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เหตุผลสำคัญอีกประการที่พยาบาลควรทราบถึงขั้นตอนการบำบัดภาวะติดสุรา ก็เพื่อทราบถึงระยะที่ควรให้การบำบัดทางพยาบาลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้เสพติดสุราที่อยู่ในระหว่างการเลิกสุราในแต่ละระยะนั่นเอง

6.1 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา ของสถาบันธัญญารักษ์

การบำบัดผู้เสพติดสุรา สำหรับผู้ป่วยใน ของสถาบันธัญญารักษ์ มีขั้นตอนการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังต่อไปนี้

6.1.1 เตรียมผู้ป่วยก่อนรับการรักษา

หมายถึงอธิบายขั้นตอน วิธีการ ข้อปฏิบัติต่างๆ ของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาทุกขั้นตอน การเตรียมผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจปัสสาวะ พบแพทย์เพื่อรับการตรวจ รักษาตามอาการในรายไม่นอนพักรักษา ในรายที่เข้าพักรักษา เจ้าหน้าที่ใช้กลวิธีหลายอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยยอมนอนพักรักษา เช่น อธิบายเหตุผล และข้อดีของการเข้ารับการบำบัด ให้ไป X-ray ตรวจเลือด ฉีดยาให้อาการสงบ นอนหลับ พาดูสถานที่หลังจากนั้นจึงพาไปตีกแล้วฉีกยาให้สงบ เป็นต้น

6.1.2 ขั้นตอนพิษยา

หมายถึง การรักษาขั้นต้นเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากการเสพติดทางร่างกาย โดยทั่วไป ควรให้การรักษาแบบประคับประคองในรายที่มีการดื่มสุรา และอยู่ในระยะเมาสุรา การดูแลประคับประคองจะทำจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัว คือ เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งโดยปกติ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะลดลง โดยเฉลี่ย 15-20 mg% ในหนึ่งชั่วโมง เป้าหมายในการประคับประคอง คือ เพื่อป้องกันการกดการหายใจและการสูดสำลัก การใช้ยาในการบำบัดขณะที่ผู้ป่วยเมาสุราจะใช้เมื่อจำเป็น ยาที่ใช้ ได้แก่ Haloperidol ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากที่สุดช่วง 24-36 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการสำคัญที่พบในระยะถอนพิษสุรา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ วงจรการนอนหลับผิดปกติ สมองสับสน อาจมีหูแว่วประสาทหลอน หวาดระแวง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจทำร้ายร่างกายตนเอง สุดท้ายภาวะอาจที่พบได้ คือ อาการชัก หลักสำคัญในการดูแลในระยะถอนพิษยา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยถอนพิษแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย อาจให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการประสาทหลอน ยาที่ใช้ ได้แก่ Benzodiazepine

6.1.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

หมายถึง การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากการเสพติดทางใจ โดยใช้ขบวนการบำบัดทางจิตหลายอย่างร่วมกัน เช่น จิตบำบัด กลุ่มสนทนาปัญหาชีวิต/ครอบครัว การ

ให้คำปรึกษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มฝึกทักษะชีวิต การฝึกอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถนำไปประกอบอาชีพต่อไป

6.1.4 ชั้นติดตามประเมินผลการรักษา

หมายถึง การติดตามผู้ป่วยและญาติหลังผ่านขบวนการบำบัดรักษา 3 ชั้นแรกแล้ว เช่น การนัดมาตรวจปัสสาวะเป็นระยะ การติดต่อทางจดหมาย การนัดมาพบแพทย์พยาบาลเป็นครั้งคราว โดยทั่วไปจะติดตามผลประมาณ 1 ปี

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ โปรแกรม ใหม่เรียกว่า FAST Model เป็นการบำบัดในระยะเวลา 4 เดือนเพื่อสนองนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีปริมาณผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเนื่องการรักษาแบบเดิมต้องใช้เวลาในการรักษานานไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้ติดสารเสพติด

ที่มาของคำย่อ

- F (family) ได้แก่ ครอบครัว
- A (Alternative treatment activity) ได้แก่ กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดรักษา
- S (Self -help) ได้แก่ การช่วยเหลือตนเอง
- T (therapeutic Community) ได้แก่ ชุมชนบำบัด

ในการบำบัดฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่นี้ เน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติด ให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจ ที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญ ที่นำมามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ เพื่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม

6.2 การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าตามระยะขั้นตอนในการบำบัด

6.2.1 การพยาบาลในระยะเตรียมผู้ป่วย

ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีการเสพยาเสพติด จะมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าการเข้ารับการรักษาจะประสบความสำเร็จ บางครั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกบีบบังคับ ถูกครอบครัวรังเกียจพฤติกรรม การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง สังคมและอนาคตซึ่งส่งผลต่อระดับความรู้สึกซึมเศร้า กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะนี้ซึ่งส่งผลมาจากการติดยาเป็นเวลานาน การกระตุ้นความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง การให้กำลังใจ และให้แรงเสริมเพื่อให้เกิดความหวังในการเลิกติดยาให้สำเร็จ การให้ทางเลือกในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ตามที่ตนเองเลือกเพื่อแก้ปัญหาติดสุราการตั้งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นแหล่งสนับสนุนให้กำลังใจ

6.2.2 การพยาบาลในระยะถอนพิษยา

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการจากการถอนพิษยา การรับรู้ความเป็นจริงมีน้อย บางครั้งคิดว่าตนเองถูกลงโทษเนื่องจากรู้สึกทุกข์ทรมาน มีอาการหลงผิด มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในระยะนี้ เน้นการป้องกันการทำร้ายตนเองเนื่องจากรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ปลอดภัย ไม่มีอุปกรณ์อันตรายก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตร เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

6.2.3 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นสามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง ร่างกายสมบูรณ์มากขึ้น เป็นระยะที่เหมาะสมแก่การบำบัดรักษาสภาพจิตใจ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การประเมินภาวะซึมเศร้า 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว 4) การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจและประคับประคองความรู้สึก 5) การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งพยาบาลควรแสดงออกถึงการให้เกียรติ และเคารพในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย 6) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และให้การพยาบาลทดแทน ในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่อง 7) การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมขณะเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย 8) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยต้องการ 9) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด เพื่อส่งเสริมทักษะการเข้าสังคม และแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เนื่องจากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 10) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 11) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประคับประคองจิตใจ รวมถึงรับทราบปัญหาเพื่อร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกับทีมสุขภาพ 12) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำจิตบำบัด กิจกรรมบำบัด การบำบัดด้วยยา ฯลฯ ตามแผนการรักษา 13) ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 14) ประสานงานกับทีมสุขภาพ ในทุกสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดและลดอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา 15) สร้างทัศนคติที่ดีในการรักษาและการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในแบบผู้ป่วยนอกเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล

6.2.4 การพยาบาลในขั้นติดตามประเมินผลการรักษา

เป็นการพยาบาลเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยและญาติหลังผ่านขบวนการบำบัดรักษา 3 ชั้น แรกแล้ว ในระยะนี้ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าควรมีการติดตามและการวางแผน

แผนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าและสาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า 2) การวางแผนให้การบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้า เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การดูแลให้ทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารอบครัวผู้เสพติดสุราเพื่อให้เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและระดับประคองความรู้สึก เป็นต้น 3) การส่งต่อผู้เสพติดสุราในรายที่มีอาการซึมเศร้าในระดับมาก-รุนแรง แก่ จิตแพทย์ เพื่อรับการรักษา

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีความซึมเศร้า

ปวิพรรณ ศิลปกิจและคณะ (2542) ศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราผลที่ได้ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 9.3 อยู่ในเกณฑ์ที่จะติดสุราอีก ร้อยละ 8.3 เข้าข่ายนำส่งสัย จังหวัด เขต หรือภาคที่แตกต่างกันจะมีอัตราการติดสุราต่างกัน ($P < 0.05$) โดยจังหวัดที่มีอัตราการติดสุราสูงสุดคือ บุรีรัมย์ ร้อยละ 13.7 ต่ำสุดคือ อุบลราชธานี ร้อยละ 38.2 มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ควรไปพบแพทย์ ร้อยละ 7.6 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.4 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น โดยเมื่อมองเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่ในเกณฑ์ติดสุราแล้ว ร้อยละ 51.2 ของคนที่ติดสุราจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ต้องไปพบแพทย์หรือผู้รู้ ร้อยละ 11.9 จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 จะมีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดสุราคือ เพศชาย คนโสด ไม่มีบุตร การศึกษาระดับมัธยมหรือประกาศนียบัตร อาชีพเกษตรกร สถานการณ์ เงินไม่พอใช้ ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง ต้องอาศัยญาติอยู่ ครอบครัวที่ทะเลาะถึงขั้นทำร้ายกัน ภาวะเครียดสูง ภาวะซึมเศร้าสูง การมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและคิดอยากฆ่าผู้อื่น ($p < 0.05$) สรุปและข้อเสนอแนะ อัตราการติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าสูง ($p < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่าประชาชนส่วนหนึ่ง เมื่อมีปัญหาทางจิตใจขึ้นแล้วใช้การดื่มสุราเป็นทางออก ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตในลักษณะที่อาจก่อปัญหาอย่างอื่นตามมาในภายหลัง ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตควรส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักนำวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่สร้างสรรค์มาใช้ให้มากขึ้น

อุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดลำพูน โดยศึกษาจากผู้เสพติดสุราที่ไม่ได้รับยา

ด้านเศร้าทุกรายพบว่า ประชากรมีภาวะซึมเศร้าเบี่ยงเบนไปจากปกติ คือ มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2529) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเน้นกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเน้นกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545). ศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบกลุ่ม ต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 20-40 ปี จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

วารงคณา จำปาเงิน (2547) ศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสามมุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษา เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมโรงเรียนมัธยมศึกษา ก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง การใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า หลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีค่าลดลง

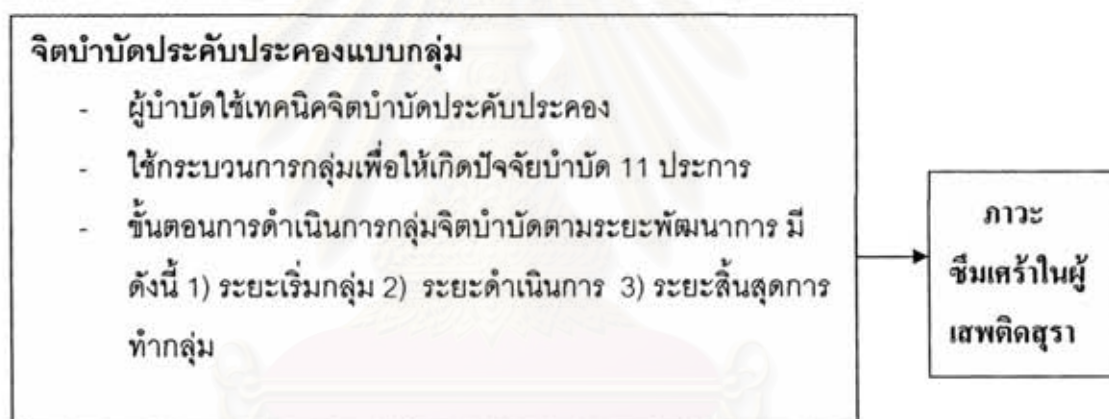
Backen (1990) ได้ทำการศึกษาความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังในอิสลาเอล จำนวน 45 คน โดย 18 คน เป็นผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับการรักษาในคลินิก และ อีก 27 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิก ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอาการทางคลินิกว่า มีภาวะซึมเศร้า

Cornelius,et.al(1995) ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้เสพติดสุราที่มีความซึมเศร้า ผู้เสพติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร้า และ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่เสพติดสุรา พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีความซึมเศร้าจะมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 59 และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 22 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม

Hanson&Venturelli,1995,Laurent,1997,Zayas et.al (1998) การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเครียด และอาการซึมเศร้า

Muller et al.(1994) ศึกษาพบว่าการติดสุรา และ ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เป็นอาการสำคัญในผู้ติดสุรา โดยพบผู้ป่วยเสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8 ถึง ร้อยละ 70 นอกจากนี้ การเสพติดสุรายังมีความสัมพันธ์กับการหายจากภาวะซึมเศร้า โดยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เสพติดสุราเรื้อรัง กับ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่เสพติดสุราเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ไม่เสพติดสุราเรื้อรังมีแนวโน้มการหายจากการซึมเศร้าเป็น 2 เท่า ของผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และยังพบว่า ระดับความซึมเศร้าที่ต่างกัน มีผลต่อการกลับไปใช้สุราที่ต่างกันภายหลังการบำบัด

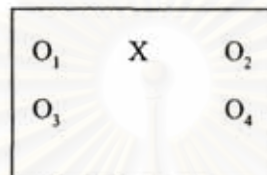
กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนได้รับการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง

O₂ หมายถึงการวัดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา หลังได้รับการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง

O₃ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ทั้งชายและหญิง โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้เสพติดสุรา ทั้งชายและหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง ถึง มาก วัดจากแบบประเมินซึมเศร้า ของเบค (Beck Depression Inventory) มีระดับคะแนน ในช่วง 16 - 29 คะแนน และไม่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า

2. เป็นผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้เสพติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV

3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. สม่ครใจในการเข้าร่วมวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

5. ไม่เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วยและมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้า

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยนำการศึกษางานวิจัยของ ชาวนี ล่องชุมผล (2537) มาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 ขนาดตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 10 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากลุ่มละ 16 คนเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เสพติดสุราตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น โดยคัดเลือกผู้เสพติดสุราในช่วงเวลา ภายหลังจาก 72 ชั่วโมงที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์เพื่อให้พ้นระยะถอนพิษยาโดยทำการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยใน คือ หอผู้ป่วยติ๊กมรกดและติ๊กเพทาย ซึ่งเป็นติ๊กบำบัดผู้เสพติดสุรา จากนั้นดำเนินการปรึกษาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย หากพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยวิธีการคัดเลือก ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามเพศและวัยเนื่องจากพบว่าตัวแปร ทั้ง 2 มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ (Beck, 1967) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 606 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าจะพบมากขึ้นในผู้สูงอายุนอกจากที่กล่าวมาแล้ว

3. เมื่อคัดเลือกตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด จากนั้นจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินซึมเศร้า แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบประเมินคุณค่าในตนเอง

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาการติ่มสุรา สาเหตุการติ่มสุรา ประวัติการติ่มสุราของบิดา มารดา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ ประวัติการรักษา

1.2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของเบค (Beck Depression Inventory) แปล และทดลองใช้ โดย มุกดา ศรียงค์ (ช่างโน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้าจำนวน 21 ข้อ การประเมินค่าคะแนน ตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีระดับการประมาณค่า 5 ระดับ คิดคะแนนโดย รวมคะแนน ทั้ง 21 ข้อ และแบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนที่ได้ ดังนี้

0-9	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	ปกติ
10-15	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	น้อย
16-19	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	ปานกลาง
20-29	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	มาก
30-63	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	รุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้เสติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดระดับประคอง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม จาก แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัด ของ Yalom (1995) ที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การส่งเสริมให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ เกิดการเรียนรู้ เกิดการปรับตัว เพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการสร้างแนวทางการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎี และตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดแบบระดับประคอง การใช้กลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และการแก้ไขภาวะซึมเศร้า
2. นำข้อมูลที่ศึกษามากำหนดโครงสร้าง และวางแนวทางในการดำเนินการกลุ่ม ทั้ง 6 ครั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดปัญหาซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา
3. ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำ ในการแก้ไขปรับปรุงแผนการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
4. นำแผนการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำกลุ่มจิตบำบัด และสารเสพติด ตรวจสอบเนื้อหาจากนั้น ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินการกลุ่ม ไว้ดังนี้

แผนการดำเนินการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1	การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
ระยะเวลา	60 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม 3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถ 1) พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่มสมาชิก 2) สามารถบอกวัตถุประสงค์การทำกลุ่มได้ กระบวนการหลัก

เป็นกิจกรรมการบำบัดที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อชดเชย หน้าที่ทางจิตใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้มีการกลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้เทคนิค 1) เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด 2) เทคนิคการมองภาพใหม่ 3) การให้ความมั่นใจ 4) การระบายความในใจ 5) การสนับสนุน 6) การใช้เหตุผล เป็นเทคนิคในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิด

จากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ

1) ระยะเริ่มกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในขั้นนี้คือ การแนะนำและการเตรียมกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิดได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกมีความหวัง

2) ระยะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม ในระยะนี้ได้แก่ การเล่าเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที และการทำงานให้ได้ประโยชน์ ปัจจัยบำบัดที่เกิดได้แก่ การได้ระบายออก การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างการอภิปราย การเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิก

3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วย แสดงความรู้สึกต่อการทำกลุ่ม และ การวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้บำบัด การสรุปผลการทำกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิดในระยะนี้ได้แก่ การเห็นความจริงของชีวิต การดำเนินการกลุ่มทุกครั้งเน้นประเด็นภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยในการบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยสามารถเกิดร่วมกันได้เสมอ ขึ้นกับธรรมชาติของกลุ่ม โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการลดภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาดำเนินการกลุ่มครั้งละ 60 นาที

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ครั้งที่ 2-5	ระยะการดำเนินการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
ระยะเวลา	60 นาที ต่อการทำกลุ่ม 1 ครั้ง ดำเนินการตามแผนระยะนี้ 4 ครั้ง โดยทำกลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สมาชิกสามารถใช้สัมพันธภาพในกลุ่มเป็นกลไกในการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามระยะพัฒนาการ
2. สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า
3. สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน
4. สมาชิกกลุ่มปรับรูปแบบการคิดอัตโนมัติของตนเอง มีการมองภาพใหม่

5. สมาชิกกลุ่ม มีความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

6. สมาชิกได้ระดับประคองซึ่งกันและกัน และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

7. สมาชิกกลุ่มมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถ 1) พูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่มสมาชิกและบุคคลอื่นในสังคมได้ 2) ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาและใช้ประสบการณ์และประโยชน์จากการเข้ากลุ่มในการปรับใช้ในการแก้ปัญหา 3) มีรูปแบบความคิดอัตโนมัติในทางที่ดี ต่อตนเอง ต่ออนาคต และแปลประสบการณ์ในอดีตในทางที่ดีขึ้น

กระบวนการหลัก

การดำเนินกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า การดำเนินการ เช่นเดียวกับการทำกลุ่มครั้งที่ 1 ผู้บำบัดใช้ทักษะ และเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบระดับประคอง ร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom โดยการดำเนินกลุ่ม ครั้งที่ 2-5 กิจกรรมแต่ละครั้งและเนื้อหาเรื่องราวที่จะแก้ไขจะเป็นการดำเนินการตามธรรมชาติและความต้องการของกลุ่ม โดยประเด็นหลัก ในการอภิปราย ขึ้นกับความต้องการ และธรรมชาติของกลุ่มในการเลือกประเด็น โดยผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคในการเชื่อมโยงประเด็นการสนทนาให้ครอบคลุมเนื้อหาดังนี้

- ประเด็น โรคซึมเศร้าในทัศนคติของสมาชิก ความหมายและการเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้า การสำรวจปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง และประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม

- ประเด็น สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และการ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์และสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงจากสาเหตุ ในเรื่องการปรับรูปแบบการคิดอัตโนมัติด้านลบ การมองคุณค่าของตนเองต่ำและไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการขาดทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเน้นให้สมาชิกร่วมชี้ประเด็นรูปแบบแนวคิดที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ การให้กลุ่มและสมาชิกลองปรับความคิดในด้านบวก การให้กลุ่มและผู้นำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิก การแนะนำให้สมาชิกนำคำแนะนำการแก้ปัญหาในกลุ่มไปปรับใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

- ประเด็น การบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่สร้างความภาคภูมิใจ ของตนเอง ของสมาชิกทุกคน การให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของสมาชิกคนอื่น ๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิกในกลุ่ม

โดยในแต่ละครั้งสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาถึงกันได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ประสงค์ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ การยอมรับตนเอง การปรับรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจสังเกตได้จากสีหน้า คำพูด

2. ประเมินผลความครบถ้วนของการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ในกระบวนการกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ ในการบำบัดทุกครั้ง

ครั้งที่ 6

การยุติ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา

60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สมาชิก ได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่ม
2. รับทราบประโยชน์ รวมถึงการนำประโยชน์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันนำความรู้ที่ได้มาตั้งเป้าหมาย.
3. เพื่อสรุปและประเมินผลการเข้ากลุ่ม
4. เพื่อยุติกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถ 1) บอกความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่มได้ 2) บอกประโยชน์รวมถึงการนำประโยชน์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กระบวนการหลัก

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้า การดำเนินการ เช่นเดียวกับการทำกลุ่ม ครั้งที่ 1-5 และมีปัจจัยบำบัด 11 ข้อ ตามระยะพัฒนาการ เช่นเดียวกัน โดยการดำเนินกลุ่ม ครั้งที่ 6 เป็นการทำกลุ่มครั้งสุดท้าย ผู้บำบัดบอกกล่าวการสิ้นสุดกระบวนการบำบัดและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้นำ กิจกรรมและขั้นตอนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองที่ได้สร้างขึ้นจากการค้นคว้าและทบทวนผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา และภาษาให้เกิดความถูกต้อง สอดคล้องกับการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มจิตบำบัด 2 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดผู้เสพสารเสพติด 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรง เท่ากับ . 88 แล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยในเนื้อหากิจกรรม เน้นที่ปัจจุบันเชื่อมโยงสู่อนาคต เนื้อหากิจกรรมเน้นปัญหาที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่ปัญหาโดยทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยนำการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้เสพติดสุราในหอผู้ป่วยในตึกมรกต ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 กลุ่ม มีจำนวนสมาชิกกลุ่มจำนวน 6 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ขั้นตอนกิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการนำไปใช้พบว่า การดำเนินกลุ่มตามแผนสามารถนำไปใช้ได้จริงตามวัตถุประสงค์

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1. การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของ Hollon&Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แลนสีหา และดาราวรรณ ตีะปินตา(2536) แบบประเมิน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ จำนวน 30 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ มี และไม่มีความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว ถ้าตอบว่ามี ความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่มีความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าวให้คะแนนเท่ากับ 0 ได้พัฒนาแบบประเมินนี้ในปี 1980 ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ Hollon&Kendall (1980) พัฒนาเครื่องมือจากที่ Beck สร้าง (Automatic Thought Questionnaire or ATQ) ขึ้นในปี 1979 โดยให้บุคคลประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงตรงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาคสูงถึง 0.90 รวมทั้งมีความสัมพันธ์ กับแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck 0.84 และมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดความซึมเศร้าอื่น ๆ ด้วย (ลัดดา แลนสีหา; 2536; Blackburn, 1986; Dobson, 1988; Hollon & Kendall, 1980) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบทั้ง 30 ข้อ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้านต่าง ๆ พบว่า

คะแนนที่ได้นั้น ไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศและอายุ จากการศึกษาพบว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ประเมินที่มีต่อตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านแรก สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง ด้านที่สอง สะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ และการคาดหวังในทางลบ ด้านที่สามสะท้อนให้เห็นถึง อัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ และด้านสุดท้ายสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้อำนาจ การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อที่ 1-30 การแปลผล แปลตามระดับคะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายถึง มีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีเกณฑ์ว่า ผู้ประเมินต้องได้คะแนน ความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลง ภายหลังจากได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ทั้งนี้หากพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยได้จะต่อข้อมูลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ แก่ พยาบาลประจำตึก เพื่อใช้ในการดำเนินการแก้ปัญหาความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุรากลุ่มตัวอย่างต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของ Hollon&Kendall (1980) ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แกไขเนื้อหา ภาษาให้ถูกต้องสอดคล้องกับการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำค่าคะแนนที่ได้ มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71

3.2 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

ดัดแปลงจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างโดย โรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self esteem Inventory 1969) และเสาวภา วิชิตวาทิ (2534) ซึ่งลักษณะเครื่องมือ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ต (Likert type scal) เกี่ยวกับคุณค่าในตนเองมี 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ ข้อความทางด้านบวก มี 5 ข้อความ คือ ข้อ 1,2,4,6 และ 7 ข้อความด้านลบมี 5 ข้อ คือข้อ 5,6,8,9 และ 10 ทั้งนี้ วิธีการตอบให้ผู้ตอบอ่านข้อความ 10 ข้อ ในแต่ละข้อเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าคำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าคำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบางส่วน
เฉยๆ	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าคำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าคำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบางส่วน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าคำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบทั้งหมด การตรวจให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนน 5,4,3,2,1 ตามลำดับ ข้อความทางลบ ให้คะแนนตรงกันข้าม และ การคิดคะแนนรวม คิดโดยการรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ คะแนนที่สูงแสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และคะแนนที่ต่ำแสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีเกณฑ์ว่า ผู้ประเมินต้องได้คะแนน การเห็นคุณค่าในตนเอง ภายหลังได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพิ่มขึ้น ทั้งนี้หากพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยได้จะต่อข้อมูลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์แก่พยาบาลประจำตึกเพื่อใช้ในการดำเนินการแก้ปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในผู้เสด็จิตสุรากลุ่มตัวอย่างต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างโดย โรเซนเบิร์ก ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แกไขเนื้อหา และภาษาให้เกิดความถูกต้องสอดคล้องกับการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวชตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับผู้เสด็จิตสุราที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

กระบวนการดำเนินการวิจัย

ในการทดลองครั้งนี้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือ ผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัย เข้าพบ คณะกรรมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการดำเนินการ โดยนำข้อมูลการวิจัยรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ยื่นแก่คณะกรรมการฝ่ายงานวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ เพื่อรับการตรวจสอบความเหมาะสมและจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในสถาบัน

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการ

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเสพติดสุราในหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าร่วมวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด และสอบถามความสมัครใจของผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในการเข้าร่วมวิจัย

1.5 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนทำการเก็บข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง (Pretest) การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1 จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้ มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 16 คนเท่ากัน

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ทั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งทำกลุ่มบำบัดในกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม โดยดำเนินการทีละกลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่ม จะเข้าร่วมทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนครบทั้ง 6 ครั้ง ทั้งนี้ การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง เป็นการบำบัดที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจ ช่วยให้มีอาการกลับคืนมาของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว โดยใช้เทคนิค การทำจิตบำบัดแบบระดับประคอง ในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เกิดจากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ

ในกลุ่มควบคุม จัดให้ได้รับการดูแลตามปกติ โดยทุกวันช่วงเข้าผู้ป่วยจะมีการทำกลุ่มสนทนาการ ตั้งแต่ 9.00 -10.00 น. เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีการฝึกทักษะการเข้าสังคม นอกเหนือจากนั้น ผู้ป่วยจะทำงานเพื่อช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ และทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น กวาดเรือน ตรวจนับผ้า เป็นต้น ในขั้นตอนของระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยสามารถเลือกทำกิจกรรมบำบัดได้โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้แนะนำตามความเหมาะสม ดำเนินการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มตามแผน ดังนี้

เวลาในการดำเนิน การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ทำกลุ่ม ทุก ๆ วัน จันทร์ พุธ และศุกร์ ณ ห้องสังคมสงเคราะห์ ดิกรมกต เป็นเวลารวมทั้งสิ้นกลุ่มละ 2 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2549- 2 ตุลาคม 2549 โดยแบ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 มีสมาชิก กลุ่ม 11 คน และกลุ่มทดลองที่การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กลุ่มที่ 2 มี

สมาชิก ทั้งหมด 5 คน รวมจำนวนสมาชิกกลุ่มทดลอง ทั้งสิ้น 16 คน ในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง ลักษณะกลุ่ม เป็นแบบกลุ่มปิด จำนวนสมาชิกเท่าเดิมและเป็นบุคคลเดิมทุกครั้ง

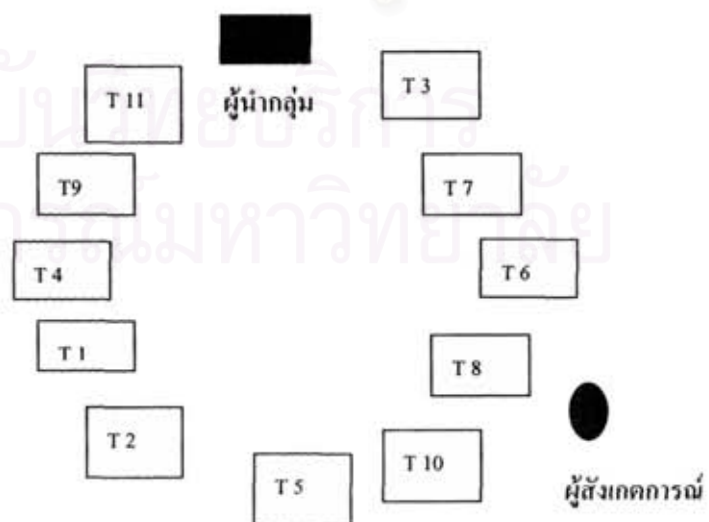
ในกลุ่มควบคุม ทั้งสิ้น 16 คน และได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางกำหนดการ การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

กลุ่มทดลอง	จำนวน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
กลุ่ม 1	11	1 /9/49	4 /9/49	6 /9/49	8 /9/49	11/9/49	13/9/49
กลุ่ม 2	5	22 /9/49	25 /9/49	27/9/49	29/9/49	2 /10/49	4 /10/49

รูปแบบการจัดที่นั่ง

รูปแบบการจัดที่นั่ง (สมาชิกมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งทุกครั้ง ในการเข้ากลุ่ม)



คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

1. ผู้บำบัด/ผู้นำกลุ่ม คือ ผู้วิจัย มีคุณสมบัติดังนี้

เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการฝึกความเชี่ยวชาญการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มจากผู้มีประสบการณ์ และเชี่ยวชาญการทำกลุ่มจิตบำบัด ในตึกโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยการเข้าเป็นผู้สังเกตการณ์จากผู้เชี่ยวชาญทั้งจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชเพื่อศึกษารูปแบบ เทคนิค และวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม จากนั้นจึงฝึกการเป็นผู้นำกลุ่มและการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม รวมระยะเวลาการฝึกทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และผ่านหลักสูตรการอบรม เรื่องการทำจิตบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนแนวความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. สมาชิกกลุ่ม คือ ผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

3. ผู้สังเกตการณ์ คือ พยาบาล วิชาชีพ ที่เข้าร่วมสังเกตพฤติกรรมและบันทึก การดำเนินการกลุ่ม โดยไม่มีส่วนร่วมในการทำกลุ่มจิตบำบัด

การดำเนินการกลุ่ม

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 1

วันที่ 1 กันยายน 2549 เวลา 14.30-15.50 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันรัฐญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อูร์ตันมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อูร์ตันมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ลักษณะการดำเนินการกลุ่ม ประโยชน์ในการทำกลุ่ม
3. สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้น ในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ (ทั้งนี้ในการบันทึกและการนำเสนอสมาชิกต้องการให้ใช้สัญลักษณ์แทนการใช้ชื่อจริง

ผู้วิจัย จึงนำเสนอในรูปแบบการใช้ อักษรภาษาอังกฤษตามด้วยเลข แทนชื่อบุคคลโดยเรียงตามลำดับ T1-T16 แทนสมาชิกทั้ง 16 คน)

4. สมาชิกพูดคุยประวัติส่วนตัวเพื่อเพิ่มความคุ้นเคยในกลุ่มสรุปประเด็นได้ ดังนี้

T1 ติดสูรมา 20 ปี โดยเริ่มจากการใช้สารระเหยก่อนในตอนแรก เนื่องจากบ้านอยู่แถวสลัม เพื่อนๆ ชวนให้เลิกตามเพื่อน สิ่งแวดล้อมที่อยู่ มีการใช้สารเสพติดกันอย่างแพร่หลาย เริ่มมาทำงานที่บาร์ญี่ปุ่น เพื่อนๆ แนะนำให้เลิกมั่วซุม แต่เพื่อนๆ กลุ่มนี้ชวนติ่มสุรา ก็ตามเพื่อน ต่อมจงดิตสูรา

T2 ตีมสุราครั้งแรกเพราะอยากลอง ตีมมาประมาณ 9 ปี แล้วพอติ่มมากเข้างานการก็ไม่ทำ พี่สาวเลยพามาบำบัด

T3 ตีมสุราประมาณ 17-18 ปี ตั้งแต่อายุ 25 ปี ตีมเหล้าสาโท ต่อมาติ่มได้ทุกยี่ห้อ สาเหตุการติ่มเนื่องจากต้องการมีเพื่อน ตอนเรียนหนังสือก็เรียนไม่จบ รู้สึกเบื่อ แก้ปัญหาไม่ได้เลย ตีมสุราเพื่อคลายเครียด

T4 ตีมสุราเนื่องจากอยากลอง ตอนเด็กชีวิตลำบาก ได้รับทุนเรียนก็เรียนไม่จบมัธยม แต่ฝ่าฟันอุปสรรคจนมีที่ดิน มีบ้าน พอเริ่มสบายก็อยากหาความสุขใส่ตัวก็ติ่มเบียร์เริ่มจากวันละ 2 ขวดจนติ่มหนึ่งถึงวันละ 2 ลัง ที่มาบำบัดเนื่องจากลูกเริ่มออกห่างเพราะกลัว ลูกบอกให้เลิก

T5 เริ่มติ่มสุราเพราะอยากมีเพื่อน ตอนเล็กๆ เป็นเด็กมีปัญหาเกิดได้ 7 วัน มารดาเสียชีวิต บิดาไม่รักเนื่องจาก เชื่อว่าเป็นตัวช่วยทำให้มารดาเสียชีวิต จากนั้นบิดาไปมีครอบครัวใหม่ จึงอยู่กับย่า ตอนเด็กไม่ค่อยมีเพื่อนเพราะตาบอดเพื่อนๆ ก็ล้อเลียนไม่มีใครคบ รู้สึกน้อยใจชีวิตมาก เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วโดยการกินยา แต่ล้างท้องทัน รู้สึกว่าอยากเข้าสังคมได้จึงเริ่มติ่มสุรากับเพื่อนๆ จากนั้นเลยติด

T6 เริ่มติ่มสุราตั้งแต่อายุ 15 ปีตอนเรียนจบมัธยมต้น แต่ไม่ติดสูรา จนกระทั่งมีเรื่องกลุ่มใจทำให้ต้องติ่มสุรามากขึ้น แต่เรื่องกลุ่มใจเป็นเรื่องที่ไม่สามารถบอกในกลุ่มนี้ได้ เคยเข้ารับการบำบัดที่นั่นแล้ว 1 ครั้ง เลิกได้มาเกือบ 1 ปี ก็กลับมาติดอีก

T7 เริ่มติ่มสุราตั้งแต่เด็กๆ ในบ้านมีบิดา มารดา และน้องชายที่ติ่มสุรา ตนเองเห็นบิดาติ่ม ก็อยากลองตอนนั้นยังไม่ติด มาเริ่มติ่มสุรามากจนติด ก็คือตอนที่ทราบว่ามีภรรยา น้อย 3 คน จึงติ่มสุราทุกวัน ตอนเย็นหลังเลิกงาน มารดาอยากให้เลิกติ่มสุรา เพื่อกลับไปทำงาน ซึ่งตนเองก็อยากกลับไปสอนหนังสือ เหมือนเดิม

T8 ตีมสุราเพื่อเลิก เฮโรอีน เนื่องจากสมัยเรียนมหาวิทยาลัย ใช้สารเสพติดประเภท เฮโรอีน อยากเลิกเฮโรอีนแต่ทำไม่ได้ จึงติ่มสุราให้เมาแล้วหลับเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกอยากใช้ เฮโรอีน

T9 ตี๋มสุราตั้งแต่สมัยเรียนเทคนิค ตี๋มกับเพื่อน ๆ เพื่อเข้าสังคม ต่อมามีปัญหาหลายอย่าง จึงตี๋มสุรามากขึ้น กลับมาจากเลิกงานก็ตี๋มสุรา ทุกวันจนติดสุรา

T10 ตี๋มสุราเพราะชอบสังสรรค์กับเพื่อนๆ แต่เวลาตี๋มแล้วอารมณ์ร้อน ชอบมีปัญหา กับคนอื่น บางครั้งมีปัญหา รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ คนอื่นมองว่าเป็นคนตี๋มมา เลยยิ่งหงุดหงิดโมโห

T11 ตี๋มสุราเนื่องจากเพื่อนชวน อยากร่วมสนุก จากนั้นก็ตี๋มมาเรื่อยๆ จนติดสุรา

5.ประเด็นภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความหมายของภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์ของสมาชิก ในเรื่องของการรู้สึกซึมเศร้า และสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นการพูดคุย เรื่องภาวะซึมเศร้า ที่สมาชิกต้องการระบายความรู้สึกและอารมณ์เวลาเครียดซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าไม่มีผู้รับฟังปัญหา ตัวอย่างเช่น

T6 "เคยมีความรู้สึกเหงาบางครั้งมีคนอยู่รอบตัวเยอะมาก แต่เรารู้สึกเหมือนไม่มีใคร บางเรื่องเราบอกใครไม่ได้ บางเรื่องอยากเล่าให้ฟัง แต่ทุกคนก็มีเรื่องของตนเอง มันรู้สึกอึดอัด"

T8 "มันเป็นความรู้สึกเบื่อๆ ไม่อยากทำอะไร ไม่กระตือรือร้น เชิงๆ ผมก็เคยเป็น แล้ว ก็ตี๋มเหล้ามันก็ดีขึ้น" เป็นต้น

6.สมาชิกบอกความรู้สึกในการทำกลุ่ม และประโยชน์ของการทำกลุ่ม ดังนี้

T6 บอกว่า " ดี ได้มาเจอคนที่มมีปัญหาเหมือนเรา บางครั้งคนอื่นก็ไม่เข้าใจเราต้อง พูดกับคนที่มประสบการณ์คล้ายกัน"

T1 บอกว่า " ก็สนุกดีได้มาเปลี่ยนบรรยากาศได้เจอคนใหม่ๆ ได้ข้อคิดเห็นใหม่"

T10 บอกว่า "ก็ไม่มีใครเข้าใจเราเท่าพวกที่ติดเหล้าเหมือนกัน ก็รู้สึกดี ได้พูดให้คนอื่น ฟังเพราะบางเรื่องเราเล่าให้คนภายนอกฟังไม่ได้"

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ ได้แก่ สมาชิกยังไม่คุ้นเคย เนื่องจากเป็นการพบกันครั้งแรก ยังไม่กล้า แสดงความคิดเห็น

เทคนิคที่ใช้

- การแนะนำหรือแนะนำเพื่อเริ่มการดำเนินกลุ่ม
- เทคนิคการถาม เพื่อให้สมาชิกได้มีการตอบคำถาม รวมถึงเป็นการกระตุ้นความสนใจสมาชิกในกลุ่ม
- เทคนิคการฟัง เพื่อให้สมาชิกทราบว่าผู้บำบัดมีความสนใจในประเด็นที่สมาชิกรับเลือก
- เทคนิคการแสดงการยอมรับ
- เทคนิคการสังเกต เพื่อประเมินพฤติกรรมกลุ่ม

ผลจากการสังเกต สมาชิกกลุ่มโดยรวม แสดงท่าทีให้ความสนใจ เมื่อเริ่มดำเนินการกลุ่ม โดยการให้แนะนำตนเอง ระยะเริ่มกลุ่มสมาชิกมีแสดงท่าทีรับทราบ ยังไม่มีคำถามและไม่มีการแสดงความคิดเห็น การตั้งกติกากลุ่มสมาชิกเสนอให้ใช้กติกากลุ่ม เหมือนการเข้ากลุ่มครั้งอื่น ขณะเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล รัชฎาภิรักษ์ เนื่องจากคุ้นเคยกันดี

ประเด็นที่พบ ได้แก่ สมาชิกเล่าเรื่องราวของตนเองแบบผิวเผินไม่เปิดเผยมากนัก โดยเฉพาะด้านความรู้สึก อารมณ์ และสมาชิกส่วนมากมีความรู้สึกที่ไม่มีใครเข้าใจ และต้องการคนรับฟังความรู้สึก

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้สมาชิกได้เกิดปัจจัยบำบัดในเรื่องการพัฒนาทักษะการเข้าสังคม เกิดการให้ข้อมูลแก่กัน
- เทคนิคการกระตุ้นความสนใจ เพื่อให้สมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์น้อยได้มีการเสนอความคิดเห็น
- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจของสมาชิก เนื่องจากสมาชิกรู้สึกที่ไม่มีผู้รับฟังความรู้สึกของตนเอง
- เทคนิคการฟัง ด้วยความตั้งใจ ทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นที่ยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- เทคนิคการแสดงการยอมรับ เรื่องการติตสุราของสมาชิกทุกคน โดยไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวตัดสิน การแสดงความยอมรับในความเป็นตัวตนของสมาชิกทำให้สมาชิกไม่รู้สึกแปลกแยก หรือโดนตำหนิ ส่งผลให้กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น
- เทคนิคการสังเกต โดยผู้บำบัดสังเกตพฤติกรรม และการแสดงออกของสมาชิกทุกคน ระหว่างการอภิปราย เพื่อประเมิน ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- เทคนิคการเชื่อมโยง เรื่องราวในอดีตของสมาชิกกับประเด็นภาวะซึมเศร้า
- เทคนิคการสรุปความ

ผลจากการสังเกต พบว่าภายหลังการบอกเล่า ประวัติส่วนตัว สมาชิกมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่ม เริ่มมีการหยอกล้อในกลุ่ม ผู้นำให้สมาชิกในกลุ่ม ช่วยกระตุ้นสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์น้อย ให้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มมากขึ้น สมาชิกสามารถทำได้ดี ระหว่างการเล่าประวัติส่วนตัว และประสบการณ์การติตสุรา สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ราบรื่น บรรยากาศการดำเนินการกลุ่ม ในระยะการทำงานร่วมกันไม่ตึงเครียด พุดคุยกันอย่างผ่อนคลาย ในการดำเนินกลุ่ม T2,T3,T5,T7,T9,T11 ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ต้องกระตุ้นจึงมีการตอบคำถาม และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจในประเด็นภาวะซึมเศร้าดี แต่ไม่มีสมาชิกเล่าประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าของตนเองในรายละเอียด ประเด็นการพุดคุยเรื่องซึมเศร้าครั้งนี้สมาชิกพุดคุยเรื่องภาวะซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับการต้องการระบายความรู้สึก การ

ระบายความคับข้องใจทำให้ผู้บำบัดและสมาชิกท่านอื่นรับทราบความรู้สึกโดดเดี่ยวที่เกิดขึ้น จากการสังเกตพบว่าสมาชิกมีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นในเรื่องของความรู้สึกและประสบการณ์ที่มีความคล้ายกัน จะเกิดปัจจัยบำบัดเรื่อง ความรู้สึกอันเป็นสากล

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 2

วันที่ 4 กันยายน 2549 เวลา 15.00-16.10 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต โรงพยาบาลธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิก บอกกติกาในการดำเนินการกลุ่ม ที่ตกลงกันไว้ในการทำกลุ่มครั้งที่แล้ว และเน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสรุปประเด็นการทำกลุ่มครั้งที่แล้ว
4. T6 เล่าประสบการณ์เรื่องการติดสุราของตนเอง
5. T1 เพื่อน ๆ เสนอให้แบ่งปันประสบการณ์ ได้แก่ เรื่องการติดสุราประสบการณ์การเลิกสุราในครั้งที่ผ่านมา
6. T7 เพื่อนสมาชิกสังเกตพบว่า ครั้งที่ผ่านมาจากจากการแบ่งปันประสบการณ์ T7 ยังแสดงความเศร้าด้วยท่าทางและน้ำเสียง สมาชิกจึงรับฟังและแบ่งปันประสบการณ์ที่คล้ายกัน และเสนอแนวทางแก้ไข
7. ผู้นำให้กำลังใจสมาชิกและสะท้อนความเปลี่ยนแปลงทางบวกแก่สมาชิกที่พบครั้งนี้ทีละคน เช่น ท่าทางการสนทนาและการแสดงออกที่เหมาะสม การให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มเพิ่มมากขึ้นจากครั้งที่ผ่านมา การมีการแสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนสมาชิก เป็นต้น
8. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T11 มีอาการเหม่อลอยให้ความสนใจกลุ่มน้อย

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคกระตุ้นความสนใจ โดยการใช้น้ำคำถามกระตุ้นกลุ่มให้เรียกความสนใจของสมาชิกกลับมาที่กลุ่ม ดังนี้ “วันนี้ใครอยากทราบความรู้สึกของ T11 บ้างคะ” และเมื่อกลุ่มแสดงออกว่าต้องการทราบความคิดเห็น T11 จะรับรู้ว่าเป็นที่สนใจและจะเป็นการกระตุ้นความสนใจให้กลับมาอยู่ที่กลุ่มอีกครั้ง

ผลจากการสังเกต พบว่า ภายหลังจากได้รับการกระตุ้น T11 ให้ความสนใจกลุ่มมากขึ้น

ประเด็นที่พบ T6 และ T1 เล่าประสบการณ์เรื่องการติดยาของตนเอง พบว่า สมาชิกเจ้าของเรื่องทั้งสองคนรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในการบำบัดอาการติดยา และมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ เนื่องจากสมาชิกรู้สึกว่าไม่มีผู้รับฟังความรู้สึกของตนเอง
- เทคนิคการมองภาพใหม่ เนื่องจาก T6 และ T1 คิดว่าตนเองล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต
- เทคนิคการสนับสนุน ส่งเสริมความสารถในการเลิกติดยา ความกล้าหาญในการตัดสินใจเข้ารับการบำบัด

ผลจากการสังเกต พบว่า สมาชิกมีความกระตือรือร้นในการ แสดงความคิดเห็น เมื่อ T6 เล่าประสบการณ์เรื่องการติดยาของตนเอง เพื่อนสมาชิก ให้ความสนใจ ซึ่งส่งผลถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ T6 นอกจากนั้นพบว่าสมาชิกที่มีการแสดงความคิดเห็นมาก ได้แก่ T1, T3, T4 และ T8 สมาชิก ที่เหลือต้องใช้เทคนิคการกระตุ้นความสนใจเป็นระยะ สมาชิกที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นพบว่ายังขาดทักษะเรื่องการสื่อสาร และยังมีอาการประหม่าในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้บำบัดใช้การกระตุ้นด้วยคำถาม ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และชื่นชมเมื่อสมาชิกให้ความร่วมมือในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม ขณะที่ T1 เล่าประสบการณ์เพื่อนสมาชิกให้ความสนใจ และจากการประเมินการตอบรับของสมาชิกในกลุ่มพบว่า T1 ได้รับการยอมรับจากสมาชิก และเป็นผู้มีลักษณะท่าทางประนีประนอม ให้ความสนใจสมาชิกกลุ่ม

ประเด็นที่พบ T7 เล่าประสบการณ์การติดยาและความซึมเศร้าของตนเอง ซึ่งเกิดจากความผิดหวังในชีวิตรัก เนื่องจากสามีมีภรรยาบ่อย และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการให้กำลังใจ เนื่องจากสมาชิกรู้สึกท้อแท้ ล้มหวัง
- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ
- เทคนิคการมองภาพใหม่ เนื่องจาก T7 มองคุณค่าในตนเองต่ำ ผู้บำบัดชี้ให้ T7 เห็นว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถเนื่องจากก่อนติดยา T7 มีอาชีพเป็นครู และเมื่อ

- เทคนิคการให้กำลังใจ ทั้งจากผู้นำบัดเองและการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางและให้กำลังใจ

ผลจากการสังเกต พบว่า สมาชิกกลุ่มกระตุ้นให้ T7 เล่าประสบการณ์การดื่มสุราและความซึมเศร้าของตนเอง และสมาชิกมีการแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการแก้ไขภาวะซึมเศร้าอย่างทั่วถึง สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความสนใจที่จะช่วยให้ T7 มีความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง ด้วยการเสนอแนะและให้กำลังใจ บรรยากาศทั่วไปในกลุ่มผ่อนคลาย สมาชิกเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กันมากกว่าครั้งก่อน

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 3

วันที่ 6 กันยายน 2549 เวลา 15.00-16.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวม

ทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินการกลุ่ม และเน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสรุปประเด็นการทำกลุ่มครั้งที่แล้ว
4. T8 เล่าประสบการณ์ การเริ่มต้นใช้ยาเสพติดโดยการเริ่มจากการเสพ โคเคน ยาอี และเฮโรอีน ขณะศึกษาระดับปริญญาตรี และมารดาไปพบขณะใช้เฮโรอีน มารดาเสียใจมาก รู้สึกผิดต่อมารดาจึงพยายามเลิก โดยการดื่มเหล้าเมื่อรู้สึกอยากใช้เฮโรอีน
5. T10 เล่าประสบการณ์ การเริ่มต้นใช้สุรา โดยการสังสรรค์กับเพื่อนจนติดสุรา ส่งผลให้ต้องออกจากงานหลายครั้ง จึงตั้งใจเลิกสุราเพื่อเริ่มต้นใหม่
6. T3 เล่าประสบการณ์การเริ่มต้นใช้สุรา จากสังสรรค์กับเพื่อนสมัยเรียน ระดับปริญญาตรี และเป็นช่วงที่มีปัญหา รู้สึกเครียดเรียนไม่จบ เวลามีปัญหาหรือสังสรรค์กับเพื่อนๆ ก็ดื่มสุราจัด จนติดสุรา เวลาเมาสุรา มักจะทำลายข้าวของและทะเลาะกับภรรยา จนมีปัญหากันบ่อย จึงตั้งใจเลิกสุราเพื่อให้ทุกอย่างดีขึ้น

7. ประเด็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้านที่เกิดขึ้น ได้แก่ การมองอดีตแล้วคิดด้านลบ การมองปัจจุบันในด้านลบ และการคาดการณ์อนาคตในด้านลบ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่าง ลักษณะความคิดด้านลบของสมาชิกในกลุ่มจากการเล่าประสบการณ์ และให้สมาชิกในกลุ่มยกตัวอย่างความคิดอัตโนมัติด้านลบของสมาชิกเจ้าของประสบการณ์และแนะนำวิธีการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ การมองภาพใหม่แก่สมาชิก ผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกแสดงการปรับความคิดอัตโนมัติและการมองภาพใหม่

8. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T8 เล่าประสบการณ์ การใช้เฮโรอีนและการดื่มสุราโดยมีวัตถุประสงค์ในการเลิกดื่มสุรา พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจาก ความรู้สึกเป็นจุดด้อยในครอบครัว เนื่องจากติดสุรา การไม่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ครอบครัวต้องอับอาย เนื่องจากพื้นฐานเดิมอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะ และเป็นที่รู้จัก ในสังคม จึงรู้สึกล้มเหลวในการเข้าสังคม

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการให้กำลังใจ เนื่องจากสมาชิกรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โดยให้สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจ
- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ
- เทคนิคการนึกคิดบำบัด โดยการแก้ไขความคิดที่ว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ตนเองเป็นผู้ล้มเหลว โดยชี้ให้เห็นว่า การเข้ารับการบำบัดครั้งนี้ ครอบครัวเป็นผู้ส่งเข้าบำบัด นั้นหมายถึง ครอบครัวให้ความสำคัญกับ T8 และให้ปรับความคิดที่ T8 นำอดีตมาตัดสินความล้มเหลวในการเลิกดื่มสุรา โดยชี้ให้เห็นว่าการเลิกครั้งนี้หากทำด้วยความตั้งใจก็สามารถเลิกได้ ให้ปรับความคิดในด้านบวก ไม่คาดการณ์อนาคตทางลบ

ผลจากการสังเกต พบว่า สมาชิกนั่งฟังอย่างสงบจนจบ เมื่อผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น มีการแสดงความคิดเห็นและซักถามอย่างต่อเนื่องเมื่อกระตุ้น T11พบว่าให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มมากขึ้น สมาชิกในกลุ่มช่วยกันกระตุ้น T11 อย่างต่อเนื่อง พบว่าบรรยากาศผ่อนคลายดี และพบว่า T8 มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มและกล่าวขอบคุณเพื่อสมาชิกที่ให้กำลังใจ

ประเด็นที่พบ T10 เล่าประสบการณ์ เกี่ยวกับการดื่มสุราจนมีปัญหาการทำงาน ต้องออกจากงาน และมีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน จึงเกิดความเครียด เบื่อหน่ายชีวิต

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ

- เทคนิคการถาม เพื่อให้สมาชิกได้เล่าเรื่องราวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสมาชิกจะเล่าแล้วหยุดเป็นบางครั้ง
- เทคนิคการเชื่อมโยง ปัญหาที่เกิดจากการตีมูลค่าจนรบกวนการดำเนินชีวิต กับความรู้สึกเครียด ท้อแท้และเกิดความซึมเศร้า
- เทคนิคการแสดงการยอมรับ ในเรื่องราวของสมาชิก
- เทคนิคการฟัง

ผลจากการสังเกต พบว่า สมาชิกสนใจ และแสดงข้อคิดเห็นเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะในช่วงที่เหตุการณ์จากประสบการณ์ของเจ้าของเรื่อง ตรงกับประสบการณ์ตรงของตนเอง การกระตุ้นด้วยคำถามเป็นระยะทำให้การดำเนินกลุ่มราบรื่น ไม่ติดขัด และเมื่อกลุ่มให้ความสนใจสอบถาม แสดงความรู้สึกร่วม พบว่า มีปัจจัยบำบัดความรู้สึกอันเป็นสากล ความผูกพันทางใจ การให้ข้อมูลเกิดขึ้น

ในช่วงท้ายเมื่อผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเรื่องภาวะซึมเศร้าจากประสบการณ์ของสมาชิกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในช่วงแรก สมาชิกยังไม่เข้าใจเรื่องความคิดอัตโนมัติ แต่ภายหลังได้รับข้อมูลมากขึ้นจากผู้นำกลุ่ม สมาชิกสามารถบอกลักษณะความคิดด้านลบของเจ้าของประสบการณ์ว่ามีความคิดใดบ้างเป็นความคิดด้านลบ และในช่วงสุดท้ายผู้นำให้สมาชิกลองปรับความคิด และมองภาพใหม่ สมาชิก สามารถบอกการปรับความคิดได้ มีบางท่านที่ต้องแนะนำเพิ่มเติม

สมาชิกเสนอให้มีการเลื่อนเวลาการทำกลุ่มมาเป็นช่วงเช้าเนื่องจาก ตอนเช้าอากาศสดชื่นกว่าช่วงบ่ายและบางท่านอยากพักผ่อนในช่วงกลางวัน กลุ่มจึงลงความเห็นให้ปรับเวลาเป็น 9.00-10.00 น.

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 4

วันที่ 8 กันยายน 2549 เวลา 9.15-10.15น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม

2. สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินการกลุ่มและเน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกในกลุ่มเป็นความลับ

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสรุปประเด็นการทำกลุ่มครั้งที่แล้ว

4. T6 จะได้กลับบ้านยังรู้สึกไม่มั่นใจว่าการรักษาครั้งนี้จะได้ผล สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจแก่ T6 และให้คำแนะนำเพื่อให้เลิกสูราได้อย่างเด็ดขาด

5. ผู้นำให้ข้อคิดในเรื่องของการมองคุณค่าในตนเอง การปรับความคิดด้านลบต่อตนเองแก่สมาชิกทุกคน และสมาชิกให้กำลังใจกันเองภายในกลุ่ม

6. ผู้นำให้ข้อคิดในเรื่องของการปรับความคิดด้านลบต่อคนอื่น การปรับความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์ในอดีต และการปรับความคิดด้านลบในการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ในอนาคต เน้นการมองเหตุการณ์ในปัจจุบันในด้านบวก เชื่อมโยงกับสถานการณ์ของ T6

7. ผู้นำสะท้อนความเปลี่ยนแปลงในทางบวกของสมาชิก เรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม การกล้าแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ การให้กำลังใจสมาชิกภายในกลุ่ม และแสดงความชื่นชมใน การที่สมาชิกบางท่าน เปิดเผยประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความมั่นใจในตนเอง และสร้างทักษะการเข้าสังคม

8. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T6 จะกลับบ้าน และกล่าวแสดงความรู้สึกแก่กลุ่มว่า “ยังรู้สึกไม่มั่นใจว่าการรักษาครั้งนี้จะได้ผล”

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้ทราบเหตุผลของความรู้สึกไม่มั่นใจผลการรักษา
- เทคนิคการกระตุ้นให้กลุ่ม แสดงความคิดเห็น ในการมีความคิดด้านลบ เกี่ยวกับการคาดการณ์ผลการรักษาในด้านลบ
- เทคนิคการให้ความมั่นใจ
- เทคนิคการสนับสนุนส่งเสริม ความสามารถในการเลิกสูราอย่างเด็ดขาดเมื่อกลับบ้าน
- เทคนิคการมองภาพใหม่ มองข้อดีของตนเองที่สามารถเลิกสูราได้ และได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้านได้ ซึ่งหมายถึง สมาชิกได้รับการฟื้นฟู และมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดกลับไปสูราได้

ผลจากการสังเกต พบว่า สมาชิกแสดงความยินดี บรรยากาศของกลุ่ม ไม่ตึงเครียด สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจและให้คำแนะนำเพื่อให้เลิกสูราผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นทุกคน พบว่า สมาชิกทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้ม ขณะให้กำลังใจเพื่อน ขณะเดียวกัน T6 ก็แสดงความ

ซาบซึ่งใจ ที่เพื่อนสมาชิกให้กำลังใจและให้ข้อคิดตนเอง ผู้นำกลุ่มให้ข้อคิดในเรื่องของการมองคุณค่าในตนเอง การปรับความคิดด้านลบ และสะท้อนความเปลี่ยนแปลงในทางบวกของสมาชิก สมาชิกยิ้มแย้ม

ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มผลัดเปลี่ยนกันให้กำลังใจ และสะท้อนข้อดีของเพื่อนสมาชิกกันเอง สมาชิกมีการกล่าวขอบคุณเพื่อน เมื่อได้รับคำชม บรรยากาศโดยรวมมีการแสดงออกถึงความเอื้ออาทรและความรู้สึกผูกพันในกลุ่มมากขึ้น

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 5

วันที่ 11 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิกบอกตักทักกลุ่มที่ และเน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสรุปประเด็นการทำกลุ่มครั้งที่แล้ว
4. ปัญหา และความรู้สึกไม่สบายใจในช่วงวันหยุดที่ผ่านมาของสมาชิก
5. การแบ่งปันประสบการณ์การนำวิธีฝึกคิดในด้านบวกไปใช้ หลังจากที่มี การทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมา
6. T 2 ได้กลับบ้านในอาทิตย์นี้ รอนัดญาติมารับ สมาชิกแสดงความยินดีและให้กำลังใจ
7. แบ่งปันเรื่องความสำเร็จและความรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิต
8. ผู้นำแจ้งการสิ้นสุดกลุ่มในครั้งต่อไป
9. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ เมื่อ T2 แจ้งกลุ่มว่าจะออกจากโรงพยาบาลอาทิตย์นี้ ผู้นำโยงเข้าสู่ประเด็น การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ให้สมาชิกแบ่งปันความรู้สึกภูมิใจในตนเอง ข้อดีของตนเอง พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจน แสดงถึงการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการแนะนำ โดยผู้บำบัดแนะนำให้สมาชิกบอก ข้อดีของตนเอง และให้สมาชิกบอก ข้อดี ของเพื่อนสมาชิก
- เทคนิคการเชื่อมโยง โดยการนำประเด็นข้อดีที่เพื่อเสนอ เชื่อมโยงสู่การมองคุณค่าใน ตนเอง และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่ตนเองภาคภูมิใจสู่การปรับความคิดด้านลบ
- เทคนิคการฟัง เรื่องราวของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกรู้สึกถึงการยอมรับและมีคุณค่าใน ตนเอง
- เทคนิคการมองภาพใหม่ โดยเฉพาะการมองตนเอง โดยใช้การสะท้อนจากกลุ่ม เพื่อเป็น ข้อมูลใหม่ที่สมาชิกได้รับรู้เกี่ยวกับตนเอง เนื่องจากสมาชิกส่วนมากมองไม่เห็นข้อดีของตนเอง การได้รับทราบข้อมูลจากคนอื่นทำให้มีการมองตนเองในแง่มุมมองใหม่

ผลจากการสังเกต พบว่า ผู้นำให้สมาชิกบอกข้อดีของตนเองทุกคนอย่างน้อย 3 ข้อ สมาชิกสามารถบอกได้บ้าง ผู้นำให้สมาชิกอื่น บอกข้อดีของเพื่อน หลังได้รับการสะท้อนข้อดีของ ตนเองภายในกลุ่ม พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีสีหน้ายิ้มแย้ม กล่าวขอบคุณเพื่อน บรรยากาศเป็น กันเอง สามารถดำเนินกลุ่มได้ดี ไม่ติดขัด สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความสนใจกลุ่มดีมาก สมาชิกบาง คนบอกว่า "เสียตายน่าจะมีการเข้ากลุ่มต่อ เนื่องจากทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น" สมาชิกบอก ความรู้สึกในการทำกลุ่มไปในทางบวก ข้อคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นการได้กำลังใจ และรู้สึกว่ามีคน เข้าใจ

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 6

วันที่ 13 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 11 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อูร์ตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินการกลุ่ม และเน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสรุปประเด็นการทำกลุ่ม 5 ครั้งที่ผ่านมา

4. การบอกความรู้สึกในการทำกลุ่ม การบอกประโยชน์ในการทำกลุ่ม 5 ครั้งที่ผ่านมา และสมาชิกบอกวิธีการนำไปใช้ในชีวิตจริง
5. สมาชิกบอกข้อคิด ปรัชญาชีวิต คำคม ที่เป็นประโยชน์ เป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต
6. นำให้กำลังใจสมาชิก และสะท้อนความเปลี่ยนแปลง ทางบวกแก่สมาชิกตั้งแต่เข้ากลุ่ม ครั้งแรก จนถึงครั้งสุดท้าย
7. ผู้นำกล่าว ปิดกลุ่ม

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T10 แสดงความคิดเห็นน้อย

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและฝึกทักษะการเข้ากลุ่ม
 - เทคนิคการสนับสนุน เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม เป็นประโยชน์แก่กลุ่ม
- ผลจากการสังเกต พบว่า T10 สามารถแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้มากขึ้น

ประเด็นปัญหาที่พบ สมาชิกรู้สึกอยากให้กลุ่มดำเนินการต่อ เนื่องจากต้องการกำลังใจ ผู้นำกลุ่มเสนอให้ สมาชิกให้กำลังใจเพื่อสมาชิก ด้วยคำคม ปรัชญาชีวิต เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการแนะนำ โดยผู้นำบัตแนะนำให้สมาชิกบอกคำคม ปรัชญาชีวิต และแนะนำให้สมาชิกกล่าวข้อความที่เป็นการเสริมสร้างกำลังใจทุกคน
- เทคนิคการสนับสนุน เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม เป็นประโยชน์แก่กลุ่ม
- เทคนิคการให้ความมั่นใจ ในการดำเนินชีวิตโดยยึดแนวทางที่ถูกต้อง
- เทคนิคการให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกมีกำลังใจในการเลิกสูราและต่อสู้กับปัญหา
- เทคนิคการแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุน เมื่อพบว่ามีปัญหา

จากการสังเกตพบว่า สมาชิกมีความกระตือรือร้น ในการบอกข้อคิด ปรัชญาชีวิต คำคม ที่เป็นประโยชน์ บรรยากาศมีความสนุกสนาน มีการพูดคุยเล่นระหว่างสมาชิกในกลุ่มเป็นระยะ สมาชิกสามารถบอกความรู้สึก และประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม และการนำข้อคิดจากกลุ่มไปใช้ได้ เมื่อถึงระยะการให้กำลังใจเพื่อน และการให้กำลังใจจากผู้นำกลุ่ม สมาชิก มีท่าทีสงบ รับฟัง บรรยากาศทั่วไปมีความอบอุ่น มีการสื่อสารทางท่าทางที่แสดงความเข้าใจ ความเป็นมิตร

ผู้นำกล่าวปิดกลุ่ม สมาชิกส่วนใหญ่ เข้าใจถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด บรรยากาศช่วงสุดท้าย มีลักษณะเงียบเหงาบ้างผู้นำกลุ่มแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อ สมาชิกต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกรับทราบข้อมูล

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2

การทำจิตบำบัดปรับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 1

วันที่ 22 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ลักษณะการดำเนินการ กลุ่ม ประโยชน์ในการทำกลุ่ม
3. สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
4. สมาชิกพูดคุยประวัติส่วนตัวเพื่อเพิ่มความคุ้นเคยในกลุ่มสรุปประเด็นได้ ดังนี้

T12 ติดสุราเนื่องจากมีเรื่องกลุ่มใจ เพราะสามีมีเมียใหม่ ไม่ได้ดื่มสุราทุกวันแต่ดื่มบ่อยวันไหนไม่ได้ดื่มก็หงุดหงิด อารมณ์รุนแรง ลูกสาวอยากให้เลิกจึงเข้ารับการรักษา

T13 ดื่มสุรามานานหลายปี เนื่องจากน้อยใจลูกและคนรอบข้าง ที่มองตนเองในทางที่ไม่ดี ทำงานหนักมากในอดีตเพื่อเลี้ยงดูบุตร 4 คน รู้สึกว่าเรื่องบางเรื่องที่ตนเองผิดพลาดไป ทำไมคนรอบข้างชอบตอกย้ำไม่เห็นใจในความดีที่ตนเองทำมา ครั้งนี้มาเลิกสุราเพราะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง

T14 ดื่มสุรามา 10 กว่าปี ตั้งแต่เรียน ปวช. ดื่มเพราะต้องเข้าสังคม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ธัญญารักษ์ 8 ครั้ง เข้ารับการรักษานานหลายครั้ง เนื่องจากแต่ละครั้งที่ออกไปแล้ว กลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องการให้คนในครอบครัว โดยเฉพาะมารดา และยายเชื่อใจ ว่าสามารถเลิกสุราได้จริงจัง แต่บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจและมัก พูดประชดประชัน จึงเกิดความน้อยใจ และประชดด้วยการดื่มสุราซ้ำ มารดาห้ามคบเพื่อนเนื่องจากกลัวการมั่วสุมดื่มสุรา ทำให้ไม่มีสังคม ต้องอยู่บ้านคนเดียว ทำงานได้เงินมาก็ให้ยาย แต่คนรอบข้างก็ไม่เคยไว้วางใจ ทำให้รู้สึกซึมเศร้า

T15 ตีมสุราตั้งแต่อายุ 15 ปี แต่ไม่ติด เริ่มติดสุราและต้องตีมทุกวัน เนื่องจาก ตอนทำงานเจ้านายคนจีนให้เงินเลี้ยงลูกน้องทุกวัน หลังเลิกงาน จึงตีมสุราทุกวัน และตีมหนักขึ้นเมื่อตกงานและมีหนี้สินจากการเล่นพนัน มาเลิกสุรารั้งนี้เนื่องจากต้องการเริ่มต้นชีวิตใหม่เพราะตนเองเป็นความหวังของมารดา

T16 ตีมสุรามาประมาณ 10 ปี เนื่องจากเหนื่อยจากการทำงาน และเพื่อนมาชวนให้ร่วมตีมสุราทุกเย็น จนติดสุรา ไม่ได้มีปัญหารุนแรงในชีวิต มีเรื่องกลุ่มใจบ้างบางครั้ง ชอบตีมสุราเพราะเวลาเครียดแล้วตีม จะทำให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น มาเลิกสุรารั้งนี้เนื่องจากว่า ภรรยาและลูกต้องการให้เลิกตีม

5. การบอกความรู้สึกในการทำกลุ่ม การบอกประโยชน์ในการทำกลุ่ม
6. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ ขณะที่สมาชิกคนอื่นเล่าประสบการณ์พบว่า T14 ไม่ค่อยมีสมาธิในการฟัง ความสนใจกลุ่มมีน้อย

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคกระตุ้นความสนใจ โดยการใช้คำถามเพื่อขอความเห็น ในประเด็นที่กำลังอภิปรายในกลุ่ม

จากการสังเกตพบว่า T14 ให้ความสนใจกลุ่มมากขึ้น

ประเด็นปัญหาที่พบ สมาชิกยังไม่เปิดเผยเรื่องส่วนตัวมาก เป็นการเล่าประวัติคร่าวๆ และในช่วงแรก สมาชิกยังมีอาการเกร็ง รู้สึกไม่เป็นกันเอง

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้สมาชิกได้เกิดปัจจัยบำบัด เกิดการให้ข้อมูลแก่กัน
- เทคนิคการกระตุ้นความสนใจ เพื่อให้สมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์น้อยได้มีการเสนอความคิดเห็น
- เทคนิคการฟัง ด้วยความตั้งใจ ทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นที่ยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- เทคนิคการแสดงการยอมรับ เรื่องการติดสุราของสมาชิกทุกคน โดยไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวตัดสิน การแสดงความยอมรับในความเป็นตัวตนของสมาชิกทำให้สมาชิกไม่รู้สึกแปลกแยก หรือโดนตำหนิ ส่งผลให้กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น
- เทคนิคการสังเกต โดยผู้บำบัดสังเกตพฤติกรรม และการแสดงออกของสมาชิกทุกคน ระหว่างการอภิปราย เพื่อประเมิน ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการสังเกตพบว่า ในช่วงแรกสมาชิกให้ความเป็นกันเองน้อย แต่เมื่อกระตุ้นด้วยคำถาม และสมาชิกมีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น บรรยากาศเริ่มลดความตึงเครียดลง การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มดีขึ้น

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 2

วันที่ 25 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็น

ความลับ

4. ผู้นำกล่าวถึงผลคะแนนการทำแบบประเมินความซึมเศร้า และเชื่อมโยงเข้าสู่เรื่องภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา สมาชิกสนทนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนี้

T14 รู้สึกน้อยใจมารดา และยาย โดยเฉพาะเรื่องการพูดซ้ำเติมตนเอง เรื่องการติดสุรา และมีปัญหาเกี่ยวกับบิดาเลี้ยงบ่อย เมื่อบอกกับมารดา ก็ไม่ได้รับความสนใจ ต้องการการยอมรับจากมารดา ในเรื่องของการกลับตัวเพื่อเลิกสุรา และการทำประโยชน์แก่กิจการขายเครื่องแก้วที่บ้าน

T13 รู้สึกไม่ชอบใจ ที่ลูกสาวพาคนอื่นมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล เพราะเกิดความรู้สึกว่าเสียหน้า ไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองมาเลิกสุราที่โรงพยาบาลเพราะรู้สึกว่าคนอื่นดูถูกตนเอง บางครั้งน้อยใจชีวิต ที่ใคร ๆ ต่างมองว่าตนเองขึ้นมา คิดว่าลูกไม่เห็นใจตนเอง ที่ลำบากมาทั้งชีวิต ในการเลี้ยงดูลูก สมาชิกในกลุ่ม ให้กำลังใจและให้ข้อคิดเห็นแก่สมาชิกเจ้าของเรื่อง

5. สมาชิกบอกประโยชน์และความรู้สึกในการเข้ากลุ่ม
6. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T14 แบ่งปันประสบการณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหาในชีวิต ผู้มีบุคลิกภาพอ่อนไหว เมื่อเล่าเรื่องราวที่สะท้อนอารมณ์ มีตาแดง รู้สึกตนเองไม่ได้รับความไว้วางใจ

รู้สึกต้องการความมั่นใจจากครอบครัว น้อยใจ มารดา และยาย รู้สึกถูกสบประมาทความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราร่างอย่างรุนแรงทุกวัน

เทคนิคที่ใช้ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้สมาชิกได้เกิดปัจจัยบำบัด เกิดการให้ข้อมูลจากสมาชิกเจ้าของเรื่อง สู่สมาชิกกลุ่ม
- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ โดยเฉพาะด้านอารมณ์
- เทคนิคการฟัง ใช้การสบตาเป็นช่วงๆ เพื่อแสดงการรับทราบข้อมูลและความรู้สึกที่สมาชิกต้องการถ่ายทอด
- เทคนิคการให้กำลังใจ เนื่องจากประเมินพบว่า สมาชิกมีความรู้สึกถูกสบประมาท รู้สึกไม่มีกำลังใจในการเลิกดื่มสุรา
- เทคนิคการปรับความคิด โดยชี้ให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (จากการบอกเล่าของสมาชิกทราบว่า เป็นบุตรที่ได้รับความไว้วางใจในการดูแลกิจการร้านค้าที่บ้าน แต่มีปัญหาการติดสุราเรื้อรัง) และความหวังดีของมารดา และยาย ซึ่งบางครั้งการแสดงออกของท่านเป็นเพียงต้องการให้สมาชิกเลิกสุราร่างอย่างเด็ดขาด
- เทคนิคการกระตุ้นความสนใจ จากสมาชิกกลุ่มให้ร่วมอภิปรายและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จากการสังเกตพบว่า ขณะที่เล่า มีลักษณะระบายออกทางคำพูดอย่างรุนแรง แสดงความรู้สึกกดดันทางสีหน้าและคำพูด เมื่อเล่าถึงมารดาและครอบครัว เมื่อเล่าประสบการณ์จบ สมาชิกคนอื่นแสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ T 14 รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่ม ดี ไม่มีการโต้เถียงเมื่อมีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

ประเด็นที่พบ T13 เล่าประสบการณ์ ขณะเล่ามีการร้องไห้เป็นระยะ น้อยใจครอบครัว และน้อยใจตนเองที่ติดสุรา จนคนอื่นดูถูก

เทคนิคที่ใช้ได้แก่

- เทคนิคการสะท้อนความรู้สึกเนื่องจากในการเล่าเรื่องช่วงแรก สมาชิกไม่รับรู้ความรู้สึก น้อยใจ เสียใจ แต่แสดงออกในรูปการโกรธ ก้าวร้าว การสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงสมาชิกจะรับทราบความเป็นไปของอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองขณะนี้ได้ดี
- เทคนิคการให้ระบายความในใจ ได้เล่าเรื่องราวที่รู้สึกเป็นทุกข์
- เทคนิคการให้กำลังใจ โดยผู้บำบัดเป็นผู้เริ่มปลอบใจและให้กำลังใจ จากนั้นสมาชิกท่านอื่น ร่วมปลอบใจและให้กำลังใจ
- เทคนิคการฟัง ในขณะที่สมาชิกเล่า ใช้การฟังเพื่อแสดงการสนใจ
จากการสังเกตพบว่า ช่วงแรกสมาชิกเจ้าของเรื่องปฏิเสธความรู้สึกที่แท้จริง แต่เมื่อผู้บำบัดสะท้อนให้เห็น สมาชิกยอมรับรู้ความรู้สึกของตนเองและเริ่มร้องไห้ระบายความในใจ เพื่อนสมาชิก

ให้ความสนใจเนื้อหาที่เป็นประเด็น และปลอดภัย ช่วงที่สมาชิกและผู้นำกลุ่มเงียบ ให้สมาชิกได้ระบายออกถึงความรู้สึกภายในใจ เป็นช่วงๆ จากนั้นสมาชิกมีการพูดคุย ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง T13 แสดงสีหน้าดีขึ้นเมื่อได้รับการปลอดภัย บรรยากาศของกลุ่มโดยทั่วไป มีความอบอุ่น เป็นกันเองมากขึ้น มีปัจจัยบำบัดเรื่อง การผูกพันทางใจ การเลียนแบบพฤติกรรม การพัฒนาทักษะ การเข้าสังคม ความรู้สึกอันเป็นสากล มีการแสดงออกถึงความเข้าใจ ความเห็นใจ ภายในกลุ่ม

สมาชิกบอกประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม ส่วนมากบอกตรงกันเรื่องของการได้แบ่งปันประสบการณ์และได้ช่วยกันคิด มีคนรับฟังปัญหา ภายหลังจากการบอกประโยชน์ เมื่อนัดหมายครั้งต่อไป สมาชิกในกลุ่มมีการหยอกล้อ T13 ว่า "ครั้งต่อไปไม่ให้บนร้องให้คนเดียว ให้มาร้องที่นี้จะเตรียมกระดาษไว้ซับน้ำตา" บรรยากาศโดยทั่วไป อบอุ่นเป็นมิตร

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 3

วันที่ 27 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อูร์ตนมณี พยาบาลวิชาชีพ

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกล่าวข้อตกลงเบื้องต้น ในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันทบทวนประเด็นการทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมา
4. ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิก เสนอเรื่องที่ต้องการสนทนา สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม และลงความเห็น ว่า ต้องการสนทนา เรื่องของแนวคิด คติสอนใจ และกำลังใจ ที่ทำให้สามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด

T12 เสนอแนวคิดสรุปประเด็นได้ว่า การเลิกสุราอยู่ที่ใจ และเมื่อตั้งใจเลิกแล้วเมื่อกลับบ้านควรเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสุราอีก เพื่อให้คนที่เรารักมีความสุข และแนวคิดในการดำเนินชีวิตได้แก่ การไม่โกรธ ไม่พยายาพาท และมองโลกในแง่ดี

T13 เสนอแนวคิดสรุปประเด็นได้ว่า การเลิกสุราอยู่ที่ตนเอง ไม่ใช่คนอื่น คนเราจะทำอะไรอยู่ความตั้งใจเท่านั้น

T14 เสนอแนวคิดสรุปประเด็นได้ว่า เรามีความสามารถ ก็ควรใช้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ บางครั้งคนอื่นอาจไม่รู้ว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ เราก็รู้ตัวเองว่าที่เราทำนั้น ดี หรือ ไม่ดี

T15 เสนอแนวคิดสรุปประเด็นได้ว่า การที่เราติดสุราเพราะตัวเราเอง แต่เราต้องเลิกดื่มสุราเพื่อคนที่เรารัก ซึ่งตนเองต้องการเลิกเพื่อลูกทั้ง 3 คน เพราะลูกเริ่มโตและต้องการให้พ่อเลิกดื่มสุรา

T16 เสนอแนวคิดสรุปประเด็นได้ว่า เรารู้ว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ คนอื่นมองว่าเราเป็นอย่างไรบ้าง แต่ตัวเราเองรู้ว่าเราเป็นอะไร ขอให้ สมาชิกทุกคนไม่ต้องหมกมุ่นใจ ขอให้ ทำให้สำเร็จ

5. สมาชิกช่วยกันเสนอสุภาสิตไทย สุภาสิตจีน และอธิบายความหมาย เพื่อใช้เป็นแนวทาง และสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต เช่น "จงอย่ากลัวที่จะเติบโตอย่างช้า ๆ แต่จงกลัวการหยุดอยู่กับที่", "ความพยายามอยู่ที่ไหน ความสำเร็จอยู่ที่นั่น", "ฝนทิ้งให้เป็นเข็ม", "คนล้มอย่าขำ", "อดีตไม่สำคัญ ปัจจุบันสำคัญที่สุด", "สวรรค์อยู่ในอก นรกอยู่ในใจ" ฯลฯ

6. ผู้นำให้สมาชิกสรุปประโยชน์และความรู้สึกในการเข้ากลุ่ม

7. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T15 เสนอเรื่องต้องการแนวคิดและคติสอนใจ ที่จะยึดมั่นในใจเพื่อเลิกดื่มสุรา และต้องการแนวคิดที่สร้างกำลังใจเมื่อพบอุปสรรคในการเลิกดื่มสุรา

เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการแนะนำ ใช้แนะนำประเด็นที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมจากที่สมาชิกเสนอ
- เทคนิคการเชื่อมโยง ใช้เชื่อมโยงสุภาสิต คำคมที่ สมาชิกเสนอเข้าสู่การให้กำลังใจ การปรับความคิดด้านลบ
- เทคนิคการสนับสนุน เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม เป็นประโยชน์แก่กลุ่ม
- เทคนิคการให้ความมั่นใจ ในการดำเนินชีวิตโดยยึดแนวทางที่ถูกต้อง
- เทคนิคการให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกมีกำลังใจในการเลิกสุราและต่อสู้กับปัญหา

สมาชิกในกลุ่มเห็นด้วย และให้ความสนใจต่อประเด็นที่เพื่อนเสนอขณะที่สมาชิกในกลุ่ม ผลัดกันเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ T16 นั่งเหม่อเป็นช่วง ต้องกระตุ้นความสนใจเป็นระยะ จากการประเมินพบว่า สมาชิกให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มการดำเนินกลุ่มระยะนี้ราบรื่นและเมื่อประเมินพัฒนาการ เกี่ยวกับทักษะการเข้าสังคม เป็นรายบุคคล

จากการสังเกตพบว่า

T12 มีทักษะการพูดที่ดีพูดจาฉะฉาน กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม แต่ยังไม่ค่อยเสนอตนเองในการเริ่มเล่าประสบการณ์ มีการเขินอายบางครั้ง แต่ดีขึ้นกว่าการเข้ากลุ่ม 2 ครั้งแรก

T13 มีท่าที่เป็นมิตรกับสมาชิกอื่นมากขึ้น มีการหยอกล้อ ลดคำพูดที่ก้าวร้าวลง มีการพูดแข่งผู้อื่น เมื่อได้รับการตักเตือนจากผู้นำกลุ่มและเพื่อนสมาชิก สามารถลดพฤติกรรมนี้ได้ และเคารพกติกากลุ่มมากขึ้น

T14 มีภาวะผู้นำสูง สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกอื่นได้ดี ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ชอบเสนอแนวคิดและแสดงความคิดเห็น

T15 เข้ากับผู้อื่นได้ดี มีมารยาทในการพูด ท่าทางแสดงความเป็นมิตรกับบุคคลอื่น สุภาพ ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกอื่น มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำสูงระหว่างเข้ากลุ่ม

T16 แสดงออกถึงท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม พูดน้อย บางครั้งสมาธิในการสนทนากับผู้อื่นน้อย เมื่อกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นสามารถทำได้ดี สุภาพ

สรุปโดยรวมพบว่า สมาชิกเรียนรู้ในการปฏิบัติตามกติกาของกลุ่ม เรียนรู้ทักษะการสนทนากับบุคคลอื่น และพบว่าการแสดงออกด้วยท่าทาง และคำพูดโดยรวมสุภาพ มากขึ้น

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 4

วันที่ 29 กันยายน 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อูร์ตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. สมาชิกบอกข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็น

ความลับ

4. T12 เล่าประสบการณ์ของตนเอง เกี่ยวกับการติดสุรา และลูกต้องการให้เลิก บางครั้งลูกแสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจรู้สึกน้อยใจและไม่ยอมให้ตนคบเพื่อนบ้าน เพราะกลัวว่าจะไปดื่มสุราอีก ทำให้ตนเองขาดสังคม บางครั้งรู้สึกเหงามาก มาครั้งนี้ตั้งใจมาเลิกสุราเด็ดขาดแต่อยากให้

ลูกและครอบครัวไว้วางใจ ให้กำลังใจตนเอง เพราะรู้สึกว่าการเลิกสูราเป็นเรื่องที่ต้องพยายามจึงต้องการกำลังใจ ไม่อยากให้ซ้ำเติมและพูดถึงอดีตที่ผ่านมา

5. T13 น้อยใจลูกสาว เพราะบอกว่าจะมาเยี่ยมเมื่อวานแล้วไม่มา (ผู้ป่วยร้องไห้) สมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันปลอบใจ และปล่อยให้ระบายความรู้สึก จากนั้นสมาชิกช่วยกันสร้างบรรยากาศให้สนุกสนานโดยการหยอกล้อ

6. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงประสบการณ์ ของ T13 เข้าสู่ประเด็นการคิดอัตโนมัติด้านลบ และการฝึกการจับความคิดด้านลบ

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ T13 ยังคงแสดงอาการซึมเศร้า บอกว่าลูกสาวไม่มาเยี่ยมตามนัด(ร้องไห้)
เทคนิคที่ใช้ ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้า
- เทคนิคการให้ระบายความในใจเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์
- เทคนิคการฟัง เพื่อแสดงการรับทราบข้อมูลและความรู้สึกที่สมาชิกต้องการถ่ายทอดเกี่ยวกับความน้อยใจบุตร
- เทคนิคการให้กำลังใจ
- เทคนิคการมองภาพใหม่ และการปรับเปลี่ยนความคิด โดยชี้ให้เห็นว่า บุตรอาจมีความจำเป็นที่ไม่มา เนื่องจากเมื่อวานนี้ฝนตก อาจทำให้เดินทางลำบากหรืออาจมีเหตุผลส่วนตัว
- เทคนิคการเชื่อมโยง เรื่องราวที่เกิดขึ้นของ T 13 กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

จากการสังเกตพบว่า กระบวนการกลุ่มสามารถช่วยระดับประคองความรู้สึกของสมาชิกได้ดี นอกเหนือจากเทคนิคที่ผู้บำบัดใช้ พบว่าสมาชิกคนอื่นช่วยกันปลอบใจ สมาชิกช่วยกันพูดให้ คิดในด้านดี เช่น “ลูกอาจติดฝน เพราะเป็นช่วงฝนตกหนัก” , “ป้าร้องไห้แบบนี้ ตัวเองไม่สบายใจ และลูกเค้าเห็นก็คิดมากว่าพาแม่มาทรมาน,” “อย่าร้องไห้ดูซิคนอื่นบางคนญาติไม่เคยมาเยี่ยม ยังอยู่ได้เลย” ฯลฯ หลังจากร้องไห้สักพัก และสมาชิกช่วยกันปลอบใจ T 13 ดีขึ้น สีหน้าสบายใจ ยิ้มได้ การดำเนินกลุ่มมีความต่อเนื่อง ไม่มีการหยุดชะงัก ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ T13 เล่า กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ช่วงแรกสมาชิกยังไม่ค่อยเข้าใจ แต่เมื่อผู้นำกลุ่มอธิบาย สมาชิกสามารถบอกได้ว่าความคิดด้านลบเป็นความคิดด้านลบ ยกเว้น T13 ที่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าความคิดไหนของตน เป็นความคิดด้านลบ เมื่อเพื่อนสมาชิกชี้ให้เห็นว่าความคิดของ T13 จุดไหนที่เป็นความคิดด้านลบ สมาชิกเข้าใจมากขึ้น

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 5

วันที่ 2 ตุลาคม 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อูร์ตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม
3. สมาชิกบอกข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่มเน้น การเก็บข้อมูลสมาชิกเป็น

ความลับ

4. สมาชิกพูดคุยประวัติส่วนตัวในเรื่องที่ภูมิใจ และคิดว่าเป็นความสำเร็จของชีวิตดังนี้

T12 บอกว่าตนเองไม่ค่อยมีเรื่องอะไรที่น่าภาคภูมิใจ แต่คิดว่าตนเองเป็นคนมองโลกในแง่ดี ไม่ค่อยมีปัญหากับใคร มีลูกที่ดีกำลังศึกษาอยู่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ นั้นเป็นสิ่งที่ตนเองภูมิใจ

T13 บอกว่าตนเองเป็นคนเลี้ยงลูกมาคนเดียว ทำงานเกี่ยวกับก่อสร้างได้ทั้งหมด ตั้งแต่รากฐานจนถึงตกแต่ง มีประสบการณ์สร้างอาคารและโรงเรียน ช่วงหลังเริ่มมีเงินเก็บก็มาเป็นผู้รับเหมาจรรยาฐานะดีขึ้น เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว

T14 บอกว่าตนเอง มีความสามารถในการทำงานได้หลากหลายประเภท เช่น ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานขายของ งานโรงพิมพ์ของที่บ้าน เซพแผนกขนมและของว่างในโรงแรม เปิดร้านขายเครื่องแก้วน้าเข้า เป็นต้น และเป็นคนที่ประสบความสำเร็จในการทำงานและการเงิน

T15 เป็นหัวหน้างานที่เจ้านายไว้วางใจ เป็นที่รักใคร่ของหัวหน้างาน ภูมิใจที่มีครอบครัวที่อบอุ่นพี่น้อง รักกัน

- T16 ภูมิใจที่มีครอบครัวและภรรยาที่ดี เป็นที่รักของเพื่อนและญาติพี่น้อง

5. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงการเห็นคุณค่าในตนเอง

6. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเด็นที่พบ พบว่าปัญหาที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกซึมเศร้าคือ การถูกมองว่าติดสุรา และประเมินพบว่า สมาชิกในกลุ่มยังสามารถบอกข้อดีของตนเองได้ แต่การมองคุณค่าในตนเองลดน้อยลง เพราะประเมินจากการกระทำที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง

เทคนิคที่ใช้ได้แก่

- เทคนิคการถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความภาคภูมิใจของสมาชิกแต่ละคน เพื่อนำเป็นข้อมูลในการค้นหาจุดแข็งของสมาชิกแต่ละคน
- เทคนิคการฟัง เพื่อแสดงการรับทราบข้อมูลและการฟังและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง
- เทคนิคการให้กำลังใจ
- เทคนิคการเชื่อมโยง เรื่องราวที่เกิดขึ้น และความสำเร็จในอดีต กับความพยายามในปัจจุบัน

จากการสังเกตพบว่า ขณะเล่าประสบการณ์ของตนเอง สมาชิกมีท่าที ยิ้มแย้ม ผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวชื่นชมเพื่อนสมาชิกถึงความสำเร็จในอดีต สมาชิกทุกคนสามารถเล่าประสบการณ์ได้อย่างราบรื่น เมื่อผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง สมาชิกรับทราบ T14 ให้ความเห็นว่า "เราต้องมองถึงข้อดีของเราก่อน คนอื่นถึงจะเห็นว่าเราดี" เพื่อนสมาชิกสะท้อนข้อดีของสมาชิกในกลุ่ม บรรยากาศเป็นกันเองมีการหยอกล้อในกลุ่ม สีหน้าและท่าทางของสมาชิกแสดงออกถึงความภูมิใจ เมื่อได้รับความชื่นชมสมาชิก รู้สึกดีในการทำกลุ่ม รับทราบว่าครั้งต่อไปเป็นครั้งสุดท้ายที่จะทำกลุ่มจิตบำบัด T14, T15 บอกว่าเสียดายน่าจะมีการทำกลุ่มต่อไปเรื่อย เพราะรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการทำกลุ่ม

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 6

วันที่ 4 ตุลาคม 2549 เวลา 9.00-10.00 น.

สถานที่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต สถาบันธัญญารักษ์

จำนวนสมาชิก 5 คน

ผู้นำกลุ่ม นางสาวสุจิตรา อุรัตนมณี พยาบาลจิตเวช

ผู้สังเกตการณ์ นางสาวสุภาวดี อุรัตนมณี พยาบาล

สมาชิก ผู้ป่วยชาย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อกลุ่ม ทั้งผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม แจ้งการสิ้นสุดกลุ่ม

3. สมาชิกบอกข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่ม เน้นการเก็บข้อมูลสมาชิกเป็นความลับ

4. ผู้นำสอบถามความรู้สึกทั่วไปขณะนี้ และสอบถามการนำข้อคิดที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปปรับใช้ ในเรื่องของการมองโลกในแง่ดี ปรับความคิดทางบวก การคิดถึงข้อดีของตนเอง การร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งสมาชิกแสดงความคิดเห็นสรุปได้ดังนี้

T12 รู้สึกสบายใจขึ้น มีกำลังใจในการออกไปสู่โลกภายนอก เพราะวันศุกร์จะออกจากโรงพยาบาล และจะนำประโยชน์ ข้อคิดที่เพื่อนสมาชิกให้ ไปใช้เพื่อเลิกสูรยาอย่างจริงจัง

T13 มีบางครั้งที่ยังร้องไห้เมื่อคิดถึงลูก ได้ลองใช้การพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้น เพื่อช่วยให้รู้สึกดีขึ้นตามที่เพื่อน ๆ แนะนำ รู้สึกว่าเครียดน้อยลง

T14 ชอบการฝึกคิดในด้านบวก เพราะคิดว่าเวลาที่คิดด้านลบทำให้ชีวิตไม่สดใสและไม่สบายใจ ที่ผ่านมามองจับความคิดด้านตัวเอง และเปลี่ยนความคิดเป็นด้านบวก รู้สึกสบายใจมากขึ้น

T15 ตอนนี้รู้สึกสบายใจมากขึ้น รู้สึกว่ามาอยู่ที่นี่เราทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่คนอื่นได้มาก ตอนนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่ ช่วยพยาบาลดูแลผู้ป่วยใหม่ที่เข้ามารับการรักษา เพราะตอนนี้เป็นหัวหน้าห้อง ชอบการปรับความคิดด้านบวกที่ได้รับคำแนะนำ เพราะทำให้สบายใจไม่รู้สึกเป็นทุกข์ในเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น

T16 รู้สึกว่าดีมากขึ้นได้มารู้จักคนอื่น ตอนนี้อายากกลับบ้านไปเริ่มต้นใหม่จะเลิกสูรยาอย่างเด็ดขาด

การประเมินผล

สมาชิกให้ความสนใจดีช่วงเริ่มกลุ่มซักถามเรื่องการปิดกลุ่มในวันนี้ส่วนใหญ่ต้องการให้สัมพันธ์ภาพ และมีมิตรภาพระหว่างสมาชิก ดำเนินต่อไปแม้จะไม่มีการทำกลุ่ม การดำเนินการกลุ่มทั่วไปราบรื่น สมาชิกส่วนใหญ่ สามารถบอกประโยชน์จากการทำกลุ่ม และบอกความรู้สึกเมื่อนำข้อแนะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สมาชิกสามารถยอมรับการสิ้นสุดการทำกลุ่มได้ มีการแสดงออกถึงสัมพันธ์ภาพในการบำบัดอย่างเหมาะสม สมาชิกได้ฝากข้อคิด และให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม การดำเนินการปิดกลุ่มเรียบร้อย

สรุปเทคนิคที่ใช้ในการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ในผู้เสพยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยใช้เทคนิค ในการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มหลายเทคนิคด้วยกันในการบำบัด สรุปได้ดังนี้

1. เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques)

โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตนในการการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิด และแก้ไขความคิดให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสม ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (Surface) ทั้งแบบคำพูด (Verbal) และจินตลักษณะ (Pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยที่ตนเองไม่สามารถบังคับหรือฝันได้ ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกฝนในการจับความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเองก่อนจึงสามารถเปลี่ยนความคิดใหม่ได้

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น ในการทำกลุ่มครั้งที่ 3

L : "เมื่อสักครู่นี้สมาชิกของเราได้เล่าประสบการณ์จบแล้ว สมาชิกท่านใดสามารถบอกเพื่อนได้ว่าความคิดด้านใดของคุณ T 5 เป็นความคิดด้านลบ"

T1 : จากที่ T 6 บอกว่า "การเข้ารับการบำบัดครั้งนี้ไม่ได้ผลแน่ ๆ" เป็นความคิดด้านลบ

2. เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing)

ช่วยให้ลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยให้ข้อมูลใหม่เพื่อให้มองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำ

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การทำกลุ่มครั้งที่ 1

T5 : "ผมเป็นคนอภัพตาก็บอด และเป็นคนจน ไม่มีใครคบ อยากมีเพื่อนก็เลยดื่มเหล้าจะได้มีเพื่อน"

L : "คุณบอกว่า คุณเป็นคนอภัพเพราะตาบอด ตอนนี้อยู่ด้านซ้ายมองไม่เห็น แล้วทางด้านขวาจะคะ"

T5 : "มองเห็นครับ บางครั้งก็ไม่ชัด สายตาสั้น"

L : ยิ้ม ขณะสนทนา มองสบตา "ก่อนหน้าเข้ารับการบำบัดนี้ คุณทำงานอะไรคะ"

T5 : "ทำร้านเหล็กครับ พอดีสุรา เจ้าของร้านก็ส่งมารักษาเจ้านายดีมาก"

L : "คุณตาบอดข้างซ้าย แต่ตาขวายังมองเห็น และยังทำงานมีอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และการที่เจ้านายส่งคุณมารักษาแสดงว่าเจ้านายต้องให้ความสำคัญกับคุณ และคุณคงมีความสามารถในการทำงาน ได้ถูกใจเจ้านายจึงได้ยอมเสียเงินเพื่อรักษาคุณให้หาย"

T5 : ยิ้มรับ "เจ้านายเค้าเมตตาครับ อยู่มานาน"

การแสดงออกของ T5 แสดงถึงความภูมิใจในความสามารถของตนเองด้านการทำงาน

3. การให้ความมั่นใจ การให้กำลังใจ (Reassurance)

เป็นการพูด หรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อหรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่ง เป็นผลรวมของความ เป็นจริง เน้นให้ผู้ป่วยกลับมองชีวิต และสถานการณ์ด้านบวก อย่างมี ความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในทางลบ

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การทำกลุ่มครั้งที่ 4 ช่วงประเด็นที่ T 6 จะกลับบ้าน และไม่มั่นใจใน ตนเองและการบำบัดว่าจะได้ผล

L : "คุณ เข้ารับการบำบัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 แล้วและครั้งที่แล้วคุณเลิกได้เกือบ 2 ปี ครั้งนี้ขณะมา รับการรักษา คุณสามารถตีพิมพ์ได้และปฏิบัติตัวระหว่างอยู่โรงพยาบาลดีมาก ดิฉันเชื่อว่าจาก ประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ที่แล้ว บวกกับ ความตั้งใจในการบำบัดครั้งนี้ คุณต้องสามารถเลิกตีพิมพ์ สูบบุหรี่ได้แน่นอนค่ะ"

4. การระบายความในใจ (Ventilation) และการแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect)

ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด การได้ระบาย และมีผู้รับฟังช่วยให้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ของตนเองผลัดเปลี่ยนกันทุก ครั้งในการทำกลุ่ม

L : "วันนี้ คุณ T4 รู้สึกไม่สบายใจ รีเปล่าคะ คูสีหน้าไม่สบายเลย"

T4 : "เมื่อเช้าโทรหาภรรยา บอกกับเค้าว่าผมจะให้กลับบ้านแล้ว แต่ผมยังไม่อยากกลับ กลัวทำ ใจไม่ได้ กลับไปตีพิมพ์อีก....." (ยกตัวอย่างมาบางส่วน) สีหน้ากังวล

5. เทคนิคการฟัง (Listening)

ผู้รักษาต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้ โดยมีท่าทีสนใจ ซึ่งผู้บำบัดใช้ทุก ครั้งในการทำกลุ่มบำบัด ในช่วงที่สมาชิกเล่าประสบการณ์และเสนอข้อคิดเห็น

6. การแสดงความยอมรับ (Acceptance)

คือ การรับฟังด้วยการเห็นใจเข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบ และ ไม่ได้แย้งใด ๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่นึกว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุยไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ เป็นการ ให้สมาชิกกลุ่มชี้ปัญหาของตนด้วยตนเอง

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งที่ 2 ผู้บำบัดต้องการทำกลุ่ม ให้ครอบคลุม ประเด็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่ธรรมชาติ และความต้องการของกลุ่มต้องการพูดคุยประเด็นที่เป็น ปัญหาของกลุ่ม คือ เรื่องการตีพิมพ์ การต้องการเริ่มต้นชีวิตใหม่ และประสบการณ์การตีพิมพ์ ซึ่ง ผู้บำบัดต้องยอมรับ ความต้องการของสมาชิกความคิดเห็น และใช้การเชื่อมโยงสู่ประเด็นโรค ซึมเศร้าในผู้เสพยาสูบ ตามความเหมาะสมของเนื้อหาที่สมาชิกกลุ่มพูดถึง เป็นต้น

7. การสังเกต (Observation)

ได้แก่ การสังเกตท่าทีการแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่มโดยอาศัยการสื่อความหมายโดยใช้คำพูดได้ตอบ หรือไม่ใช้คำพูดก็ได้ ซึ่งผู้บำบัดใช้ตลอดเวลาการทำกลุ่ม เพื่อประเมินปัญหาของสมาชิกแต่ละคน และแก้ไขปัญหานั้น

8. การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation)

มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรก ๆ เมื่อเริ่มกลุ่มและสมาชิกยังไม่กล้าพูดกันผู้รักษาจะเป็นผู้กระตุ้นความสนใจ โดยพูดเรื่องที่สมาชิกสนใจนำไปสู่การอภิปราย

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น ในการทำกลุ่มครั้งที่ 1 สมาชิกยังไม่คุ้นเคยกัน

L: "วันนี้เป็นครั้งแรกในการทำกลุ่ม เพื่อนสมาชิกอยากรู้จักคนที่นั่งข้าง ๆ ใหม่คะว่าเป็นใคร มาจากไหนกันบ้าง"

T8 : "อยากรู้จักครับ บอกด้วยว่าดื่มสุรามานานรึยัง มาที่นี่กี่ครั้งแล้ว"

9. การถาม (Questioning)

การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการตั้งคำถามแบบกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป

10. การเงียบ (Silence)

ผู้บำบัดใช้เมื่อ สมาชิกต้องการระบาย หรือ ใช้เมื่อต้องการ ให้สมาชิกคนอื่นแสดงความคิดเห็น ซึ่งเทคนิคการเงียบผู้บำบัด ต้องประเมิน พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ด้วย

11. การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection)

ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องต่าง ๆ ที่พูดกัน เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม หรือเชื่อมโยงประเด็นการสนทนาไปในเรื่องที่ต้องการ ให้กลุ่มได้ประโยชน์จากประเด็นการสนทนานั้น

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การเชื่อมโยงประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม เข้ากับเรื่องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ

L : "การที่คุณเล่าว่า คุณติดสุราจนเสียคนและทำไม่ได้ไว้มาก คนในครอบครัวเชื่อมระอา ทำให้คุณรู้สึกว่ายากในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ ซึ่งการคิดเช่นนี้เรียกว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นเอง เกิดจากการแปรประสบการณ์ ในอดีตของตนเองในด้านลบ แล้วนำไปคาดการณ์ว่า อนาคตจะเหมือนกับอดีตที่ผ่านมา" เป็นต้น

12. การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement)

การให้ความสนับสนุนในความคิด การกระทำและแผนการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประโยชน์ ต่อผู้ป่วย

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น เมื่อ T2 ได้รับแจ้งว่าจะกลับบ้านอาทิตย์นี้ และจะกลับไปช่วยที่สาวขายของและเก็บเงินสร้างตัว

L : “ดีใจด้วยที่คุณจะได้กลับบ้าน ได้กลับไปช่วยที่สาวขายของ เหมือนเดิม และเป็นความคิดที่ดีมาก ๆ ในการคิดเก็บเงินเพื่อสร้างครอบครัว คุณต้องทำสำเร็จตามที่ตั้งใจแน่นอนค่ะ”

13. การแนะแนวหรือแนะนำ (Guidance or advice)

เป็นการพูดถึงหลักการทั่วไป การปฏิบัติตน การแก้ปัญหา การวางตัวในสังคม การให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ผู้บำบัดสามารถชี้ทางแก่ผู้ป่วย ให้คำปรึกษาโดยการช่วยสำรวจสถานการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ความรู้สึก ข้อดี ข้อเสีย และอาจให้ผู้ป่วยเป็นผู้เป็นผู้ตัดสินใจเอง

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น ผู้นำกลุ่มให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการปรับความคิดด้านลบเรื่องภาวะซึมเศร้า ในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1-4

L : “จากการที่เราได้พูดคุยเรื่องภาวะซึมเศร้า ซึ่งสมาชิกในกลุ่มได้ช่วยกันบอกความหมาย ตามความเข้าใจ สมาชิกคงพอทราบกันแล้วว่าความซึมเศร้าหมายถึงอะไร ดิฉันจึงขอเพิ่มเติมบางส่วนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้ทราบ ภาวะซึมเศร้าหมายถึง.....” ผู้นำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมแก่สมาชิกในการทำกลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาผู้นำบัตชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น

T6 : “ถ้าหนูออกจากโรงพยาบาลไป หนูจะต้องให้อยู่บ้านเฉย ๆ แม่เลย หนูเบื่อ หนูอยากกลับไปทำงานเร็ว ๆ แต่หนูยังไม่รู้จะบอกที่บ้านยังไงดี” ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวลทางสีหน้า

L : “คุณลองถามถึงเหตุผลกับคุณน้าดูก่อน ว่าท่านมีเหตุผลอะไรในการไม่ให้คุณออกไปทำงาน แล้วคุณลองอธิบายเหตุผลของตนเอง ในการที่คุณต้องการออกไปทำงานกับคุณน้าดูก่อน ดิฉันเชื่อว่าการคุยกันด้วยเหตุผล จะสามารถหาทางออกในเรื่องนี้ได้” เป็นต้น

14. การใช้คำถามป้อนกลับ (Feed-back)

เป็นเทคนิคการป้อนคำถามกลับไปยังผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยตั้งคำถามขึ้นมาแทนการตอบคำถาม ซึ่งอาจป้อนคำถามกลับไปยังตัวผู้ป่วยเอง หรือป้อนคำถามกลับไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น

T12 : “คุณพยาบาลเห็นผมแล้ว คิดว่าผมเหมือนคนติดยาเสพติดไหมครับ?” ผู้ป่วยขณะถามไม่สบตา

L : “ทำไมคุณคิดว่า เมื่อดิฉันมองคุณแล้วจะคิดว่าคุณติดยาเสพติดละคะ ?” ผู้บำบัดใช้น้ำเสียงสุภาพมองสบตาขณะถาม จากนั้นใช้เทคนิคการเงียบ (Silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ทบทวนความรู้สึกของตนเองแล้วระบายความรู้สึกออกมา (Ventilation)

T12 : “ผมเข้ามาที่นี่ ป้ายโรงพยาบาลเขียนว่าบำบัดผู้ติดยาเสพติด ผมคิดเหล้าหมอบอกว่าก็เป็นยาเสพติด ผมไม่ชอบให้ใครมองว่าผมเป็นคนติดยาเสพติด”

15. การสรุปความ (Summarizing)

ใช้เมื่อพูดปัญหาหลายแง่มุม แล้วสรุปเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นที่พูดเรื่องอะไรบ้าง แล้ว ผู้บำบัดใช้ ทุกครั้งในการทำกลุ่ม มีการสรุปเป็นช่วง ๆ เพื่อให้สมาชิก เข้าใจประเด็นการสนทนา และสรุปความในช่วงระยะสุดท้าย

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การทำกลุ่มครั้งที่ 4 ผู้บำบัด สรุปประเด็นความคิดด้านลบเป็นช่วงๆ

L : "วันนี้เราคุยกันได้ประโยชน์หลายเรื่อง เริ่มตั้งแต่ การเล่าประสบการณ์ของสมาชิก การคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้าความรู้สึกไม่สบายใจ และเรื่องสุดท้ายคือเรื่อง....." เป็นต้น

นอกเหนือจากการใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ในการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้จัดการบำบัดในรูปแบบของจิตบำบัดแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ ยาลอม เพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ทั้ง 11 ปัจจัย เป็นกลไกร่วมกัน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ปัจจัยที่เกิด ในการบำบัดแต่ละครั้งมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดในการกระตุ้นให้กระบวนการกลุ่มดำเนินอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกระตุ้นกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย

สรุป การเกิดปัจจัยบำบัด ตามระยะกลุ่มได้ดังนี้

1. ระยะเริ่มกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่

1.1 ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) พบว่า ระยะเริ่มกลุ่มเมื่อสมาชิกได้มีการแนะนำตัว จะเริ่มมีสัมพันธภาพต่อกัน ในการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 1 ความรู้สึกผูกพันทางใจในระยะเริ่มกลุ่มจะไม่ชัดเจนมาก เนื่องจากเป็นการทำความรู้จักกันครั้งแรก ครั้งที่ 2-6 สมาชิกให้ความสนิทสนมกันมากขึ้น ครั้งที่ 4 ในระยะสิ้นสุดกลุ่มสมาชิก มีความคิดตรงกันว่ามีความสนิทสนมกันมากขึ้น คู่กันเคยกัน (จากการสรุปประโยชน์และบอกความรู้สึกในการทำกลุ่มช่วงสุดท้าย)

1.2 ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) เกิดในช่วงของการรับรู้วัตถุประสงค์การทำกลุ่มจากผู้นำกลุ่ม และจากการเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการเลิกดื่มสุรา การได้รับกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่ม และได้รับแรงเสริมทางบวกจากสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม

1.3 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เกิดในช่วงของการแนะนำตนเองต่อสมาชิกในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็นในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกจะได้ประโยชน์ มากหรือน้อยจากปัจจัยนี้ ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้มีการแสดงความคิดเห็นต่อกลุ่มอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทักษะในการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.4 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) ปัจจุบันนี้เกิดได้หลายช่วง เช่น เกิดในช่วงที่ผู้นำกลุ่ม แนะนำกระบวนการกลุ่ม ที่ต้องการให้สมาชิกช่วยเหลือกันเอง โดยการนำประสบการณ์ และความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์มาช่วยกลุ่ม ,การสะท้อนข้อดีของสมาชิก จากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มการที่เพื่อนสมาชิกให้ความสนใจขณะที่สมาชิกเล่าประสบการณ์ หรือแสดงความคิดเห็น การได้รับคำขอบคุณ สำหรับข้อเสนอแนะ และการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิก เป็นต้น

1.5 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เกิดเมื่อสมาชิกรับทราบ ว่าสมาชิกทั้งหมดเป็นผู้เสียดูราและมีภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกันทราบว่ามีปัญหาลักษณะเช่นเดียวกัน ได้แบ่งปันประสบการณ์ เช่น ปัญหาที่สมาชิกรู้สึกว่าเหว และไม่มีที่ปรึกษา ซึ่งสมาชิกในกลุ่มหลายคนให้ความเห็นว่ามีความรู้สึกเดียวกัน เป็นต้น

2. ระยะดำเนินการกลุ่ม ปัจจัยนำบัตที่เกิดได้แก่

2.1 การได้ระบายออก (Catharsis) เกิดในช่วงที่สมาชิกเล่าประสบการณ์ มีการแสดงความรู้สึกด้วยคำพูด ท่าทาง เมื่อเล่าประสบการณ์ของตนเอง เช่น T7 "เริ่มติดสุราก็ตอนที่ สามมีไปมีเมียน้อย 3 คน รู้สึกทำใจไม่ได้ ตอนแรกที่รู้ เพราะเมียน้อยโทรมา ไม่ร้องให้ พูดกับเค้าดี ๆ แต่พอวางสายร้องไห้ตลอดเลย เล่าให้พ่อฟังก็ไม่ได้ มันกลุ่มเลยต้องดื่มเหล้า " ขณะที่สมาชิกเล่าประสบการณ์ น้ำเสียงสั่น ขอบตาแดง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการระบายความคับข้องใจที่อยู่ภายใน สมาชิกรับรู้ว่ามี คนรับฟังปัญหา และแสดงออกถึง ความเข้าใจ เข้าใจ ทำให้สมาชิกเจ้าของเรื่องรู้สึกผ่อนคลายเมื่อได้ระบายความรู้สึก

2.2 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เป็นปัจจัยที่เกิดได้ทุกระยะเช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น การที่สมาชิกกลุ่มมีการตั้งคำถามกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน มีการซักถามผู้นำเมื่อเกิดข้อสงสัย เช่น T4 "ในกลุ่มนี้ ใครเคยเป็นเหมือนผมบ้าง เวลากินเหล้าแล้วช่วงแรกก็สนุกดี พอเริ่มเมาแล้วคิดมาก ก็เริ่มเครียด " นอกจากนี้สมาชิกมีการเรียนรู้การสื่อสารด้วยท่าทาง การสบตาผู้อื่นขณะสนทนา เหล่านี้เป็นต้น

2.3 การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) เกิดตลอดเวลาขณะเข้ากลุ่ม เป็นการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียนรู้ที่จะทำตามข้อตกลงของกลุ่ม การรักษามารยาทในการเข้ากลุ่ม ปัจจัยนี้อาจเกิดควบคู่กับปัจจัยในเรื่องของการเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิกด้วยกันเอง และจากผู้นำกลุ่ม

2.4 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเล่าประสบการณ์ และมีเพื่อนสมาชิกให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อคิด และกำลังใจก็รู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่น

2.5 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เกิดเมื่อสมาชิกเล่าประสบการณ์ และมีหลายประเด็นที่สมาชิกรู้สึกว่าเป็นปัญหาที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง และปัญหาเหล่านี้เกิดกับคนอื่น

เช่นกัน เช่น การพูดคุยเรื่องภาวะซึมเศร้า และความต้องการที่จะระบายความรู้สึกเวลาเครียด ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าไม่มีผู้รับฟังปัญหา มองว่าผู้ติดสุราเป็นคนขี้เมา เป็นต้น

2.6 การให้ข้อมูล (Imparting of information) เกิดในช่วงที่สมาชิกให้ข้อมูล ในเรื่องของประสบการณ์ของตนเอง และในส่วนของ การให้ข้อมูลจากผู้นำ เกิดขึ้นเป็นระยะ เช่น การให้ข้อมูลเรื่องภาวะซึมเศร้า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการกลุ่ม เป็นต้น

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่

3.1 การเห็นความจริงของชีวิต (Existential factor) เกิดในช่วงที่ผู้นำสรุปเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตและสมาชิกรับรู้ว่าเป็นจริงทุกคนมีปัญหาและปัญหาแต่ละคนก็แตกต่างกันไป สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่างบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง

3.2 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) เกิดช่วงที่ผู้นำชื่นชม สมาชิกกลุ่มในการช่วยเหลือให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิกที่มีปัญหา และการบอกประโยชน์จากการทำกลุ่มในช่วงสุดท้ายเป็นการสะท้อนให้เห็นคุณค่าของตนเอง ของสมาชิกทุกคนในการที่มีส่วนร่วมทำให้เกิดประโยชน์ในการทำกลุ่ม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางเปรียบเทียบ การเกิดปัจจัยบำบัดในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยบำบัดในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 6 ครั้ง ในกลุ่ม
ทดลองกลุ่มที่ 1

ประเภทของปัจจัยบำบัด	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
	1/9/49	4/9/49	6/9/49	8/9/49	11/9/49	13/9/49
1. การรู้คุณค่าของตนเอง		✓	✓	✓	✓	✓
2. การผูกพันทางจิตใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. การมีความรู้สึกเป็นสากล	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. การมีมนุษยสัมพันธ์ต่อกัน	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. การให้ข้อมูล	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. การได้ระบายออก	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. การได้เลียนแบบ		✓	✓	✓	✓	✓
8. การรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัว เดียวกัน		✓	✓	✓	✓	
9. การเข้าสังคม	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. การรู้สึกมีความหวัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11. การได้เรียนรู้ความจริงของ ชีวิต	✓	✓	✓	✓	✓	✓

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยบำบัด ทั้ง 11 ปัจจัย เกิด ได้เกือบทุกครั้งในการทำจิตบำบัด
แบบกลุ่มซึ่งในการทำกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง พบว่า ปัจจัยที่เกิดทุกครั้ง ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจ
การมีความรู้สึกเป็นสากล การมีมนุษยสัมพันธ์ต่อกัน การให้ข้อมูล การได้ระบายออก การเข้า
สังคมความรู้สึกมีความหวัง การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต และปัจจัยบำบัดที่พบน้อยที่สุด ได้แก่
การรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน

ตารางที่ 2 ปัจจัยบำบัดในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 6 ครั้ง ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2

ประเภทของปัจจัยบำบัด	ครั้งที่ 1 1/9/49	ครั้งที่ 2 4/9/49	ครั้งที่ 3 6/9/49	ครั้งที่ 4 8/9/49	ครั้งที่ 5 11/9/49	ครั้งที่ 6 13/9/49
1. การรู้คุณค่าของตนเอง		✓	✓	✓	✓	✓
2. การผูกพันทางจิตใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. การมีความรู้สึกเป็นสากล	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. การมีมนุษยสัมพันธ์ต่อกัน	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. การให้ข้อมูล		✓	✓	✓	✓	✓
6. การได้ระบายออก	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. การได้เลียนแบบ		✓	✓	✓	✓	✓
8. การรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน		✓	✓	✓	✓	
9. การเข้าสังคม	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. การรู้สึกมีความหวัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11. การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต		✓	✓	✓	✓	✓

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยบำบัด ทั้ง 11 ปัจจัย เกิด ได้เกือบทุกครั้งในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มซึ่งในการทำกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง เช่นเดียวกับกับกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และพบว่า ปัจจัยที่เกิดทุกครั้ง ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจ การมีความรู้สึกเป็นสากล การมีมนุษยสัมพันธ์ต่อกัน การได้ระบายออก การเข้าสังคม ความรู้สึกมีความหวัง การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต และปัจจัยบำบัดที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ การรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งลักษณะการเกิดปัจจัยในการบำบัดคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1

2.2 การกำกับการทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองด้วย แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ตารางที่ 3 ตาราง แสดงคะแนน การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง n = 16 คน	ค่าคะแนนก่อนทดลอง (เต็ม 30 คะแนน)	ค่าคะแนนหลังทดลอง (เต็ม 30 คะแนน)
T1	9	4
T2	10	5
T3	25	20
T4	18	18
T5	13	13
T6	24	9
T7	17	3
T8	16	4
T9	18	11
T10	22	17
T11	19	17
T12	21	17
T13	20	10
T14	16	3
T15	27	1
T16	16	14

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง ลดลง 14 คน และเท่าเดิม 2 คน เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทำการทดลองด้วยแบบประเมินความเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ตารางที่ 4 ตารางแสดงคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง n = 16 คน	คะแนนก่อนทดลอง (เต็ม 50 คะแนน)	คะแนนหลังทดลอง (เต็ม 50 คะแนน)
T1	33	35
T2	32	38
T3	24	38
T4	33	36
T5	30	38
T6	32	34
T7	32	39
T8	33	43
T9	24	36
T10	30	32
T11	30	32
T12	26	33
T13	31	32
T14	31	33
T15	31	45
T16	32	33

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากทำกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นทุกคน เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Post test) การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 6 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มแล้ว 1 วัน เนื่องจากระดับความซึมเศร้าอาจเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยอื่นหากปล่อยระยะเวลาในการประเมินผลนานเกินไป

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนทำการเก็บข้อมูล และชี้แจงว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและหากเข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอออกมาในภาพรวมในรูปของผลวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นติบายนยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2.เปรียบเทียบคะแนนความซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง ใช้สถิติทดสอบหาค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.เปรียบเทียบคะแนนความซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับ การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติโดยใช้ ใช้สถิติ ที (Dependent t – test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา หลังจากได้รับการใช้กลุ่มบำบัดประคอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติ (Independent t –test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังได้รับการบำบัดปรับระดับประคองแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการบำบัดปรับระดับประคองแบบกลุ่ม กับผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสุราทั้ง ชาย และหญิง (อายุ 18-60 ปี) ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์ ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน มีการวัดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group)

ลำดับขั้นตอนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลการบำบัดปรับระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองและหลังทดลองในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดปรับระดับประคองแบบกลุ่ม และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง และหลังทดลอง ระหว่างผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดปรับระดับประคองแบบกลุ่มและผู้เสพติดสุรากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนครั้ง ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	75.00	11	68.75
หญิง	4	25.00	5	31.25
อายุ				
น้อยกว่า 30 ปี	2	12.50	5	31.25
31-40 ปี	10	62.50	8	50.00
41-50 ปี	3	18.75	3	18.75
51-60 ปี	1	6.25	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด	7	43.75	8	50.00
คู่	4	25.00	5	31.25
หย่า	2	12.50	1	6.25
แยกกันอยู่	3	18.75	2	12.50
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	37.50	6	37.50
มัธยมศึกษา	7	43.75	8	50.00
อนุปริญญา	2	12.50	2	12.50
ปริญญาตรี	1	6.25	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	3	18.75	2	12.50
รับจ้าง	9	56.25	8	50.00
ค้าขาย	2	12.50	5	31.25
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	6.25	-	-
อื่นๆ ระบุ	1	6.25	1	6.25
รายได้				
ไม่มีรายได้	2	12.50	3	18.75
500 – 1,000 บาท	-	-	1	6.25
1,001 – 5,000 บาท	3	18.75	5	31.25
5,001 – 10,000 บาท	9	56.2	4	25.0
10,001 ขึ้นไป	2	12.50	3	18.75
ระยะเวลาการดื่มสุรา				
น้อยกว่า 5 ปี	-	-	1	6.25
5 – 10 ปี	2	12.50	9	56.25
11-15 ปี	7	43.75	2	12.50
มากกว่า 15 ปี	7	43.75	4	25.00
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล				
เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก	5	31.25	6	37.50
2 - 5 ครั้ง	8	50.00	10	62.50
6-10 ครั้ง	3	18.75	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุราของบิดา มารดา				
ไม่มี	7	43.75	7	43.75
มี	9	56.25	9	56.25
การใช้สารเสพติด				
ไม่มี	9	56.25	10	62.50
มี	7	43.75	6	37.50

จากตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการดื่มสุราของบิดา มารดา การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ปรากฏ ดังนี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 62.50 เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 43.75 และคู่ ร้อยละ 25.00 เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 จำแนกตามอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน คิดเป็น ร้อยละ 18.75 สำหรับด้านรายได้นั้น พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยา พบว่า ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดื่มสุราอยู่ในช่วง 11- 15 ปี และระยะเวลาในการดื่มมากกว่า 15 ปีขึ้นไป เท่ากันคือ ร้อยละ 43.75 เมื่อจำแนกตามการเข้ารับการรักษาเรื่องการเสพยาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 2-5 ครั้ง รองลงมาคือรักษาครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 31.25 ตามลำดับ ในส่วนของประวัติการใช้สุราของบิดามารดาพบว่ามีประวัติการใช้สุราในครอบครัว ร้อยละ 43.75 ส่วนประวัติ การใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย พบว่า ส่วนใหญ่มี การใช้สารเสพติดอื่นคิดเป็น ร้อยละ 56.25

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้เสพติดสุรากลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการดื่มสุราของบิดา มารดา การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ปรากฏ ดังนี้เมื่อพิจารณา

จำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.75 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.00 เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสดร้อยละ 50.00 และคู่ ร้อยละ 31.25 เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 จำแนกตามอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 31.25 สำหรับด้านรายได้นั้น พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ในช่วง 1,000 - 5,000 บาท เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการเสพสุรา พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดื่มอยู่ในช่วง 5- 10ปี คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ มากกว่า 15 ปี คิดเป็น ร้อยละ 25.00 เมื่อจำแนกตามการเข้ารับการรักษาเรื่องการเสพติดสุราในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาคือเป็นจำนวน 2-5 ครั้ง รองลงมา คือ รักษาครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 62.50 และ 37.50 ตามลำดับ ในส่วนของประวัติการใช้สุราของบิดามารดาพบว่า มีประวัติการใช้สุราในครอบครัว ร้อยละ 43.75 ส่วนประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยส่วนใหญ่ พบว่า ไม่ใช้สารเสพติดอื่น คิดเป็น ร้อยละ 62.50

สรุปได้ว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองและหลังทดลอง ในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลอง ที่ได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ตารางที่ 6 คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

คะแนน/ระดับซึมเศร้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่าง
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
กลุ่มทดลอง					
T 1	17	ปานกลาง	8	ปกติ	+9
T 2	18	ปานกลาง	12	น้อย	+6
T 3	18	ปานกลาง	10	น้อย	+8
T 4	22	มาก	30	รุนแรง	-8
T 5	21	มาก	21	มาก	0
T 6	21	มาก	17	ปานกลาง	+4
T 7	16	ปานกลาง	6	ปกติ	+10
T 8	16	ปานกลาง	4	ปกติ	+12
T 9	18	ปานกลาง	9	ปกติ	+9
T 10	23	มาก	21	มาก	+2
T 11	19	ปานกลาง	21	มาก	-2
T 12	19	ปานกลาง	18	ปานกลาง	+1
T 13	28	ปานกลาง	13	น้อย	+15
T 14	29	ปานกลาง	8	ปกติ	+21
T 15	16	ปานกลาง	3	ปกติ	+13
T 16	21	ปานกลาง	15	น้อย	+6

* n=16

จากตารางที่ 6 พบว่า ภายหลังจากใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง ลดลง กว่าก่อนการทดลอง 11 คน (ร้อยละ 68.75)

ตารางที่ 7 คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาสูบในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการดูแลแบบปกติ

คะแนน/ระดับซึมเศร้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่าง
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
กลุ่มควบคุม					
C 1	19	ปานกลาง	18	ปานกลาง	+1
C 2	24	มาก	15	น้อย	+9
C 3	29	มาก	30	รุนแรง	-1
C 4	23	มาก	30	รุนแรง	-7
C 5	28	มาก	21	มาก	+7
C 6	26	มาก	29	มาก	-3
C 7	17	ปานกลาง	15	น้อย	+2
C 8	16	ปานกลาง	15	น้อย	+1
C 9	22	มาก	18	ปานกลาง	+4
C 10	28	มาก	20	มาก	+8
C 11	19	ปานกลาง	14	น้อย	+5
C 12	18	ปานกลาง	22	มาก	-4
C 13	19	ปานกลาง	16	ปานกลาง	+3
C 14	29	มาก	27	มาก	+2
C 15	24	มาก	26	มาก	-2
C 16	16	ปานกลาง	22	มาก	-6

* n=16

จากตารางที่ 7 พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลตามปกติ คะแนนและระดับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุม ลดลง กว่าก่อนการทดลอง 5 คน (ร้อยละ 31.25)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คะแนนซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	t	P-Value
กลุ่มที่ได้รับการจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม				
ก่อนทดลอง	20.13	3.91	3.714	.002
หลังทดลอง	13.50	7.43		
กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ				
ก่อนทดลอง	22.31	4.71	.988	.339
หลังทดลอง	21.12	5.71		

จากตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดย คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง ต่ำกว่า ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 13.50$ และ 20.13 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนทดลองและหลังการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง และ หลังทดลอง ระหว่างผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุร่าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุร่าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	t	P-Value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มได้รับจิตบำบัดแบบประคอง	20.13	3.91	1.425	.164
กลุ่มได้รับการดูแลแบบปกติ	22.31	4.71		
หลังทดลอง				
กลุ่มได้รับจิตบำบัดแบบประคอง	13.50	7.43	3.254	.003
กลุ่มได้รับการดูแลแบบปกติ	21.12	5.71		

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบำบัด ด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 และพบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 21.12$ และ 13.50 ตามลำดับ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่ม	ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน \bar{d} \bar{X}	t	P-Value	df
กลุ่มได้รับจิตบำบัดแบบประคอง	6.62	2.52	.017	30
กลุ่มได้รับการดูแลแบบปกติ	1.19			

จากตารางที่ 10 พบว่า ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน ของสถาบันธัญญารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน ของสถาบันธัญญารักษ์ ทั้งชายและหญิง และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้เสพติดสุรา ทั้งชายและหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง ถึง มาก วัดจากแบบประเมินซึมเศร้า ของเบค (Beck Depression Inventory) มีระดับคะแนน ในช่วง 16 - 29 คะแนน และไม่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า
2. เป็นผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้เสพติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. สนใจในการเข้าร่วมวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยนำการศึกษางานวิจัยของ ชาวนี ล่องซุมล (2537) มาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 ขนาดตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 10 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากลุ่มละ 16 คนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง

สมมติฐานการวิจัย

1.คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ลดลงกว่า ก่อนได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

2.หลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราที่ ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มลดลงกว่า กลุ่มผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการดูแล ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 11 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา สาเหตุการดื่มสุรา ระยะเวลาในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาระหว่างการดื่มสุราในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับการดื่มสุรา

1.2 แบบประเมินความซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ใช้แบบประเมินที่ Beck สร้าง ขึ้นในปี 1979 ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา และ ภาษาให้เกิดความถูกต้องสอดคล้องกับการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และ จิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการ รักษาที่ สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วคำนวณค่า คะแนนความเที่ยง ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา เพื่อเป็นการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยการชดเชยหน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการ กลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว โดยใช้ เทคนิคจิตบำบัดระดับประคอง ในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck(1967) การระดับประคองความรู้สึก และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร่วมกับการใช้ กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่ม ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) 11 ปัจจัย การดำเนินกลุ่มในแต่ละ ครั้ง มีแนวทางที่เน้นเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา และการแก้ไขภาวะซึมเศร้า การ ดำเนินกลุ่มแบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ ใช้เวลาดำเนินการกลุ่มครั้งละ 60 นาที ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมทำกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของ Hollon&Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แกไขเนื้อหา และภาษาให้เกิดความถูกต้อง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องในการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติศุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71

3.2 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ดัดแปลงจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างโดย โรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self esteem Inventory 1969) และ แปลโดย เสาวภา วิชิตวาที (2534) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาเพื่อดูความเหมาะสมและสอดคล้องในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ และนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติศุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74

กระบวนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือ ผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบัน ธัญญารักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัย เข้าพบ คณะกรรมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการดำเนินการ โดยนำข้อมูลการวิจัยรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ยื่นแก่คณะกรรมการฝ่ายงานวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ เพื่อรับการตรวจสอบความเหมาะสมและจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในสถาบัน

1.3. เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการ

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเสพติดสุราในหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าร่วมวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด และสอบถามความสมัครใจของผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในการเข้าร่วมวิจัย

1.5 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนทำการเก็บข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง (Pretest) การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1 จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้ มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 16 คนเท่ากัน

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ทั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งทำกลุ่มบำบัดในกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม โดยดำเนินการที่ละกลุ่ม สถานที่ในการทำกลุ่มได้แก่ ห้องสังคมสงเคราะห์ ตึกมรกต ซึ่งแต่ละกลุ่ม จะเข้าร่วมทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนครบทั้ง 6 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ โดยทุกวันช่วงเช้าผู้ป่วยจะมีการทำกลุ่มสนทนาการ ตั้งแต่ 9.00 -10.00 น. เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีการฝึกทักษะการเข้าสังคม นอกเหนือจากนั้น ผู้ป่วยจะทำงานเพื่อช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ และทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 การกำกับการทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองด้วย แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม พบว่า คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง ลดลง 14 คน และเท่าเดิม 2 คน เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นทุกคน เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลัง การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 6 (Post test) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มแล้ว 1 วัน เนื่องจากระดับความซึมเศร้าอาจเปลี่ยนแปลงได้ จากปัจจัยอื่นหากปล่อยระยะเวลาในการประเมินผลนานเกินไป

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW (Statistics Package for the Social Science / For Windows) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ใช้สถิติ ที (Dependent t – test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุรา หลังจากได้รับการใช้กลุ่มบำบัดประคองประคอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติ ที (Independent t –test)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่ใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่ใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มมีความแตกต่างจาก กลุ่มผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่า การใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราได้

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม(group supportive psychotherapy) ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา สามารถอภิปรายผลวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (group supportive psychotherapy) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาด้วยการทำ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (group supportive psychotherapy) ครั้งนี้ พบว่า สาเหตุของปัญหาซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เกิดจากการมีความคิดด้านลบโดยผู้เสพติดสุราจะมีการมองตนเองในแง่ลบและมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Monti et al., 1989) มีการคิดถึงประสบการณ์ในอดีตที่ผิดพลาด แล้วนำมาแปลความด้านลบ ทำให้มีการ มองอนาคตในแง่ลบ นอกเหนือจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ ตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้เสพติดสุรามักเป็นผู้มองคุณค่าในตนเองต่ำ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) และมีปัญหาบุคลิกภาพในลักษณะต่างๆ เช่น เก็บตัว มีปัญหาเรื่องของการสื่อสาร ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเก็บกดอารมณ์ และ การไม่มีที่ปรึกษา ซึ่งเป็นปัญหาของผู้เสพติดสุรา ที่พบในการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นปัจจัยให้ก่อเกิดภาวะซึมเศร้า

การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ในผู้เสพติดสุรา เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคต่าง ๆ มาใช้บำบัดสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในการบำบัด และเกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) เช่น เทคนิคการให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ (Reassurance) ซึ่งผู้บำบัดสามารถเป็นผู้ให้กำลังใจแก่สมาชิกโดยตรงหรือ อาจใช้เทคนิคกระตุ้นให้สมาชิกให้กำลังใจกันเอง เพื่อใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัจจัยบำบัดเรื่อง การรู้สึกมีความหวัง ส่งผลให้สมาชิกที่ได้รับกำลังใจและความมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองและ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น อีกทั้งมีความหวังว่าอนาคตจะดีกว่าเดิม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนทรีย์ วัฒนเบญจโลภา (2543) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผลการทดลองพบว่า ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดกลุ่มมีความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งนี้ ปัจจัยบำบัดในเรื่องของความหวัง ร่วมกับการที่ผู้บำบัดใช้เทคนิค การนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) นี้เอง ทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบ เรื่องของการคาดการณ์อนาคตทางลบมาเป็นการมีความคิดด้านบวกมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และการที่กลุ่มมีการให้กำลังใจกัน และสมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงการยอมรับในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ยอมรับในสิ่งที่เป็นตัวตนของสมาชิก ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการยอมรับ (Acceptance) การฟัง (Listening) การสนับสนุน

ส่งเสริม (Encouragement) ย่อมส่งผลให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองในด้านที่ดี ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี 2 ขั้นตอน (Taft, 1958) คือ การประเมินจากทัศนคติและสังคมที่มีต่อตนเองเป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอก ต่อคุณค่าของตน (Outer-self esteem) และความรู้สึกต่อตนเองที่เกิดจากความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (Inner-self esteem) ผลจากเทคนิคที่ผู้บำบัดให้และจากปัจจัยบำบัดที่เกิดจากการทำกลุ่มจิตบำบัด จะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยลดความคิดด้านลบต่อตนเอง และส่งผลต่อการลดความซึมเศร้าในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอ็มเดือน เนตรแถม (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ดังนั้นการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้ง 3 ด้านจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

นอกเหนือจากนี้ ปัจจัยบำบัดอื่นที่เกิดในกลุ่ม ได้แก่ การเข้าสังคม การมีมนุษยสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดกระบวนการเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม ซึ่ง Bandura มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคน เกิดจากตัวแบบ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ, 2543) การเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิกตนเองและเลียนแบบพฤติกรรมของผู้บำบัด จัดเป็นการเลียนแบบบุคคลจริง ๆ (Live Model) ซึ่งเป็นตัวแบบทางสังคม (Social Model) ที่ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้จากการเข้าสังคม ส่งผลให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพใหม่ คือ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ลดการเก็บตัวนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เนื่องจากสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้ามาจาก การที่บุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เสาวนีย์ เกียรติแก้ว, 2544) อีกทั้งการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองยังก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิก คือ ทำให้สมาชิกได้รับทราบข้อมูลใหม่ ช่วยให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดที่บิดเบือน ซึ่งส่งผลต่อความคิดอัตโนมัติด้านลบและลดภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว การประคับประคองความรู้สึกซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันเองและจากผู้บำบัด และการทำกลุ่มบำบัดช่วยให้เกิดบรรยากาศของการให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้รับกำลังใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) ทำให้ผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีการปรับความคิดใหม่ เกิดความรู้สึกที่ดี ส่งผลให้ระดับความซึมเศร้าภายหลังการบำบัดลดลงอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการบำบัดบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม(group supportive psychotherapy)มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลแบบปกติซึ่งเป็นรูปแบบที่สถาบันธัญญารักษ์ ใช้ในการบำบัดผู้เสพติดสุรา โดยมีขั้นตอนการบำบัด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่

1. เตรียมผู้ป่วยก่อนรับการรักษา หมายถึง การอธิบายขั้นตอน วิธีการ ข้อปฏิบัติต่างๆ ของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาทุกขั้นตอน
2. ขั้นตอนพิชยา หมายถึง การรักษาขั้นต้นเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากการเสพติดทางร่างกาย
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากการเสพติดทางใจ โดยใช้ขบวนการบำบัดทางจิตหลายอย่างร่วมกัน
4. ขั้นติดตามประเมินผลการรักษา หมายถึง การติดตามผู้ป่วย และญาติ หลังผ่านขบวนการบำบัดรักษา 3 ชั้น แรกแล้ว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย เข้าทดลองและเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้เสพติดสุราซึ่งเป็นผู้ป่วยใน ในช่วงของขั้นฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้เสพติดสุรา ไม่มีอาการถอนพิษสุราแล้ว โดยการบำบัดที่ผู้เสพติดสุราได้รับในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การทำกลุ่มในช่วงเช้า ทุกวัน มีสมาชิกเป็นผู้เสพติดสุราทุกคนที่เข้ารับการบำบัด จึงเป็นการทำกลุ่มขนาดใหญ่ ซึ่งรูปแบบการทำกลุ่มที่พบ คือ การให้สมาชิกผลัดกันออกมาบอกเล่าปัญหาที่พบในการอยู่ร่วมกัน แนวทางในการแก้ไขปัญหา การดักเตือนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเพื่อนสมาชิก การบอกเล่าความรู้สึกต่างๆ ในกลุ่ม การเล่าข่าวที่น่าสนใจ และช่วงสุดท้ายจะเป็นช่วง กิจกรรมสันตนาการ ซึ่งการดำเนินการกลุ่มเช่นนี้ผู้วิจัยพบว่า ก่อให้เกิดผลดี ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่า ผู้เสพติดสุรา มีการเรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีกฎเกณฑ์ มีความรับผิดชอบต่อสังคม รู้จักการยอมรับผิด มีการให้อภัย การกล้าแสดงออก และสนุกสนาน ผ่อนคลาย แต่กิจกรรมกลุ่มดังกล่าวไม่ได้แก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าโดยตรง ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น การมีความคิดด้านลบ มีความคิดที่บิดเบือน การมีบุคลิกภาพเก็บตัว ซ้ำอายุ มีปัญหารุนแรงในชีวิต มองคุณค่าในตนเองต่ำ ผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึก เป็นปัญหาด้านจิตใจที่มีความละเอียดอ่อน เปราะบาง ซึ่งกระบวนการกลุ่มที่ได้รับตามปกติ ยังไม่เพียงพอที่จะสามารถแก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ และเนื่องจากรูปแบบกลุ่มที่มีสมาชิกเป็นจำนวนมากเกินไป จึงไม่สามารถดึงดูดสนใจของสมาชิกทุกคน และบำบัดสมาชิกที่มีปัญหาด้านอารมณ์ได้ พบว่าสมาชิกในกลุ่มบางคน นั่งเหม่อ ครุ่นคิด ไม่สนใจ

กิจกรรม และพบว่าสมาชิกที่มีปัญหาเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ มีบุคลิกภาพเก็บตัว จะมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มน้อย ซึ่งแม้ว่าเจ้าหน้าที่และผู้นำกลุ่ม จะพยายามให้เกิดการสลับเปลี่ยนกันแสดงความคิดเห็นในกลุ่มก็ยัง พบว่า สมาชิกยังไม่ได้รับการบำบัดอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอมากพอ ที่จะแก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลองนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติที่ได้รับดังกล่าวข้างต้น ด้วยการบำบัดบำบัดระดับแบบกลุ่มซึ่งผู้บำบัดใช้เทคนิคต่าง ๆ มาใช้บำบัดสมาชิกในกลุ่ม ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในการบำบัด และเกิดปัจจัยบำบัดต่างๆ ดังที่กล่าวแล้ว จึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยทำให้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราที่ได้รับการบำบัดใช้ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มลดลงกว่า กลุ่มผู้เสพติดสุรา ที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ดี แม้ในภาพรวมจะพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม จะมีภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีระดับความซึมเศร้าในระดับมาก จำนวน 3 คน มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ในขณะที่ผู้เสพติดสุราอีก 13 คน ที่เหลือ ซึ่งมีภาวะซึมเศร่าก่อนทดลองในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจาก การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยใน มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ดังนั้นการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยในจึงเป็นการบำบัดระยะสั้น อีกทั้งลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในมีอาการเจ็บป่วยหนักกว่าผู้ป่วยนอก และเกือบทั้งหมดอยู่ในภาวะ Acutely uncomfortable คือ อยู่ในภาวะเป็นทุกข์และเสียชีวิต มากกว่าต้องการหา Insight ดังนั้น การทำจิตบำบัดกลุ่มในผู้ป่วยในจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา เรียนรู้วิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2542) ไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่อยู่ภายในและอยู่ในระดับลึก จึงพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง เมื่อได้รับรู้สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ได้ทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มและเกิดปัจจัยบำบัดจึงช่วยลดความซึมเศร้าในระดับนี้ได้ ในขณะที่ผู้เสพติดสุราที่มีความซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรง อาจมีสาเหตุของความซึมเศร้าจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบในระดับสูง มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เกิดมานาน ซึ่งอาจเกิดจากบุคลิกภาพส่วนตัว สิ่งแวดล้อม หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังยาวนาน ด้วยข้อจำกัดในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบผู้ป่วยใน ทั้งในเรื่องของระยะเวลา รูปแบบการทำกลุ่ม รวมถึงลักษณะทางคลินิกอาจส่งผลให้การบำบัดไม่สามารถลดระดับความซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามก็ตีผลของการทำจิตบำบัดระดับประคอง

แบบกลุ่มนั้น ยังคงช่วยให้ผู้ป่วยทุกรายเห็นความสำคัญและรับรู้ประโยชน์จากการทำกลุ่ม รับรู้ถึงประสบการณ์ที่สร้างสรรค์ ประคับประคอง รู้สึกเกื้อกูล อบอุ่น ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในระดับมากเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไปในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการประยุกต์ การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มในการลดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

1.2 เนื่องจากผลการดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก เปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับการใช้ จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากระยะเวลาในการทำกลุ่มสั้นเกินไปไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหา ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในระดับสูงได้ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจต้องการ การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มากกว่า 6 ครั้ง ดังนั้นในการนำผลงานวิจัยไปใช้ ผู้บำบัดควรคำนึงถึง ข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งผู้บำบัดควรปรับให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องการบำบัด

1.3 พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มไปใช้ใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพกายที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และสะท้อนให้เห็นความเชี่ยวชาญเฉพาะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ทั้งนี้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มสามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ทั้งนี้ควรพิจารณาถึงระยะเวลาในการบำบัดและลักษณะผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อประสิทธิภาพของการบำบัด

1.4 เพื่อประสิทธิผลในการทำกลุ่มจิตบำบัดผู้บำบัดควรเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ และได้รับการฝึกฝนการทำจิตบำบัด และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ถึงผลของควมดี จำนวนครั้ง และระยะเวลา ในการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มที่แตกต่างกัน ว่ามีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกันหรือไม่

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล.(2546).โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด.วารสารจิตเวชขอนแก่น
ศรีนครินทร์.5(2),33-39.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2545). **แบบคัดกรองสุขภาพจิตเล่มดัชนี**. นนทบุรี :
สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุขกรมสุขภาพจิต. (2545). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตวิทยาเวชศาสตร์**.(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ตรุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กลานติกุล.(2543). **โรคอารมณ์แปรปรวน**. ตำราจิตเวชศาสตร์ : สมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- จันทิมา องค์โมสิต .(2547).**จิตบำบัด ในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**.กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครี
เอชั่น.
- จूरีย์ อุสาหะ (2548) **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย**
วารสารวิชาการสาธารณสุข 14(1): 1-8.
- ชนิกรรดา ไทยสังคม.(2545).**การใช้จิตบำบัดกลุ่ม ต่อความสำนึกคุณค่าแห่งตน ของผู้ติด
สารแอมเฟตามีน**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตานาด โชคเกิด.(2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติด
สุราในโรงพยาบาลลำพูน**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประเวช ต้นติวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศุทธิ์รัตน์.(2542).**การฆ่าตัวตาย:การตอบสนององหา
สาเหตุและการป้องกัน**.เชียงใหม่:นนทบุรีการพิมพ์.
- ปราโมทย์ ชาวศิลาบี และ รณชัย คงสกนธ์(2542)**กลุ่มจิตบำบัด สำหรับคนไข้ใน**.กรุงเทพฯ:

- ปริทรรศ ศิลปกิจ,วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์.(2542).รายงานวิจัยเรื่อง
ความชุกและสภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา.เชียงใหม่:โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ (2535).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มและติดสุรา.ขอนแก่น:ภาควิชาจิต
เวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลองดิษยวนิช. (2542).ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: เชียงใหม่
โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2539).ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์สถาบันสุขภาพจิต.(2537). การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช: The ICD-10. กระทรวง
สาธารณสุข.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547) การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและ
พฤติกรรมในผู้ติดสุรา,การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลัดดา แสนสีหา (2534). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย,
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรางคณา จำปาเงิน . (2547) การศึกษาการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองแบบกลุ่มต่อ
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสามมุก
จังหวัดสุพรรณบุรี, โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ.(2533) Management of Depression,กรุงเทพฯ : อาร์.ดี.พี
- วีรวรรณ เล็กสกุลไชย.(2543).ปัจจัยทางพันธุกรรมกับการติดเหล้า,บทความวิชาการ,
วารสารวิชาการสาธารณสุข.9(2),177.
- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2537) .การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สภาการพยาบาล (2545). ขอบเขตการปฏิบัติงานของ APN และมาตรฐานบริการพยาบาล
และผดุงครรภ์. รวบรวมโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการ
จัดการเรียนการสอนของคณะฯ. เชียงใหม่ .
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2542). โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด: ตำราจิตเวชศาสตร์
- สมจิต หนูเจริญกุล (2547). บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง” สรุปโดย
ชฎานิน บุญพงษ์มณี บุษกร พันเมธาทฤธิ์ อนงค์ ประสานธน์วณิช ในการบรรยายในการ
ประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ เรื่อง บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูง วันที่ 20 ธันวาคม 2546 ณ ห้องทองจันทร์ หงส์ลดารมย์ อาคารเรียนรวม

และหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 24 (1): 45-52.

สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545). ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา,วิทยาลัยนพนธ์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตภาควิชาจิตเวชศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์.(2529)ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น. วิทยาลัยนพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์.(2540).รายงานการวิจัย เรื่อง "การจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง",โรงพยาบาลสวนปรุง, เชียงใหม่.

สุรยุทธ วาสิกนันทน์ (2546) โรคซึมเศร้า:ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์.บก. การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.สงขลา:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : 77-94.

สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว.(2527) แนวคิดพื้นฐานทางจิตเวช. เชียงใหม่ .โรงพิมพ์ป๋อง

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(2545).การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิต ในชุมชนประชากรไทย,การประชุมวิชาการประจำปี ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : 25.

เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรีและคณะ (2540) กลุ่มจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชตามแบบของ IRVIN D. YALOM วารสารจิตวิทยาคลินิก 28(1) :48-61.

เสาวภา วิชิตวาที.(2534).ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา,วิทยาลัยนพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อวัลดา จันท์แสนตอ.(2541). ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี. วิทยาลัยนพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบล ก่องแก้ว.(2547)ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล
เครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดลำพูน,การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอี่ยมเดือน เนตรแถม.(2541).ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
เรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.(2541). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.กรุงเทพฯ: วีเจฟรินติ้ง.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental
disorder(4th ed.) Washington, DC: Author.

Cornelius, J.R.,Sallourm., I.M, Mezzich,J., Cornelius, M., Fabrega,H.,Ehler J.E.,Ulrich,
R.F., Thase, M.E.&Martin, J.J. (1995). Disproportionate sociality in parents with
comorbid major depression and alcoholism. American Journal Psychiatry
152(3), 358-364.

Davies,M.(1998).Alcohol&depression.Royal College of Psychiatrists.Retrieved June
20,2003,from <http://d hart @ repsych.ac.uk>.

Fennell.(1989).Depression.In.K.Howton,P.M.Salkovrkis,J,Kirk,&D.M.Clark(Eds.)Cognitive
behavior therapy for psychiatric problems.pp 169-234.Oxford:University Press

Hansong & Venturelli PJ.,*Drugs and Society*,4 th edition,1995 Rand Mc Nall:USA.

Knight RP.(1954). A Critique of the present status of the psychotherapies.
In.R.P.Knight,C.R.Friedman,eds.Psychoanalytic psychiatry and psychology,New
York :International University Press.52-64.

Kurlowicz.(1994).Depression in hospitalized medically ill elders: Evolution of the
concept, Archives of psychiatric Nursing,8(2),April,124-136.

Mueller, I.T., Lavori, P.W.,Keller, M.B., Swartz, A.,Warshaw, M., Hasin, D Coryell, W.,
Endicott,J.,Rice,J& Akiskal, H. (1994). Prognostic effect of the variable course of
alcoholism on the 10-yr course of depression. America Journal Psychiatry
152(5), 701-706.

Novalis,P.N.,Rojcewicz, S.J.and Peele,R.(1993). Clinical Manual of supportive
psychotherapy.Washington,DC:American Psychiatric Press.

- Phukao,D.(2002).**Motivate substance abuse clients by using the motivational interviewing approach.** University of Queensland. Australia.
- Pinsker,H. and Rosenthal,R.(1988).**Beth Israel Medical Center Supportive psychotherapy Manual.**Corte Madera,CA:Social Sciences Documents.18:57,Manuscript#2886.
- Polit&Hungler .(1995).Nursing Research (5 th ed.)Philadel phia:J.B.Lippin Cott.
- Pomerantz,.E.M & Rudolph,K.D.(2003) .What ensues from emotional distress implications for competence estimation. The society for research in child Development,74(2),March-April:329-345.
- Preuss et al.(2002).**A comparison of alcohol with histories of suicide attempts.**USA: Department of Psychiatry, University of California.
- Ronal, M.K. (2001) .**Behavioral and cognitive- Behavioral treatment for Alcoholism Research opportunities.** Famington:U.S.A.
- Rossow,D.(2000).Suicide, violence and child abuse: a review of the impact alcohole consumption on social problems.[online].Alcohol and Public Policy,27,397-443.
- Scott,H.K.(2000).Screening for hazardous drinking in a population of well women.Community Nursing, 9(2),107-114.
- Yalom,J.D.1995. The theory and practice of group psychotherapy.(4th ed.) New York.Basic Books.
- Wermen.D.S.(1984).The practics of Supportive psychotherapy. New York:Bronnerl mazel.
- World Health Organization.(1992).**The ICD -10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Description and Diagnostic Guidelines.** Geneva:WHO.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำภาควิชา สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร. วิไลพร ขำวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชา สุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นนทบุรี
3. นางจันทรรจจา บำเหน็จพันธุ์	หัวหน้าหอผู้ป่วย จิตเวชวัยรุ่น สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. นางอำพัน จารุทัศนางกูร	หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางสาวเนา นิลบรรพ์	พยาบาลวิชาชีพ 7 หน่วยงานวิจัย สถาบันธัญญารักษ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย นาง นางสาว).....นามสกุล.....

ได้รับทราบรายละเอียด ของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อ
 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ในช่วงสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 3 หลังจากข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการ
 จะได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้า ทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลัง
 เข้าร่วมโปรแกรม

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ตลอดจนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ
 การศึกษาเป็นอย่างดี และได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้ เป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของ
 ประเทศไทย และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอยกออกจากการศึกษา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่
 ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผย
 เฉพาะข้อมูลสรุปผล การวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
 กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและเมื่อข้าพเจ้ายินยอมเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้า
 ร่วม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้นจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น
 หลักฐานต่อหน้าพยาน

.....
 สถานที่/เวลา

.....
 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
 สถานที่ / เวลา

.....
 (นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี)

ลงนผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่ / เวลา

.....
 พยานลงนาม

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-577-1028 ต่อ 356
โทรศัพท์เคลื่อนที่	06-345-6464

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 2. มีวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
 - 2.2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
 3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัย จะจัดผู้ดูแล ผู้เสพติดสุรา ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ ที่ได้จัดไว้ในโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ผู้เสพติดสุราที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
 4. การใช้ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มซึ่งมี 3 ระยะ
 - 4.1. ในระยะเริ่มกลุ่ม มีการแนะนำ และการเตรียมกลุ่ม (Orientation and Preparation) ใช้เวลา 5 นาที
 - 4.2. ระยะดำเนินการกลุ่มมีการเล่าเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม (Agenda go-round) ใช้เวลา 20 นาที และ การทำงานให้ได้ประโยชน์ (Work on the agenda) ใช้เวลา 20 นาที
 - 4.3. ระยะสิ้นสุดการดำเนินการ มีการให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการทำกลุ่ม (The patients Response of the meeting) ทำกลุ่มใช้เวลา 10 นาที และ การวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้บำบัด (Therapists and Observers Discussion of meeting) การสรุปผลการทำกลุ่ม ใช้เวลา 5 นาที ทำกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์

5. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในการวิจัยนี้โดยผู้วิจัยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นในโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้เสพติดสุราจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน และทำแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุราที่เข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุรา จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

7. ผู้เสพติดสุราไม่มีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เสพติดสุราที่เข้าร่วมวิจัย

8. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เสพติดสุราที่เข้าร่วมวิจัย

9. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้เสพติดสุรา จะถูกออกเป็นรหัสและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

10. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เสพติดสุราทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้
ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ชุดที่ 2 แบบประเมินความซึมเศร้า
ชุดที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
ชุดที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง
2. โปรดอ่านคำแนะนำก่อนตอบแบบสอบถาม
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อ เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเกิดประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบ () โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ปริญญาตรี

5. อาชีพ

 ไม่ได้ทำงาน รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน

 ไม่มีรายได้ 500 -1,000 บาท 1,001 - 5,000 บาท 5,001 -10,000 บาท 10,001 ขึ้นไป

7. ระยะเวลาการดื่มสุรา ปี

8. จำนวนครั้งของการมารับการรักษาในโรงพยาบาล..... ครั้ง

9. ประวัติการดื่มสุราของบิดาหรือมารดาไม่มีมี

10. สาเหตุการดื่มสุรา (ระบุ).....

11. การใช้สารเสพติดอื่น ๆไม่มีมี

ชุดที่ 2. แบบประเมินความซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว

2.
 - 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกว่าไม่มี ความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3.
 - 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวว่าคนอื่น ๆ
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
 - 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4.
 - 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
 - 1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
 - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
 - 3 ฉันไม่ได้รู้สึกพอใจ และเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5.
 - 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
 - 1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าถูกลงโทษ
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 - 2 ฉันคาดหวังว่าถูกลงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ

7.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ผิดหวังในตนเอง
 - 1 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง
 - 2 ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง
 - 3 ฉันเกลียดตัวฉันเอง

8.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันเร็วกว่าคนอื่น
 - 1 ฉันชอบวิเคราะห์ตัวเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 - 2 ฉันตำหนิตัวเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ผิด
 - 3 ฉันตำหนิตัวเองสำหรับทุกอย่างที่เกิดขึ้น

9.
 - 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 - 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 - 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 - 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส

10.
 - 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น
 - 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 - 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 - 3 ฉันเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออก แม้จะต้องการร้องเหลือเกิน

11.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้เหนื่อยโกรธง่าย
 - 1 ฉันเป็นคนเหนื่อยโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 - 2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา

12. 0 ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย
14. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าตัวเองต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ
 2 ฉันรู้สึกที่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของฉัน ที่ทำให้ฉันไม่น่ามองต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น กว่าที่จะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตัวเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร ๆ
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
 2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1 - 2 ชั่วโมง และเป็นกรยากที่จะนอนต่อไปอีก
 3 ฉันไม่สามารถนอนได้เลย
17. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าเหนื่อยว่าปกติ
 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่าง ๆ
 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้

18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างเคย
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใด ๆ เลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่วิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด หรือท้องผูก
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม ความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างหน้าข้อภายใต้ข้อความ มี หรือ ไม่มี เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบตามความเป็นจริง และตอบให้ครบทุกข้อ มีทั้งหมด 30 ข้อ

มี	ไม่มี		สำหรับผู้วิจัย
.....	1. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนต่อต้านโลก	.....
.....	2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย	.....
.....	3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย	.....
.....	4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย	.....
.....	5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง	.....
.....	6. ฉันไม่คิดว่าฉันจะสามารถดำเนินสิ่งต่าง ๆ ต่อไปได้	.....
.....	7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้	.....
.....	8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน	.....
.....	9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันคิด	.....
.....	10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย	.....
.....	11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่ามีค่า	.....
.....	12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว	.....
.....	13. ฉันไม่สามารถเริ่มต้นใหม่ได้	.....
.....	14. เกิดอะไรที่ผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ	.....
.....	15. ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ ไปอยู่ที่นั่น	.....
.....	16. ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันได้	.....
.....	17. ฉันเกลียดตัวเอง	.....
.....	18. ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า	.....
.....	19. ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้	.....
.....	20. นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ	.....
.....	21. ฉันคือผู้แพ้	.....
.....	22. ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง	.....
.....	23. ฉันเป็นคนล้มเหลว	.....

มี	ไม่มี		สำหรับผู้วิจัย
.....	24. ฉันไม่สามารถจะทำได้	.....
.....	25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง	.....
.....	26. บางสิ่งบางอย่าง น่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง	.....
.....	27. ต้องมีบางอย่างเกิดขึ้นกับฉันแน่	.....
.....	28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น	.....
.....	29. ทุก ๆ วันไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายสำหรับฉันเลย	.....
.....	30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย	.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 4 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกบางประการที่มีต่อตนเอง ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบตามความรู้สึกอันแท้จริงของท่าน โดยเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน
เฉยๆ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยเท่ากับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลยอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น					
2. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณสมบัติที่ดีอยู่บ้าง					
3. ฉันรู้สึกว่าฉันประสบแต่ความล้มเหลว					
4. ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสามารถที่จะทำการงานต่างๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่น					
5. ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยภูมิใจในตนเอง					
6. ฉันรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนดี					
7. ฉันพอใจในใจตัวเอง					
8. ฉันรู้สึกว่าควรจะนับถือตนเองได้มากกว่านี้					
9. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเองเป็นคนไม่มีประโยชน์					
10. ในบางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย					

แผนการดำเนินการจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1	การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
ระยะเวลา	60 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม 3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถ

1. พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่มสมาชิก
2. สามารถบอกวัตถุประสงค์การทำกลุ่มได้

กระบวนการหลัก เป็นการบำบัดที่ผู้รักษาดูแลช่วยให้นักจิตบำบัด ช่วยให้มีการกลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้เทคนิค 1) เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด 2) เทคนิคการมองภาพใหม่ 3) การให้ความมั่นใจ 4) การระบายความในใจ 5) การสนับสนุน 6) การใช้เหตุผล เป็นเทคนิคในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (เพียงใจ สันธนาคร, 2540) อังโน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรีและคณะ, 2540) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ

1) **ระยะเริ่มกลุ่ม** เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในขั้นนี้คือ การแนะนำและการเตรียมกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิดได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกมีความหวัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2) **ระยะดำเนินการ** ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในระยะนี้ได้แก่ การเล่าเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที และการทำงานให้ได้ประโยชน์ บัณฑิตที่ เกิดได้แก่ การได้ระบายออก การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน การให้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างการอภิปราย การเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิก

3) **ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วย แสดงความรู้สึกต่อการทำกลุ่ม และ การวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้บำบัด การสรุปผลการทำกลุ่ม บัณฑิตที่ เกิดในระยะนี้ ได้แก่ การเห็นความจริงของชีวิต การดำเนินการกลุ่มทุกครั้งเน้นประเด็นภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า และบัณฑิตใน การบำบัดทั้ง 11 บัณฑิตสามารถเกิดร่วมกันได้เสมอ ขึ้นกับธรรมชาติของกลุ่ม โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการลดภาวะ ซึมเศร้า ใช้เวลาดำเนินการกลุ่มครั้งละ 60 นาที

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางกิจกรรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม	การสร้างสัมพันธภาพ - การแนะนำตนเองของสมาชิกกลุ่ม	- ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้ากัน - ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม กล่าวแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยกลุ่ม - ให้สมาชิกแนะนำตนเอง - ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม	1. สังเกตจากพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มของสมาชิกแต่ละคน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม	- วัตถุประสงค์การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในผู้เสพติดสุราครั้งที่ 1 ได้แก่ เพื่อให้สมาชิกสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด	- ให้สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการดำเนินการกลุ่ม - การเล่าประวัติสมาชิกในกลุ่ม คร่าว ๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ - เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์	ในการแสดง สีน้หน้าท่าทาง การแสดงออกของอารมณ์และคำพูดขณะเข้ากลุ่ม
3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองให้เกิดความคุ้นเคยของสมาชิกกลุ่ม	- การเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการทำกลุ่ม - การพูดคุย สร้างสัมพันธภาพตามธรรมชาติของกลุ่ม	- สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุป ทบทวน ข้อตกลงและประเด็นการทำกลุ่ม - ผู้นำวิเคราะห์การทำกลุ่ม - นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป	2. จากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม

แผนการดำเนินการจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 2-5	ระยะการดำเนินการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
ระยะเวลา	60 นาที ต่อการทำกลุ่ม 1 ครั้ง ดำเนินการตามแผนระยะนี้ 4 ครั้งรวม 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สมาชิกใช้สัมพันธภาพในกลุ่มเป็นกลไกในการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัย ตามระยะพัฒนาการ
2. สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า
3. สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน
4. สมาชิกกลุ่มปรับรูปแบบการคิดอัตโนมัติของตนเอง มีการมองภาพใหม่
5. สมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม
6. สมาชิกได้ระดับประคองซึ่งกันและกัน และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
7. สมาชิกกลุ่มมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถ

1. พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่มสมาชิกและบุคคลอื่นในสังคมได้
2. ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาและใช้ประสบการณ์และประโยชน์จากการเข้ากลุ่มในการปรับใช้ในการแก้ปัญหา
3. มีรูปแบบความคิดอัตโนมัติในทางที่ดี ต่อตนเอง ต่ออนาคต และแปลประสบการณ์ในอดีตในทางที่ดีขึ้น

กระบวนการหลัก การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า การดำเนินการ เช่นเดียวกับการทำกลุ่ม ครั้งที่ 1 ผู้บำบัดใช้ทักษะและเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบระดับประคอง ร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom โดยการดำเนินกลุ่ม ครั้งที่ 2-5 กิจกรรมแต่ละครั้งและเนื้อหาเรื่องราวเป็นดำเนินการตามธรรมชาติของกลุ่ม โดยประเด็นหลักในการอภิปราย ขึ้นกับความต้องการและธรรมชาติของกลุ่มในการเลือกประเด็น โดยผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคในการเชื่อมโยงประเด็นการสนทนาให้ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- ประเด็น โรคซึมเศร้าในทัศนะของสมาชิก ความหมายและการเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้า การสำรวจปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง และประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม

- ประเด็น สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า และการ แสดงความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์และสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงจากสาเหตุ ในเรื่องการปรับรูปแบบการคิดอัตโนมัติด้านลบ การมองคุณค่าของตนเองต่ำและไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การขาดทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเน้นให้สมาชิกร่วมชี้ประเด็นรูปแบบแนวคิดที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ การให้กลุ่มและสมาชิกลองปรับความคิดในด้านบวก การให้กลุ่มและผู้นำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิก การแนะนำให้สมาชิกนำคำแนะนำ การแก้ปัญหาในกลุ่มไปปรับใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

- ประเด็น การบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่สร้างความภาคภูมิใจ ของตนเอง ของสมาชิกทุกคน การให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความเห็นเกี่ยวกับข้อดีของสมาชิกคนอื่นๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิกในกลุ่ม

โดยในแต่ละครั้งสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาถึงกันได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ การยอมรับตนเอง การปรับรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจสังเกตได้จากสีหน้า คำพูด

2. ประเมินผลความครบถ้วนของการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ในกระบวนการกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ ในการบำบัดทุกครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางกิจกรรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ครั้งที่ 2-5

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อให้สมาชิกใช้สัมพันธภาพในกลุ่มเป็นกลไกในการเกิดปัจจัยบำบัดตามระยะพัฒนาการกลุ่ม	- การบอกเล่าประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม	- ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มทักทายสมาชิกทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน - กล่าวนำและกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างต่อเนื่อง	- สังเกตจากพฤติกรรมขณะทำกลุ่มบำบัด - สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มขณะทำกลุ่มบำบัด -ระดับ ความสนใจ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญและแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า	- เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า - สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา - วิธีแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า	- ผู้นำกลุ่มถามให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและการใช้สุรา - สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ - ผู้นำกลุ่มอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ให้แก่สมาชิกทราบ - เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุในการเกิดภาวะซึมเศร้าของเพื่อนสมาชิกที่เล่าประสบการณ์ - กระตุ้นให้สมาชิก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะ	- การให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - การวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่มจากการสรุปผล การเข้าร่วมกลุ่มโดยผู้นำกลุ่ม

<p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เนื้อหา ความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า - การปรับรูปแบบความคิดหลัก 3 ประการเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า - การปรับแก้พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้น 	<p>ซึมเศร้าของสมาชิก อย่างต่อเนื่อง และทั่วถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เชื่อมโยงวิธีการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า - ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม หากพบว่าวิธีแก้ไขที่สมาชิกแนะนำยังไม่ครอบคลุม (ดูตัวอย่างที่ 1 ตามตัวอย่างแนบท้ายเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินการกลุ่มโดยผู้บำบัดสามารถปรับการใช้เทคนิคจิตบำบัดแบบประคับประคองได้ตาม สถานการณ์) - ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเสนอปัญหาที่เกิดขึ้น ในปัจจุบัน เชื่อมโยงสู่การแก้ปัญหา โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงพฤติกรรมที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่รุนแรงมาก - ผู้นำกลุ่มสังเกตรูปแบบความคิดของสมาชิก ในการแปลประสบการณ์ ว่าตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ หรือเป็นรูปแบบความคิดด้านลบของสมาชิกเอง - ผู้นำที่ประเด็นความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น - ผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกแสดง ความคิดเห็น และแนะนำการปรับรูปแบบความคิดให้เป็นไปในทางบวก โดยเชื่อมโยงสถานการณ์ 	<p>-ประเมินผลความครบถ้วนของการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ในกระบวนการกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ ในการบำบัดทุกครั้ง</p>
--	--	---	---

<p>4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับภาวะซึมเศร้า - ประสบการณ์การนำวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ได้จากกลุ่มไปทดลองใช้ - ประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและการแก้ไขปัญหาของสมาชิก ประสบการณ์ทางบวกของสมาชิก 	<p>จากประสบการณ์จริงของสมาชิกในกลุ่มโดย ให้สมาชิกทดลองเสนอการปรับความคิดให้เป็นไปในทางบวก เพื่อแก้ความคิดอัตโนมัติด้านลบของเพื่อนสมาชิก (ดูตัวอย่างที่ 2 ตามตัวอย่างแนบท้ายเพื่อใช้ในเป็นแนวทางการดำเนินการกลุ่มโดยผู้บำบัดสามารถปรับการใช้เทคนิคจิตบำบัดแบบระดับประคองได้ตามสถานการณ์)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่ได้รับการคัดเลือกเสนอปัญหาและการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า จากประสบการณ์ของสมาชิก - ให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหา อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง - ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะและเทคนิคการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในการบำบัด เพื่อให้สมาชิกมีความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ (ดูตัวอย่างที่ 3 ตามตัวอย่างแนบท้ายเพื่อใช้ในเป็นแนวทางการดำเนินการกลุ่มโดยผู้บำบัดสามารถปรับการใช้เทคนิคจิตบำบัดแบบระดับประคองได้ตามสถานการณ์) 	
---	--	--	--

<p>5. เพื่อให้สมาชิกได้ ระดับประคองซึ่งกัน และกันและเพิ่มความรู้ สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เนื้อหาการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสร้าง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง - ประสบการณ์ที่สมาชิกภาคภูมิใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สมาชิกเสนอตนเองเพื่อเล่าประสบการณ์ ความภาคภูมิใจ ของตนเอง - กล่าวคำชื่นชม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆแสดงความรู้สึกชื่น ชม ต่อประสบการณ์ทางบวกของเพื่อนสมาชิก - ให้สมาชิกเสนอตนเองเพื่อเล่าประสบการณ์ โดยไม่ให้ซ้ำคนเดิม ในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง - ในการบอกเล่าประสบการณ์ให้ผู้นำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่สมาชิกเพื่อเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่ง มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเข้มเศร้า (ดูตัวอย่างที่ 4 ตามตัวอย่างแนบท้ายเพื่อใช้เป็นแนวทางการ ดำเนินการกลุ่มโดยผู้บำบัดสามารถปรับการใช้เทคนิคจิตบำบัด แบบระดับประคองได้ตาม สถานการณ์) - ผู้นำกระตุ้นการดำเนินการกลุ่มให้ครบ 5 ขั้นตอนตามระยะ พัฒนาการกลุ่ม - ให้สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม - ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาให้สมาชิกกลุ่มทราบเพิ่มเติม 	
---	--	---	--

ตัวอย่าง กิจกรรมการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ตัวอย่างที่ 1 ประเด็นครอบคลุมเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญและแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน
 2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก
 3. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยกลุ่ม
 4. ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง
 5. ให้สมาชิกบอกกติกาการทำกลุ่ม
 6. ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
 7. ผู้นำกล่าวนำเข้าสู่ประเด็นเรื่องภาวะซึมเศร้า สาเหตุการเกิดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 8. ผู้นำให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เกี่ยวกับการใช้สุรา และการเกิดภาวะซึมเศร้า
- ตัวอย่าง เช่น ในกลุ่มที่อยู่ที่นี่ มีสมาชิกท่านใดเคยรู้สึกซึมเศร้ารู้สึกหดหู๋ อยากเล่าหรือแลกเปลี่ยนความรู้สึกนี้กับเพื่อนบ้างคะ"
9. สมาชิกเล่าประสบการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ระหว่างที่สมาชิกเล่าประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค การฟัง (Listening) การเข้าใจ (Empathy) โดยให้ความสนใจกับปัญหาของสมาชิกอย่างแท้จริง
 10. ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกเจ้าของเรื่องสำรวจปัญหา ทั้งในแง่ของเนื้อหา อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และความคาดหวังจากเรื่องราวที่นำมาเล่าในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเจ้าของเรื่องได้ระบายออกถึงอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ใช้เทคนิค ระบายความในใจ (Ventilation) เทคนิคการตามเรื่อง (Tracking) เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed-Back) เป็นต้น
 11. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของสมาชิก
 12. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อเสนอแนะในการลดภาวะซึมเศร้าและลดสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 13. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่กลุ่มเสนอแนะ โดยการบอกชื่อผู้เสนอแนะในแต่ละประเด็นทุกครั้ง เพื่อให้สมาชิกที่แสดงความคิดเห็น รับรู้ว่าตนเองสามารถช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นได้ และความคิดของตนเองเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม
 14. ผู้นำกล่าวชื่นชม สมาชิกที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่ม

15. ผู้นำให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม ในประเด็นที่ขาดหายไป ใช้เทคนิค การแนะนำ (Suggestion) การให้ความรู้ (Psycho education)
16. ผู้นำให้ความมั่นใจแก่สมาชิก (Reassurance) ในประเด็นที่กลุ่มแนะนำในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า
17. ให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
18. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างที่ 2 ประเด็นครอบคลุมเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับความคิด
 อัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยกลุ่ม
4. ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง
5. ให้สมาชิกบอกกติกาการทำกลุ่ม
6. ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
7. ผู้นำกล่าวนำเข้าสู่ประเด็นเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบ
8. ผู้นำให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
9. สมาชิกเล่าประสบการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ระหว่างที่สมาชิกเล่าประสบการณ์
 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค การฟัง (Listening) การเข้าใจ (Empathy) โดยให้ความสนใจกับปัญหาของ
 สมาชิกอย่างแท้จริง
10. ผู้นำเชื่อมโยงเรื่องราวของสมาชิกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ
11. ผู้นำเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่ม แสดงความคิดเห็นว่า ประเด็นใดบ้างในเรื่องที่ที่
 สมาชิกนำมาเล่าเป็นรูปแบบความคิดด้านลบ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกันในกลุ่ม
12. ผู้นำสรุปประเด็นความคิดด้านลบที่สมาชิกช่วยกันเสนอ ใช้เทคนิค การสรุปความ
 (Summarizing)
13. ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) โดยให้กลุ่มช่วยเสนอการปรับ
 รูปแบบความคิดให้เป็นด้านบวก และผู้นำเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก ใช้เทคนิค การ
 นำทาง (Guidance) การแนะนำ (Suggestion) การให้ความรู้ (Psycho education) เป็นต้น
14. ผู้นำกล่าวชื่นชมสมาชิกทุกคนที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับกลุ่ม
15. ผู้นำให้กำลังใจแก่สมาชิกในการนำวิธีการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบไปใช้ในการ
 ลดภาวะซึมเศร้า
16. ผู้นำกล่าวสรุปประเด็นการทำกลุ่ม
17. ให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
18. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ตัวอย่างที่ 3 ประเด็นครอบคลุมเรื่อง การแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้า จากประสบการณ์ของสมาชิก ภายหลังที่ได้รับคำแนะนำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริง และสมาชิกเกิดการเรียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยกลุ่ม
4. ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง
5. ให้สมาชิกบอกกติกาการทำกลุ่ม
6. ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่ได้รับการคัดเลือกเสนอปัญหาและ การแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้า จากประสบการณ์ของสมาชิกภายหลังที่ได้รับคำแนะนำในการทำกลุ่มครั้งก่อน
8. สมาชิกเล่าประสบการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ระหว่างที่สมาชิกเล่าประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค การฟัง (Listening) การเข้าใจ (Empathy) โดยให้ความสนใจกับปัญหาของสมาชิกอย่างแท้จริง
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการนำข้อเสนอแนะในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าไปใช้ในชีวิตจริง
10. ผู้นำสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่พบ ความรู้สึกของสมาชิกภายหลังการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
11. ผู้นำให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม ในประเด็นที่ขาดหายไป ใช้เทคนิค การแนะนำ (Suggestion) การให้ความรู้ (Psycho education)
12. ผู้นำกระตุ้นสมาชิกคนอื่นเสนอเรื่องของตนเอง ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าภายหลังการนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มไปใช้ เพื่อให้เกิด ความหวังแก่สมาชิกและเกิดเป็นตัวอย่าง (Modeling) แก่เพื่อนสมาชิก
13. ผู้นำให้แรงเสริมทางบวกในเรื่องของทักษะและความสามารถของสมาชิก ในการนำข้อเสนอแนะไปจัดการกับความภาวะซึมเศร้าใช้เทคนิค การให้ความมั่นใจ (Reassurance) การส่งเสริม (Reinforcement) การชมเชย (Praise)
14. ผู้นำกล่าวสรุปประเด็นการทำกลุ่ม
15. ให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
16. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ตัวอย่างที่ 4 ประเด็นครอบคลุมเรื่อง ประสบการณ์ ความภาคภูมิใจของตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความสามารถและคุณค่าในตนเอง

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยกลุ่ม
4. ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง
5. ให้สมาชิกบอกกติกาการทำกลุ่ม
6. ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเสนอตนเองเพื่อเล่าประสบการณ์ ความภาคภูมิใจของตนเอง
8. สมาชิกเล่าประสบการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
9. ผู้นำกล่าวชื่นชม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความรู้สึกชื่นชม ต่อประสบการณ์ทางบวก ของเพื่อนสมาชิก
10. ให้สมาชิกเสนอตนเองเพื่อเล่าประสบการณ์ โดยไม่ให้ซ้ำคน
11. ผู้นำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิก เพื่อเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง ใช้เทคนิคการส่งเสริม (Reinforcement) การชมเชย (Praise)
12. ผู้นำกล่าวสรุปประเด็นการทำกลุ่ม
13. ให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
14. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พฤติกรรมและการแสดงออกของผู้เสพติดสุราในการดำเนินการจิตบำบัด
ระดับประคองแบบกลุ่ม**

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 1

T1 แต่งกายสะอาด การพูดมีลักษณะต่อเนื่องไม่ติดขัด สีหน้ายิ้มแย้ม กล้าพูดกล้าแสดงออกสุภาพ ให้ความร่วมมือขณะทำกลุ่มดี ทำตามกติกากลุ่ม

T2 แต่งกายสะอาด พูดน้อยต้องกระตุ้น เวลาพูดสบตาน้อย ก้มหน้าเวลาเข้ากลุ่มแต่ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดี

T3 แต่งกายสะอาด ไม่ค่อยพูดยิ้มแย้ม มีอาการง่วงซึม นั่งก้มหน้า

T4 แต่งกายสะอาด พูดฉะฉาน ชอบแสดงความคิดเห็น มีพูดแข่งสมาชิกคนอื่น แต่สามารถควบคุมอาการได้ เมื่อได้รับคำเตือนจากสมาชิกกลุ่ม ให้ความร่วมมือดี ชอบซักถาม

T5 การแต่งกายสะอาด ตาด้านซ้ายบอด มองไม่เห็น ชอบนั่งฟังมากกว่าเป็นผู้เสนอประเด็น เมื่อให้แสดงความเห็นสามารถแสดงความคิดเห็นได้ ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่ม

T6 แต่งกายสะอาด มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงความคิดเห็น บางครั้ง พูดแทรกขณะผู้อื่นสนทนา มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มดี สุภาพ

T7 แต่งกายสะอาด มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มน้อย ยิ้มง่าย ซื่อาย ไม่ค่อยพูดไม่ค่อยสบตา ให้ความสนใจขณะสมาชิกเล่าประสบการณ์

T8 แต่งกายสะอาด พูดฉะฉาน กล้าแสดงออกให้ความสนใจในการทำกลุ่มดีมีการเสนอความคิดเห็นเป็นระยะ

T9 แต่งกายสะอาด ให้ความสนใจในการทำกลุ่มดี พูดน้อยไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิก

T10 แต่งกายสะอาด พูดจาเฝงผาง แสดงความคิดเห็นเมื่อกระตุ้นด้วยคำถาม

T11 แต่งกายสะอาด พูดน้อย ตัวเหลือง ซึม มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มน้อยต้องกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 2

T1 สีหน้ายิ้มแย้มกล้าพูดกล้าแสดงออกสุภาพ ให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ขณะทำกลุ่มดี ทำตามกติกากลุ่ม

T2 พูดน้อยต้องกระตุ้น เวลาพูดสบตามากขึ้น ครั้งนี้สีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้มเวลาเข้ากลุ่ม ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดี

T3 ไม่ค่อยพูด ยิ้มแย้มบางครั้ง มีอาการง่วงซึม ต้องกระตุ้นเป็นระยะ

- T4 ชอบแสดงความคิดเห็นควบคุมการพูดแทรกสมาชิกอื่นได้ดีขึ้นให้ความร่วมมือดี ชอบซักถาม ในทุกประเด็น
- T5 ชอบนั่งฟังสมาชิกอื่นเล่าประสบการณ์ ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะยังมีอาการประหม่าเวลาแสดงความคิดเห็น
- T6 มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงความคิดเห็น ครั้งนี้ พูดแทรกขณะผู้อื่นสนทนา บ่อยต้องย้ายติกากลุ่มเรื่องการยกมือก่อนพูด มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มดี สุภาพ
- T7 ไม่ค่อยพูด สบตาสมาชิกคนอื่นมากขึ้น ให้ความสนใจขณะสมาชิกเล่าประสบการณ์ ครั้งนี้สามารถควบคุม ความรู้สึกเศร้าขณะเล่าประสบการณ์เดิมได้ดีขึ้น
- T8 กล้าแสดงออก ให้ความสนใจในการทำกลุ่มดี มีการเสนอความคิดเห็นที่ดี สมาชิกคนอื่นในกลุ่มให้ความสนใจดีขณะมีการเสนอความคิดเห็น
- T9 พูดน้อยไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกท่านอื่นมากนัก
- T10 แสดงความคิดเห็นเมื่อกระตุ้นด้วยคำถาม บางช่วงไม่มีสมาธิในการทำกลุ่มต้องเรียกความสนใจให้กลับเข้ามาอยู่ในกลุ่ม
- T11 พูดน้อยมาก ดูซึม ง่วงตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มน้อยต้องกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 3

- T1 ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดีมีการแสดงความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง ช่วยกระตุ้นสมาชิกคนอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์น้อย ทำตามกติกากลุ่ม ดี
- T2 เวลาพูดสบตามากขึ้น ครั้งนี้สีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้ม แสดงความคิดเห็นมากขึ้น มีสมาธิในการทำกลุ่ม เวลาเข้ากลุ่มให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดี
- T3 ยิ้มแย้ม มีอาการง่วงซึม บางช่วงที่สมาชิกท่านอื่นเล่าประสบการณ์ ต้องกระตุ้นเป็นระยะ ครั้งนี้เป็นผู้เล่าประสบการณ์ สามารถเล่าได้อย่างต่อเนื่อง สีหน้าสดชื่นเวลาได้รับความสนใจจากกลุ่มและเมื่อสมาชิกอื่นสนใจซักถาม
- T4 แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ต่อสมาชิกอื่นให้ความร่วมมือดี ชอบซักถาม ในทุกประเด็น ครั้งนี้พูดโยงประสบการณ์ของตนเองที่คล้ายกับประสบการณ์ของสมาชิกเจ้าของเรื่อง ได้ดี ครั้งนี้ไม่ค่อยพูดแทรกขณะสมาชิกอื่นเล่าประสบการณ์ ทำตามกติกากลุ่ม ดี
- T5 ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะ อาการประหม่าเวลาแสดงความคิดเห็นลดลงมาก ให้ข้อคิดเห็นดี สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจต่อ T 5 มากขึ้น

T6 มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงความเห็น ในบางครั้ง ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากส่วนรวม ยังมีข้อโต้แย้งบ้าง ครั้งนี้ พูดแทรกขณะผู้อื่นสนทนาน้อย เนื่องจากสมาชิกอื่นให้ทำตามกติกา กลุ่มเรื่องการยกมือก่อนพูด มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มดี สุภาพ ยิ้มแย้ม

T7 ไม่ค่อยพูด ให้ความสนใจขณะสมาชิกเล่าประสบการณ์ สบตากับผู้อื่นมากขึ้น ยอมรับเมื่อสมาชิกอื่นกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น

T8 ขณะเล่าประสบการณ์ และคิดว่าตนเองมีความผิดพลาดในชีวิตในช่วงวัยเรียน แสดงออกว่าสะเทือนใจต่อเหตุการณ์ในอดีต มีตาแดง หยุดพูดเล็กน้อยก่อนจะเล่าประสบการณ์ ต่อเมื่อได้รับกำลังใจจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก สีหน้าดีขึ้น สมาชิกคนอื่นในกลุ่มให้ความสนใจดี มีการเสนอความคิดเห็น และชื่นชมในความตั้งใจ ให้ความสนใจสมาชิกอื่นขณะทำกลุ่มดี

T9 มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกท่านอื่นมากขึ้นโดยเฉพาะกับ T7 เนื่องจากเพิ่งทราบว่าอยู่จังหวัดเดียวกัน มีการสนทนากัน สองคนบ้าง และเมื่อสมาชิกท่านอื่นเตือนให้พูดในกลุ่ม สามารถปฏิบัติตามกติกาได้ อารมณ์ดี สีหน้าแจ่มใส

T10 แสดงความคิดเห็นดี โดยเฉพาะในเวลาที่มีสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ให้ความสนใจจะมีท่าทีสดชื่นและตั้งใจทำกลุ่มมากขึ้น

T11 แสดงความคิดเห็นมากขึ้นกว่าเดิม แต่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มน้อยต้องกระตุ้น

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 4

T1 สีหน้ายิ้มแย้ม ให้กำลังใจเพื่อนดี เพื่อนสมาชิกทักทายเรื่องครั้งนี้ โทนหมวดและตัดผมมาใหม่ T 1 มีสีหน้าสดชื่น ตลอดการทำกลุ่ม

T2 สีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้ม มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มมากขึ้น ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม

T3 ยิ้มแย้มแสดงข้อคิดเห็น ดี ลักษณะการพูดและการแสดงออกในการทำกลุ่มครั้งนี้มีความจริงจัง สุขุม มีบุคลิกภาพของความเป็นผู้นำ ตัวอย่างเช่น “ผมมองว่าเค้ายังมีอนาคตที่ดี รออยู่ สิ่งที่ผ่านมาเป็นบทเรียน เป็นครู อะไรที่ทำให้เรามีความทุกข์ก็อย่าไปจดจำ ให้คิดแต่เรื่องที่ดี ทำสิ่งที่ดี ใช้สติ สมาธิ เพื่อให้เกิดปัญญา ให้รู้จักปฏิเสธสิ่งไม่ดี” เป็นต้น

T4 การทำกลุ่มครั้งนี้ เวลาจะพูดมีการยกมือขออนุญาตกลุ่มทุกครั้ง แสดงออกถึงภาวะผู้นำในช่วงการเสนอความคิดเห็น มีความสนใจในการสนทนาภายในกลุ่ม ตลอดช่วงเวลาที่ทำกลุ่ม

T5 ให้กำลังใจโดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้นำกลุ่มเหมือนครั้งก่อน ๆ มีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม ตลอดช่วง มองสบตาขณะสนทนา ไม่มีอาการประหม่าดังเช่นการเข้ากลุ่มครั้งแรก

T6 มีท่าทางดีใจ เมื่อพูดถึงการได้กลับบ้าน มีการแสดงออกทางสีหน้าเวลาไม่สบายใจเรื่องผลการรักษา ยอมรับความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่มมากขึ้น เคารพกติกากลุ่ม และรู้จักมารยาทในการพูด ไม่พูดแทรกเหมือนเดิม เมื่อได้รับกำลังใจจากสมาชิกกล่าวขอบคุณทุกครั้ง

T7 ยิ้มแย้มดี มีการพูดคุยกันกับสมาชิกอื่นมากขึ้น แสดงความกังวลเล็กน้อยที่ T 6 ต้องกลับบ้านอาทิตย์หน้า เนื่องจากสนิทกัน

T8 ให้ความสนใจในการทำกลุ่มดี มีการเสนอความคิดเห็นตลอดเวลาที่มีสมาธิในเรื่องที่สมาชิกเล่า สามารถให้ข้อเสนอแนะที่ดีแก่กลุ่มได้ มีบุคลิกสบาย ๆ ยิ้มแย้ม

T9 พูดมากขึ้น เริ่มมีการหยอกล้อเพื่อน ๆ ในกลุ่มเป็นระยะ แสดงความคิดเห็นเมื่อถูกถาม

T10 พูดเสียงดังฟังชัด ให้ข้อเสนอแนะแก่กลุ่มได้ มี 2 ช่วง ที่นั่งเล่นกระดาษ ไม่สนใจกลุ่ม ผู้นำให้กลุ่มกระตุ้นเรียกความสนใจให้กลับมาอยู่ที่กลุ่ม สามารถทำได้

T11 แสดงความคิดเห็นทุกครั้งที่กระตุ้น พูดเป็นประโยคยาวกว่าเดิม สบตาสมาชิกกลุ่มมากขึ้น ดูสดชื่นมากขึ้นไม่อ่อนเพลีย

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 5

T1 สีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นเนื่องจากเจ็บคอ

T2 พูดน้อยสีหน้าสดชื่น มีการสนทนาในกลุ่มมากขึ้น

T3 ยิ้มแย้มบางครั้ง ให้ข้อคิดเห็นต่อกลุ่มเป็นระยะ ส่วนมากต้อง กระตุ้น

T4 ให้ความสนใจในกลุ่มดี เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาแก่เพื่อนสมาชิกได้ดี ในช่วงการให้บอกข้อดีของตนเอง ยังไม่สามารถบอกได้ ต้องให้สมาชิกกลุ่มช่วยสะท้อน หลังได้รับการบอกข้อดี สีหน้ายิ้มแย้ม

T5 ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะ ไม่ค่อยแสดงข้อคิดเห็น สีหน้ายิ้มแย้ม

T6 สนใจกลุ่มดี มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนสมาชิก ชอบแสดงความคิดเห็น

T7 ไม่ค่อยพูด ให้ความสนใจขณะสมาชิกเล่าประสบการณ์ ครั้งนี้ สีหน้าสดชื่น มีการเตรียมตัว หวีผมให้เรียบร้อย ก่อนมาเข้ากลุ่ม มีอารมณ์ร่วมในการสนทนาในกลุ่มมากขึ้น

T8 ให้ความสนใจในการทำกลุ่มดี มีการเสนอความคิดเห็นที่ดี

T9 พูดน้อยไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกท่านอื่นมากนัก

T10 แสดงความคิดเห็นดี มีสมาธิในการเข้ากลุ่มมากขึ้น

T11 พูดน้อย ในช่วงให้บอกข้อดีของตนเอง มีท่าทาง สดชื่นขึ้น บอกข้อดีของตนเองในเรื่องความสามารถในการทำงานได้เยอะ เมื่อสมาชิกอื่นแสดงความชื่นชมมีสีหน้ายิ้มแย้ม

กลุ่มทดลองที่ 1 ครั้งที่ 6

T1 สีน่ายิ้มแย้ม กล้าพูดกล้าแสดงออกสุภาพ ให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ขณะทำกลุ่มดี ทำตามกติกากลุ่ม

T2 พูดน้อยต้องกระตุ้น เวลาพูดสบตามากขึ้น ครั่งนี้สีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้มเวลาเข้ากลุ่มให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดี

T3 ไม่ค่อยพูด ยิ้มแย้มบางครั้ง มีอาการง่วงซึม ต้องกระตุ้นเป็นระยะ

T4 ชอบแสดงความคิดเห็น ควบคุมการพูดแทรกสมาชิกอื่นได้ดีขึ้น ให้ความร่วมมือดี ชอบซักถาม ในทุกประเด็น

T5 ชอบนั่งฟังสมาชิกอื่นเล่าประสบการณ์ ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะยังมีอาการประหม่าเวลาแสดงความคิดเห็น

T6 มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงความเห็น ครั่งนี้ พูดแทรกขณะผู้อื่นสนทนาบ่อยต้องย้ำกติกาเรื่องการยกมือก่อนพูด มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มดี สุภาพ

T7 ไม่ค่อยพูด สบตาสมาชิกคนอื่นมากขึ้น ให้ความสนใจขณะสมาชิกเล่าประสบการณ์ครั้งนี้สามารถควบคุม ความรู้สึกเศร้าขณะเล่าประสบการณ์เดิมได้ดีขึ้น

T8 กล้าแสดงออก ให้ความสนใจในการทำกลุ่มดี มีการเสนอความคิดเห็นที่ดี สมาชิกคนอื่นในกลุ่มให้ความสนใจดีขณะมีการเสนอความคิดเห็น

T9 พูดน้อยไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกท่านอื่นมากนัก

T10 แสดงความคิดเห็นเมื่อกระตุ้นด้วยคำถาม บางช่วงไม่มีสมาธิในการทำกลุ่มต้องเรียกความสนใจให้กลับเข้ามาอยู่ในกลุ่ม

T11 พูดน้อยมาก ดูซึม ง่วงตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มน้อยต้องกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 1

T12 สีน่ายิ้มแย้ม ให้ความสนใจกลุ่ม แสดงความคิดเห็นเป็นระยะ

T13 แสดงความคิดเห็นตลอดเวลาแต่แสดงออกว่าไม่ต้องการความคิดเห็นผู้อื่นการพูดบางครั้งแสดงอารมณ์รุนแรงต่อเพื่อนสมาชิก

T14 ยิ้มแย้มบางครั้ง สมาธิขณะเข้ากลุ่มช่วงแรกไม่ดี หลังจากให้สมาชิกคนอื่นช่วยดึงความสนใจโดยการ ป้อนคำถามเป็นระยะ จึงมีความสนใจในการเข้ากลุ่มมากขึ้น

T15 ให้ความสนใจในกลุ่มดี มีการเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาแก่เพื่อนสมาชิกได้ดี พูดน้อย ลักษณะการพูดมีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจในตนเอง

T16 ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะ ไม่ค่อยพูดต้องกระตุ้น

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 2

T12 สีน้ายิ้มแย้ม ปลอดภัยเพื่อนสมาชิกได้ดี มีการใช้คำพูดที่อ่อนโยน มีท่าที่เป็นมิตร

T13 ขณะเล่าประสบการณ์ร้องไห้ ตลอด แสดงสีหน้า ไม่พอใจเมื่อคนอื่นแสดงความคิดเห็นในช่วงแรก แต่เมื่อได้ระบายออก และเมื่อสมาชิกอื่นแสดงความเข้าใจ เห็นใจ T 13 มีท่าที่ยอมรับมากขึ้น สีหน้าดีขึ้น ระยะเวลาสิ้นสุดกลุ่ม เริ่มมีการหยอกล้อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

T14 ขณะเล่าประสบการณ์พูดเสียงดัง สีหน้าแสดงความกดดัน แต่เมื่อเพื่อนสมาชิกให้ความสนใจและให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ T14ยอมรับฟัง และลดความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ ระยะเวลาสิ้นสุดกลุ่ม บอกว่าต้องการให้มีการทำกลุ่มครั้งต่อไป มีความกระตือรือร้นในการนัดหมาย

T15 เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาแก่เพื่อนสมาชิกได้ดี มีการแสดงความเป็นผู้นำสูง พูดน้อย แต่เมื่อแสดงความคิดเห็นสามารถให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ได้ดี

T16 ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มทุกระยะไม่ค่อยแสดงข้อคิดเห็นแต่เมื่อกระตุ้นถามสามารถให้ข้อคิดได้ มีการสับสนเรื่องการสื่อความหมายทางด้านภาษา แต่เพื่อนสมาชิกช่วยกันสื่อความหมายได้ดี

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 3

T12 ให้ความสนใจในประเด็นการทำกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นเป็นระยะ พูดน้อย ยิ้มแย้มแจ่มใส

T13 สีหน้าสดชื่น ดูผ่อนคลายมากขึ้นกว่าครั้งก่อน ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ลดพฤติกรรมและคำพูดที่ก้าวร้าวลง สุภาพมากขึ้น ให้ความเป็นกันเองกับเพื่อนสมาชิกมากขึ้น

T14 มีการแสดงออกของภาวะผู้นำให้ความสนใจต่อกลุ่ม ตั้งความสนใจจากกลุ่ม ขณะสนทนาได้ดี บางครั้งผูกติดการสนทนาคนเดียว เมื่อผู้นำให้สมาชิกอื่นช่วยแสดงความคิดเห็น มีการยอมรับฟังความคิดเห็นของกลุ่ม ดี

T15 มีความเป็นผู้นำสูงลักษณะท่าทางสุภาพอ่อนโยนให้ความสนใจต่อประเด็นที่เพื่อนสมาชิกพูด สบตาผู้อื่นทุกครั้งที่ผู้อื่นสนทนา มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความคิดเชิงเหตุผล

T16 ขณะเข้ากลุ่มบางช่วงเหม่อลอย เมื่อกลุ่มตั้งความสนใจกลับมาที่กลุ่มให้ความสนใจต่อกลุ่มดี พูดฟังไม่ค่อยชัดแต่เมื่อให้หัดพูดซ้ำ ๆ ให้ชัดเจน สามารถทำได้ดีขึ้น เสนอความเห็นเมื่อกระตุ้น ไม่ค่อยเสนอตัวในการเล่าประสบการณ์ ยิ้มแย้ม มีท่าทางเขินอายบางช่วง

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 4

T12 สีน้ายิ้มแย้ม ในช่วงแรก แต่เมื่อกล่าวถึงลูกสาว ที่ไม่มาเยี่ยม ผู้ป่วยยังแสดงออกถึงอารมณ์ซึมเศร้าสูง น้ำตาไหลตลอด บอกว่าน้อยใจ แต่เมื่อได้ระบายความรู้สึกสีหน้าดีขึ้น สังเกตพบว่า T12 ยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นมากขึ้น มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

T13 มีการสนทนาในกลุ่มมากขึ้น ครั้งนี้เล่าประสบการณ์พบว่า มีการแสดงออก และสนทนา ต่อหน้าบุคคลอื่นได้ดี ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์เศร้า รับฟังความคิดเห็นคนอื่น มีส่วนร่วมในการสนทนาในกลุ่มดี

T14 ให้ข้อคิดเห็นต่อกลุ่มทุกระยะ มีการประคับประคองอารมณ์เมื่อเพื่อนสมาชิกเกิดปัญหา เมื่อผู้นำให้ฝึกจับความคิดด้านลบ สามารถทำได้ดี

T15 ให้ความสนใจในกลุ่มดีมาก มีบุคลิกอบอุ่น คำพูดอ่อนโยน เมื่อปลอบเพื่อนสมาชิกที่มีปัญหา สามารถทำให้เพื่อนสมาชิกผ่อนคลาย การแสดงออกทางด้านความคิด เป็นเหตุเป็นผล

T16 ให้ความสนใจกับกิจกรรมกลุ่มมากขึ้น ยังคงไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น แต่สีหน้ายิ้มแย้มตลอดการเข้ากลุ่ม

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 5

T12 ให้ความสนใจในการทำกลุ่ม เมื่อเล่าถึงลูกแสดงออกถึงความภูมิใจ

T13 สีน้ายิ้มแย้มเมื่อได้รับคำชมถึงความสามารถในการทำงานด้านก่อสร้างจากผู้นำกลุ่มและเพื่อนสมาชิก การแสดงออกในครั้งนี้เหมาะสม ไม่มีท่าทางเศร้าซึม

T14 ยิ้มแย้มกล่าวคำขอบคุณ เมื่อเพื่อนสมาชิกชื่นชมความสามารถ เล่าประสบการณ์เป็นเวลานาน กว่าสมาชิกอื่น แสดงออกถึงความภูมิใจในตนเอง

T15 สุภาพ การพูดเรียบร้อย แสดงความภูมิใจเมื่อกล่าวถึงครอบครัว ให้ความสนใจต่อเรื่องที่เพื่อนสมาชิกเล่า ชื่นชมความสามารถของเพื่อนสมาชิก

T16 ไม่ค่อยแสดงข้อคิดเห็น สีน้ายิ้มแย้ม เล่าประสบการณ์ของตนสั้นๆ เพื่อนสมาชิกช่วยกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น สามารถแสดงความคิดเห็นได้ ไม่ค่อยแสดงออกถึงความภูมิใจในตนเอง

กลุ่มทดลองที่ 2 ครั้งที่ 6

T12 สีน้ายิ้มแย้ม สดใส ให้ความสนใจสมาชิกในกลุ่มดี

T13 สีน้าสดชื่น การแสดงออกในการเข้าสังคมเหมาะสม ให้ความสนใจเพื่อนสมาชิกขณะสนทนา มีสมาธิมากขึ้น

T14 ท่าทางสดชื่น สนใจกิจกรรมกลุ่มให้ความสนใจเรื่องที่สนทนาในกลุ่ม ฝากข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ให้กำลังใจสมาชิกอื่นช่วงทำกลุ่มได้ดี

T15 ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ สนใจการสนทนาในกลุ่ม แสดงความเป็นผู้นำขณะให้ข้อคิดเห็นในกลุ่ม

T16 ไม่ค่อยแสดงข้อคิดเห็นบางครั้งยังจับประเด็นการสนทนาในกลุ่มไม่ได้ ต้องทวนคำถามซ้ำ สีน้ายิ้มแย้ม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
เลขที่ประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ(นาย /นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์ และความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการ ในช่วงสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้าจะได้รับการประเมิน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบวัดคุณค่าในตนเอง ทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม และทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

.....
สถานที่/ เวลา

.....
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / เวลา

.....
(นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / เวลา

.....
พยานลงนาม

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุจิตรา อูร์ตนมณี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
โทรศัพท์เคลื่อนที่	085-116-9555

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
2. มีวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
 - 2.2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยจะจัดผู้ดูแลผู้เสพติดสุรา ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ผู้เสพติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ได้จัดไว้ในโรงพยาบาล
 - กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ผู้เสพติดสุราที่ได้รับการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
4. การใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประกอบด้วย การดำเนินการกลุ่มซึ่งมี 3 ระยะ
 - 4.1 ในระยะเริ่มกลุ่ม มีการแนะนำและการเตรียมกลุ่ม (Orientation and Preparation) ใช้เวลา 5 นาที
 - 4.2 ระยะดำเนินการกลุ่ม มี การเล่าเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม (Agenda go-round) ใช้เวลา 20 นาที และ การทำงานให้ได้ประโยชน์ (Work on the agenda) ใช้เวลา 20 นาที
 - 4.3 ระยะสิ้นสุดการ มีการให้ผู้ป่วย แสดงความรู้สึกต่อการทำกลุ่ม (The patients Response of the meeting) ทำกลุ่ม ใช้ เวลา 10 นาที และการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้บำบัด (Therapists and Observers Discussion of meeting) การสรุปผลการทำกลุ่ม ใช้เวลา 5 นาที
 ทำกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในการวิจัยนี้โดยผู้วิจัยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นในโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้เสพติดสุราจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรก เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน และทำแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุราที่เข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุรา จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

7. ผู้เสพติดสุรา มีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัว จากโครงการทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาได้รับแต่ประการใด

8. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เสพติดสุราที่เข้าร่วมวิจัย

9. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้เสพติดสุรา ไม่มีการระบุชื่อแต่อย่างใด

10. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เสพติดสุราทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบแสดงการขอเก็บข้อมูลวิจัยในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบ
เครื่องมือ และจริยธรรมวิจัย กรรมการวิจัย (ประกอบด้วย 2 หน้า)

ด้านหน้า

ที่ ศช 0512.11/ 1765

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคค ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑3 สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา อัครคณมณี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาเสพติด" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้เสพยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้แผนการดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตรา อัครคณมณี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอเรียนขอผลึกผล ดำเนินการ
ทูลเกล้าฯ ถวาย ๒๕ สิงหาคม ๒๕๔๙ - 15 กันยายน ๒๕๔๙

เรียน ท่าน ผอ.

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อขอทราบให้

ดำเนินการต่อไปด้วย จะขอขอบพระคุณ

๒๕
24 ส.ค. 2549

ขอแสดงความนับถือ

สุจิตรา อัครคณมณี
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ลายเซ็น)
สุจิตรา อัครคณมณี

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ทราบ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ดำเนินการได้

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-218-9822

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตรา อัครคณมณี โทร. 0-6345-6464

(นาม นิสิต อัครคณมณี)

*๑๕๐๐ คน ลีลาพร
ส่งเอกสารไปยังผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์
วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๔๙*

นางสาวสุจิตรา อัครคณมณี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
24 ส.ค. 2549

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล นางสาวสุจิตรา ชูรัตน์มณี

วัน เดือน ปี เกิด 31 มีนาคม 2523

ประวัติการศึกษา

ปี 2544 สำเร็จหลักสูตร พยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปี 2549 สำเร็จหลักสูตร พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งอาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย