

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
5. แนวคิดทฤษฎีในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยาลอม
6. แบบแผนกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะ และเขาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษมตันติผลลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sadock , B. J. & Sadock , V. A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive Disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท จึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกาย และโรค

ทางสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป

1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.2.2.1 พันธุกรรม (Genetic Factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง (ไพร์ตัน พฤษชาชาติคุณากร, 2543)

1.2.2.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

1.2.2.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มมีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของสมอง (Taylor, 1994)

1.2.2.4 ด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Culture Factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่

ได้ในสถานภาพเดิม (Downward Drift Hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social Causation Hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่าเดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Expressed Emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีที่ทำไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional Over Involvement)

1.3 อาการทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime Prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก

1.3.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ (1) Avolition พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ (4) Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.4 การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ต้นผลาชีวะ และลักษณะนา ธีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1.5.3.1 การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มหมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรักและพฤติกรรม

1.5.3.2 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัด ผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายรูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) ผู้ดำเนินกลุ่มจึง ต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะความริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้ แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเจียบ (Trotzer, 1997) ชนิดของกลุ่ม กิจกรรมบำบัดเช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

1.5.3.3 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or Family Counseling) เกิดขึ้นจากที่ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง

1.5.3.4 นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการ เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

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

ส่วนBeck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่าง ๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในแง่ลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้ามดังกล่าว สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกไร้คุณค่า และมีความคิดอยากตาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกทางการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม

2.2 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression symptom)

2.2.1 อารมณ์เศร้าโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อยหรืออาจมีอยู่ตลอดเวลา

2.2.2 อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว

2.2.3 รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

2.2.4 เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่อาหารที่ตนเองเคยชอบ

2.2.5 นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย

2.2.6 รู้สึกอ่อนเพลีย อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

2.2.7 ความคิดเชิงซ้ำ การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เจ็บและซีมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งกาย หรือ การอ่านหนังสือ

2.2.8 สมองเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

2.2.9 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา

2.2.10 รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่

2.2.11 ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

2.2.12 ความกลัวจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียวไม่อาจทำให้สงบ

2.2.13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มากและคิดว่าเป็นโรคทางกาย

ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect of state) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงอยู่นาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or strait) คือ คงอยู่นานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงอยู่นาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะเศร้า หรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

3.1 อาการทางจิต (psychophysiologic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

3.2 อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ซ้ำหลงซ้ำลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 อาการทางพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย หรือนิ่งไม่คิด เป็นต้น

2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น

2.3.1 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยศาสตราจารย์ แฮมมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างมาใช้เพื่อ 1) หาความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การรักษา 2) เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่าง ๆ หรือ 3) เพื่อตรวจค้นหาอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการแสดงโดยวิธีสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ที่ใช้ต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้จะลดลง ถ้าใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอาการทางร่างกายมากกว่าอาการทางความรู้สึกนึกคิด

2.3.2 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck (1961) แบบประเมินอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน แบบประเมินของ Beck นี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

2.3.3 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self – Rating Depression Scale) แบบประเมินของ เบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของ รัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0 – 60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง ใช้เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

2.4 การบำบัดรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (ลมภพ เรื่องตระกูล, 2542: จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ประกอบด้วย

2.4.1 การรักษาด้วยยา โรคซึมเศวรัรักษาหายได้ด้วยยา ยาที่ใช้รักษาเรียกว่ายาด้านอาการเศวรั (Antidepressant) ยานี้มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลดอาการซึมเศวรั 2) ลดอาการวิตกกังวล และ 3) ทำให้ง่วงซึม ยาด้านอาการเศวรัที่นิยมใช้มีหลายชนิด เช่น Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline แพทย์มักเริ่มด้วยขนาดน้อยๆก่อน เพื่อให้

ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงค่อยๆเพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้วแพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้

2.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

2.4.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคล และกลุ่มโดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหาสาเหตุ และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

2.4.4 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดีและใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยใช้หลักการดังนี้

2.4.4.1 ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.4.4.2 พยาบาลใช้เทคนิคทั้งคำพูด และท่าทีแสดงถึงความเห็นใจ และเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

2.4.4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และความทุกข์ของตน พยาบาลรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

2.4.4.4 ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสังคม

2.4.4.5 การป้องกันอันตราย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น

2.4.4.6 การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอนให้คำปรึกษาและฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

2.4.4.7 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพอนามัยของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ

2.4.4.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและแหล่งบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

2.4.5. การบำบัดการนึกคิด (Cognitive Therapy) (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) การบำบัดการนึกคิดเป็นการรักษาแบบใหม่ โดยมีหลักการอยู่ 3 ประการคือ

- 1 การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- 2 การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
- 3 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยการเปลี่ยนการนึกคิด

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (จิวรรณ สัตยธรรม, 2541 : กรมสุขภาพจิต, 2542 : อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

2.5.1 การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2.5.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันที่

2.5.3 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอน และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

2.5.4 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้ออกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ข้อสำคัญ คือ จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้า ด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน เพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น เกิดกำลังใจดีขึ้น

2.5.5 ล้างผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

2.5.6 การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ก็คือการออกกำลังกายเช่น การวิ่งหรือเล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจก็สดชื่นด้วย ในรายที่ซึมเศร้ามาก ๆ ยังไม่ต้องกระตุ้น แค่ให้ทำกิจวัตรประจำวันก็พอ

2.5.7 ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวัง และรู้สึกมีคุณค่า และยังกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

2.5.8 การเตรียมผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

2.6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The symptom of depression)

Ciaran Mulholland and Stephen Cooper (2000) อธิบายว่าอาการซึมเศร้ามักพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงอาการทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยให้ ประเมินอาการให้ได้เพื่อให้การรักษาให้อาการดีขึ้นได้

2.6.1 วินิจฉัยแยกโรค ต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการ ดังต่อไปนี้

2.6.1.1 โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) ผู้ป่วยมีโรคจิตเภทร่วมกับอารมณ์แปรปรวนโดยในบางช่วงมีอาการของโรคจิตเท่านั้น(ต้องมีอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์) และระยะที่มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนควรมานพอสสมควรเมื่อเทียบกับระยะเวลาทั้งหมด พิจารณาจากข้อบ่งชี้ตาม ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก

2.6.1.2 อาการทางจิต (Adjustment reactions) การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ โรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันหรืออาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่ต้องการรักษาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การรักษาที่เหมาะสมคือการรักษาแบบประคับประคองหรือให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจะให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยา อาการในช่วงที่กำลังแสดงอาการก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุหลักของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงกลายเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองในขณะที่ทำการรักษา แต่อย่างไรก็ตามอาการซึมเศร้ามักพบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแบบ positive ร่วมด้วย

2.6.1.3 ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับที่สองของการดำเนินของโรค อาการโศกเศร้า การติดเชื่อ ความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ หรือภาวะซึมเศร้าอาจเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด อาจจะทำให้เกิดภาวะกระวนกระวาย อารมณ์เศร้า ขณะเดียวกันในผู้ป่วยจิตเภทก็อาจแสดงลักษณะเดียวกัน การให้ยาและผลข้างเคียงของยา การใช้ยาลดความดันโลหิต สเตียรอยด์ ยาต้านอาการชัก ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าควรทำด้วยความระมัดระวัง ยิ่งไปกว่านั้นต้องพิจารณาถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับที่ไม่ใช่ยาทางจิตเวช รวมทั้งยาที่ได้รับการเปลี่ยนช่วงก่อนหน้าก็ถือว่าเป็นปัจจัยที่ต้องพิจารณาร่วมด้วยการใช้สารอื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น ผู้ป่วยที่งดดื่มสุราในช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยที่ใช้กัญชา ผู้ที่ใช้นิโคตินและคาเฟอีน

2.6.1.4 ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือ แสดงลักษณะไร้เรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการอื่น ๆ ที่ช่วยพิจารณาคือการแสดงอาการทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน เช่น อาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด วิดกกังวลและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทมักไม่พบอาการทางชีวภาพของอาการซึมเศร้าคืออาการนอนไม่หลับและวุฒิภาวะถดถอยและหากปรากฏอาการเหล่านี้ก็จะทำให้การวินิจฉัยแยกโรคยาก

2.6.1.5 การใช้ยาด้านอาการทางจิต ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาได้มีการใช้ยาด้านอาการทางจิตเพื่อรักษาอาการซึมเศร้า (De Alarcon and Carney, 1969) เป็นไปได้ว่ายาด้านอาการทางจิตออกฤทธิ์โดยตรงต่อ Dopaminergic Pathway และ Dopamine ซึ่งช่วยรักษาอาการ Akinesia และอาการข้างเคียงของ Extra Pyramidal ลักษณะนี้มักเรียกว่า Akinetic Depression (Van Putten and May, 1978)

แม้ว่าการสังเกตการณ์บางครั้งจะสนับสนุนทฤษฎีนี้แต่เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์เกิดกลับตรงกันข้ามสรุปได้ว่า ยาด้านอาการทางจิตมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกลับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เราพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาด้านอาการทางจิตยังคงพบอาการซึมเศร้า (Johnson, 1981) และพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดอาการซึมเศร่าลดลงเมื่อมีการใช้ยาด้านอาการทางจิต (Hirsch et al, 1989) และเมื่อหยุดใช้ยาด้านอาการทางจิตพบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาด้านอาการซึมเศร่ามีเพิ่มขึ้น (Hirsch et al, 1973) มีหลาย ๆ การศึกษาที่แสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร่าและไม่มีอาการซึมเศร่าร่วมกับเป็นโรคจิตเภทในเรื่องของขนาดของการใช้ยาด้านอาการทางจิต

Johnson (1981b) ประเมินการว่าพบ Akinetic depression ได้ 10 – 50 % ของ การเกิดอาการซึมเศร้าทุกชนิด เป็นการยากที่จะรู้ว่าเป็นเช่นนั้นจริงหรือไม่ แต่ก็เป็นความเป็นไปได้ และการรักษา ก็เป็นการให้ Anticholinergics อาการซึมเศร้าพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยทั้งที่ได้รับ Anticholinergics และไม่ได้รับ และการรักษาด้วยวิธีนี้ก็ไม่ได้รักษาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Johnson, 1981a)

2.6.2 การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

2.6.2.1 ภาวะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน Herz and Melville (1980) พบว่า อาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับประทานได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้าและพบปะเพื่อนน้อยลง พบมาก 60 % ในผู้ป่วย และมากกว่า 75 % จากญาติ

2.6.2.2 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะมีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depressive symptom during acute episode) ภาวะซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบมากที่สุดก่อนให้ยา (Knights and Hirsch, 1981) และเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับยา (Johnson, 1981) อาการซึมเศร้ามลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดขึ้นประมาณ 25 % ของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือน ซึ่งช่วยสนับสนุนได้ว่าอาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการที่เกิดร่วมกัน

2.6.2.3 ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depressive symptoms in chronic schizophrenia) อาการซึมเศร้าในระยะเรื้อรังพบได้น้อยลงอยู่ในช่วง ร้อยละ 4 ถึง ร้อยละ 25 เฉลี่ยร้อยละ 15 (Leff, 1990) มีเพียงการศึกษาของ Pogue – Geile (1989) เพียงการศึกษาเดียวที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการสม่ำเสมอและพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9

2.6.2.4 ภาวะซึมเศร้าหลังอาการทางจิต (Post-psychotic depression) ในปัจจุบันไม่ได้รับการสนใจ และไม่ได้บรรจุใน ICD 10 และ DSM IV

2.6.3. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ป่วยมักมีประวัติอาการซึมเศร้าชัดเจน เกิดร่วมกับภาวะสิ้นหวัง และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าภาวะอาการทางลบ (Drake and Cotton, 1986) และซึมเศร่ายังเกิดร่วมกับพยายามฆ่าตัวตายอีกด้วย (Prasad, 1986)

2.6.4 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าสนใจว่าส่วนใหญ่มักมีประวัติในครอบครัว (Roy et al, 1983 and Subotnik et al, 1997) อุบัติการณ์พบในผู้ชายและผู้หญิงเท่า ๆ กัน (Addington et al, 1996)

2.6.5 การรักษา จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้าด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิต

2.6.5.1 การรักษาทางยา มีรายงานถึงการให้ยาต้านอาการทางจิตกลุ่มใหม่ ๆ มากขึ้น เช่น Olanzapine (Tollefson et al, 1997) หรือยาตัวอื่น ๆ เช่น Risperidone, Ziprasidone และ Zolapine รวมทั้งการพิจารณาให้ Clozapine เพื่อลดอาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วย (Meltzer and Okayli, 1995) พบว่ายาในกลุ่ม SSRI มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่ต้องพิจารณาปฏิกิริยาและเภสัชศาสตร์ที่เกิดร่วมกับยาต้านอาการทางจิต เพราะจะเป็นตัวยับยั้งผลของ SSRI ในระบบ CYP450

2.6.5.2 การช็อคไฟฟ้า (ECT) แต่มีการศึกษาว่า ให้ผลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีนี้และกลุ่มที่ไม่ได้รักษาด้วยวิธีนี้

2.6.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคม จิตบำบัด การบำบัดความคิดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษา (Kingdon et al, 1994)

สรุปว่าอาการซึมเศร้านักเกิดร่วมกับโรคจิตเภท และเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรให้ความสนใจและให้การรักษาอย่างถูกต้องในผู้ป่วยจิตเภททุกราย

2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

2.7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล การว่างงาน สัมพันธภาพในการสมรส การอยู่คนเดียว การสูญเสียพ่อแม่ (Roy, Thompson and Kenedy, 1983)

2.7.2 การป่วยซ้ำ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การตอบสนองต่อการรักษาทางยาไม่ดี ประวัติการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Hausmann, 2002) ระยะเวลาในการป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยใหม่ๆพบว่าร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้า มากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยมานาน (White C et al. , 2004 อ้างถึงในปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546)

2.7.3 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Scheller- Gilkey G et al., 2002)

2.7.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Baynes D et al., 2002) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546

2.7.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จากการศึกษาของ Roy, Thompson and Kenedy (1983) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกโดยจับคู่ระหว่างผู้ป่วย

จิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.8 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นเจตคติที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองว่ามีคุณค่า มีความหมาย มีความสามารถและประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่มีพัฒนาการ กระบวนการพัฒนาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและจะเพิ่มขึ้นตามอายุ

2.8.1 องค์ประกอบของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน Coopersmith.(1981) ได้แบ่งองค์ประกอบพื้นฐานของความสำนึกในคุณค่าแห่งตนไว้ 4 องค์ประกอบได้แก่

2.8.1.1 ความสำคัญ (Significance) เป็นแนวทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับตนเองต่อการได้รับการยอมรับ มีคุณค่า และการเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อสังคม

2.8.1.2 ความสามารถ (Competence) เป็นแนวทางที่บุคคลได้พิจารณาถึงความมีคุณค่าจากผลของการกระทำที่ได้รับความสำเร็จ ตามเป้าหมายและความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจตลอดจน ความสามารถในการปรับตัวได้ดี

2.8.1.3 คุณความดี (Virtue) เป็นแนวทางที่บุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสอดคล้องกับค่านิยมของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรม และศีลธรรมโดยการรับรู้คุณค่าของตนเองตามจริง มองโลกในด้านดีและมีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

2.8.1.4 พลังอำนาจ (Power) เป็นสิ่งสำคัญต่อตนเอง บุคคลอื่น และต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวตนรวมทั้งมีความเชื่อมั่นต่ออำนาจการกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังและมีความสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุผลตามที่คาดหวัง

2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของบุคคลในแต่ละวัยจะแตกต่างกันไป จากการศึกษาของ Coopersmith (1981) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนในด้านต่างๆ และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอกเกี่ยวข้องกับการได้รับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนจากบุคคลอื่น

2.9.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนแตกต่างกัน ประกอบด้วย

2.9.1.1 ลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การมีเสน่ห์ในรูปร่าง ความแข็งแรงของร่างกาย บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจและมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

2.9.1.2 สภาพจิตใจและภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึก ความรู้สึกของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยที่บุคคลอาจประเมินตนเองด้านบวก ซึ่งเป็นการมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ เกิดความรู้สึกชื่นชมตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมีความสุข อันเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น แต่หากบุคคลประเมินตนเองด้านลบจะมองตนเองว่า ไม่มีความสามารถ ไร้สมรรถภาพ มีปมด้อย วิตกกังวล และไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคต ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

2.9.1.3 ประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในชีวิตหรือความล้มเหลวมาก่อน มักจะมีความแตกต่างกันในด้านความเสี่ยง กล้าทำงานที่ท้าทายความสามารถ กล้าตั้งระดับความต้องการที่เป็นจริง มองตนเองในด้านดีมากกว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลว และบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จมากจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ของความสำเ็จน้อย

2.9.1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะผันตามค่านิยม และการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้น ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นด้วย

2.9.1.5 ระดับความมั่งหวัง แต่ละบุคคลจะมีความมั่งหวังแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความมั่งหวังด้านการประสบความสำเร็จในหน้าที่ การงาน ความสามารถในด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการเห็นคุณค่าต่อตัวเอง หากบุคคลใดมีความมั่งหวังเกินความสามารถของตน โอกาสที่จะประสบความสำเร็จตามความมั่งหวังมีน้อย ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง

2.9.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ส่งผลให้บุคคลเกิดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนที่แตกต่างกัน สภาพแวดล้อมภายนอกดังกล่าวประกอบด้วย

2.9.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว คือสัมพันธภาพกันภายในครอบครัวมีความอบอุ่น มีการให้เกียรติซึ่งกันและกันหรือไม่ มีการพูดคุยปรึกษาหารือ ให้อิสระใน

การแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจรวมทั้งมีการเข้าใจซึ่งกันและกันจะส่งผลให้รู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เชื่อมมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่า

2.9.2.2 สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน อันได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่การงาน วงศ์ตระกูล ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งอาจพิจารณาจาก อาชีพ รายได้ และที่อยู่อาศัย เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จ และความมีเกียรติบุคคลมีสิ่งเหล่านี้จึงมีความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าสูงสุด รวมถึงสังคม กลุ่มเพื่อน ก็เป็นองค์ประกอบภายนอกที่ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลใดได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือสังคมแล้ว จะเกิดความประทับใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองด้วย

2.9.2.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ได้แสดงความสามารถของตนเอง ถ้าประสบความสำเร็จจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

2.10 การเพิ่มพูนความสำคัญในคุณค่าแห่งตน

Coopersmith (1984) ได้สรุปการเพิ่มพูนความสำคัญในคุณค่าแห่งตนไว้ว่าการสร้างเสริมให้บุคคลมีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นคือ 1) การได้รับการยอมรับ ได้รับเกียรติได้รับความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง 2) การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ 3) การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของตน 4) การปกป้องความสำคัญในคุณค่าแห่งตนที่มีอยู่ โดยการไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนลดลง เช่น การไม่สนใจต่อคำวิจารณ์ของคนอื่นๆ นอกจากนี้ Bruno (1983) ได้กล่าวถึงวิธีการเพิ่มพูนความสำคัญในคุณค่าแห่งตนไว้ 4 ประการคือ 1) ใช้การเสนอแนะ หรือให้ข้อคิดโดยตรง (direct suggestion) อาจจะเป็นการให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะโดยผู้อื่นหรือโดยตรง วิธีนี้เป็น การให้ข้อมูลที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจและสร้างความสำคัญในคุณค่าแห่งตนได้ 2) สร้างผลสำเร็จให้กับตนเองมากขึ้น 3) ลดความคาดหวังลงเป็นการลดความอยากได้ หรือความคาดหวังต่างๆลง 4) การยุติการประเมินค่าของตนเอง เชื่อว่าความสำคัญในคุณค่าแห่งตนของบุคคลจะเพิ่มขึ้นได้ ถ้าบุคคลนั้นเลิกพิจารณาตัดสินค่าของตนเอง

2.11 ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่ได้รับการพัฒนาด้านจิตใจมาตั้งแต่วัยเด็ก การได้รับการดูแลเอาใจใส่ รวมถึงสถานการณ์สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวล้วนมีส่วนในการพัฒนาความสำคัญในคุณค่าแห่งตน Bradshaw (1971) ได้รวบรวมลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะความรู้สึกและพฤติกรรมกับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีการตอบสนองต่อผู้อื่นต่ำ ไม่ค่อยมีชีวิตชีวา ไม่มั่นคง อ่อนแอ รู้สึกเสียใจง่าย ไม่เปิดเผยตัวเอง ไม่ชอบเสี่ยง ไม่ชอบฟังคนอื่น ไม่ค่อยมีความประทับใจ โกรธ บันดาลโทษะ หลีกเลียงความ

ขัดแย้งในใจ ชอบปฏิเสธ มีความกล้าน้อย มีการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก และมีปัญหาในการปรับตัว มีความสงสัย ไร้วางใจผู้อื่นน้อย รู้สึกกลัวในสิ่งต่างๆมาก ไม่ปลอดภัย และรู้สึกเสียใจทำงานสิ่งใดได้ไม่นาน และมีความคิดสร้างสรรค์น้อย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกที่ไม่มีคุณค่าในตนเอง จะมีลักษณะท้อแท้ ซึมเศร้ารู้สึกแยกตัว หลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา

3.การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interspersonal Psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เป้าหมายของการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจากสังคม และได้รับแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการของความเจ็บป่วย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น 2) การทำความเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสียกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น 4) การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย 5) การช่วยให้ผู้ป่วยสร้างความสัมพันธ์ใหม่เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ระยะเวลาในการรักษาใช้เวลา สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที นานประมาณ 12 -16 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะเริ่มต้น ระยะกลาง ระยะสิ้นสุด โดยใช้เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ เทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ การแสดงบทบาทสมมติ การแก้ปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ การมอบหมายงานหรือให้การบ้านและการใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ของการรักษา ซึ่งผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การศึกษานี้ได้ยกตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียของคนที่สำคัญที่ใกล้ชิด ตามขั้นตอนและเทคนิคของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลพบว่าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกที่ติดปกติดต่อการสูญเสีย ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (Fernando, Rodrigo , and Marcelo, 2005)

3. 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavior Therapy) การบำบัดประเภทนี้เกิดจากการพัฒนาแนวคิดการทำความเข้าใจและอธิบายเหตุถึงพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มพฤติกรรมบำบัด ให้ความสำคัญเพียงสิ่งกระตุ้นจากภายนอกและผลกรรมที่บุคคลได้รับภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แต่ยังไม่ชัดเจนถึงกระบวนการคิด ตัดสินใจ สติปัญญา และอารมณ์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ผลการบำบัดด้วยวิธีการ บำบัด

ทางความคิดและพฤติกรรม พบว่าใช้ได้ดีทั้งในรูปแบบกลุ่มและในรูปแบบรายบุคคล (Margues and Formigoin, 2001)

3.3. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Group Supportive Psychotherapy) หัวใจสำคัญของการเข้ากลุ่ม คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก โดยสมาชิกที่เข้ากลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับประโยชน์จากกลุ่ม ถ้าให้เวลานานพอสมาชิกกลุ่มจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขาเคยทำในสังคมที่เขาอยู่ พฤติกรรมที่เขามีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง ก็จะปรากฏออกมาให้เห็นชัดเจนในกลุ่ม พฤติกรรมทั้งหมดของสมาชิกกลุ่มจะเห็นได้ชัดเจนภายในกลุ่มและเกิดการเปลี่ยนแปลงเพราะว่าสมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม จากการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในกลุ่ม และปริมาณผู้ที่ได้รับการบำบัดมากกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในการศึกษาเนื่องจากกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ฝึกการสร้างสัมพันธภาพในหมู่สมาชิก เกิดการประคองซึ่งกันและกัน การที่ได้ช่วยเหลือกันในกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง

กลุ่มจิตบำบัด คือ รูปแบบหนึ่งของการรักษา มีการคัดเลือกคนใช้ในการเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้รักษาที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้วเพื่อจุดประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มจะใช้ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของสมาชิก โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ วิธีการต่าง ๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ให้เห็นเป็นแบบอย่างที่ดีสามารถปรับตัวเกี่ยวกับวิธีการคิดการแสดงความรู้สึกและพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นภายใต้เทคนิคและทฤษฎีต่าง ๆ ของกลุ่มจิตบำบัด ปัจจุบันนี้การรักษาโดยกลุ่มจิตบำบัดหลายรูปแบบแตกต่างกันตั้งแต่กลุ่มจิตบำบัดคนไข้ในระยะยาวถึงกลุ่มจิตบำบัดฉุกเฉิน เข้าร่วมเพียงครั้งเดียวความแตกต่างสามารถจำแนกตามลักษณะเฉพาะ 3 ประเด็นดังนี้ คือ สถานที่ เป้าหมายของกลุ่มระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม ดังนี้

คนไข้ในระยะสั้น เป้าหมาย เพื่อปรับสภาพให้ทำการได้ดังเดิม ระยะเวลาตั้งแต่ 1-2 วันถึงหลายสัปดาห์

คนไข้ในเรื้อรัง เป้าหมาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ ถึงหลายเดือน
คนไข้นอก คลินิกจิตเวชทั่วไป เป้าหมาย เพื่อลดอาการเจ็บป่วย ปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ระยะเวลา 1-2 ปี

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมีด้วยกันหลายแนวคิด แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสาน ร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม ในการแก้ไข

ปัญหา ระยะเวลา และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว ระยะเวลาของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 60-90 นาที สำหรับจำนวนครั้ง ที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมด ประมาณ 5-30 ครั้ง สำหรับการบำบัดระยะสั้น (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545)

4.1 ความหมายของจิตบำบัดประคับประคอง

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

Knight (1954) ได้อธิบายว่าจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการรักษาจิตบำบัดแบบผิวดิน ที่เป็นการสร้างแรงดลใจ ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ คำแนะนำ โน้มน้าว ให้ความรู้ใหม่ และการใช้เทคนิคอื่นๆต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบางหรือไม่ยืดหยุ่น

Wermen (1948) อธิบายว่า เป็นการรักษาที่ผู้รักษาชดเชยหน้าที่ทางจิตใจบางอย่างที่ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเองไม่ได้ หรือทำได้ไม่ดีพอ

Pinsker (1988) อธิบายว่า การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลนั้น เป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับการรักษา ช่วยให้มีอาการกลับคืนมา หรือเพิ่มประสิทธิภาพของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการทำงานของegoและทักษะในการปรับตัว

Pinsker (อ้างถึงในจันทิมา องค์โฆสิต, 2545) กล่าวว่า การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วยเองมากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎีหรือ วิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด จากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตใจต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษาอารมณ์

Novalis (1993) กล่าวว่า จิตบำบัดประคับประคองเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะ รูปแบบการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน โดยไม่ได้อิงแนวคิด หรือทฤษฎีใดเป็นหลัก การรวมหลายเทคนิควิธีและหลากหลายทฤษฎี ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถปรับรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จิตบำบัดประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปรับตัว ปรับทักษะการเข้าสังคม การพัฒนาพฤติกรรมรวมถึงการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง โดยผู้บำบัดเป็นผู้สังเกตผู้ป่วย และประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยอาศัยพื้นฐานของความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การประคับประคองไม่ได้ใช้เพียงสัมพันธภาพ ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้บำบัดและตัวผู้ป่วยด้วย

โดยสรุปกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง การบำบัดที่มุ่งตรงต่อการการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบาง หรือ ไม่ยืดหยุ่น เป็นการบำบัดที่ผู้รักษาชดเชย หน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีอาการกลับคืนมาของ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัวการรักษาที่กำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วย โดยผู้บำบัดนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

4.2 ยุทธวิธีในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

จันทิมา อองคิโฆสิต (2545) กล่าวว่า ยุทธวิธีในการรักษาโดยใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดีช่วยการทำงานของจิตใจ หรืออีโก้ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบาย และแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้น ลดการบิดเบือนความจริง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโดยวัตถุประสงค์สำคัญในการทำจิตบำบัดแบบระดับประคองได้แก่การเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกระดับ ระดับแรก คือ การปรับตัว (Adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ ความรู้สึกความนึกคิด ความรู้สึกต่อตนเอง คุณค่าของตนเอง และ อีกระดับ คือ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ซึ่งเทคนิคในการทำจิตบำบัดแบบระดับประคอง เป็นส่วนสำคัญในการใช้เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยผู้รักษาสามารถใช้หลาย ๆ เทคนิคในการตอบสนองผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา

การรักษาจิตบำบัดระดับประคอง มีวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน คือ เพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมาย อย่างน้อยที่สุดต้องช่วยให้การทำงานของจิตใจ ไม่ทรุดต้อยลง หรือ ถ้าจิตใจต้องทำงานทรุดลง ก็ช่วยจำกัดความเสียหายที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยวิธี ดังนี้ (จันทิมา อองคิโฆสิต, 2545)

4.2.1 Enhancing Adaptation ของการรักษาจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ การเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัวในทุกระดับ ระดับแรกคือ การปรับตัว (adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ (internal milieu) ความรู้สึก ความนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าของตนเอง มโนธรรมและศีลธรรม และอีกระดับได้แก่ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ทั้งนี้โดยมิได้หมายความว่าผู้รักษาต้องการให้ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะต้องทำตามสังคม แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

4.2.2 Coping Behaviors มนุษย์ต่างต้องมีพฤติกรรมที่ช่วยให้รับมือปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งแต่ละคนต่างก็ใช้วิธีการต่าง ๆ กันไป ตามกลไกป้องกันจิตใจและบุคลิกของตนเช่น อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หรือกลายเป็นอีดิสู้ในขณะที่บางคนก็ยอมรับสถานการณ์ การรับมืออาจกลายเป็นการทดแทนด้วยพฤติกรรมอื่นๆ การรักษาจิตบำบัดระดับประคองก็ต้องนึกถึงวิธีการต่าง ๆ ในการรับมือของผู้ป่วยไม่ว่าทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมว่าเหมาะสมกับเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และช่วยให้ผู้ป่วยดัดแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนให้สามารถรับมือปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งโดยทางตรง (direct approach) การแนะนำ การสอน การช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) และการฝึกซ้อม (rehearsal) เป็นต้น

4.2.3 Auxiliary Ego และ Superego ในด้านของการปรับตัวกับสภาวะภายในจิตใจ นั้น หน้าที่หนึ่งของผู้รักษาจิตบำบัดระดับประคองคือหน้าที่เสมือนเป็นอีโก้หรือซูเปอร์อีโก้สำรอง

ให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อการทำงานและการปรับตัวของจิตใจไม่ดีพอ ผู้รักษาอาจต้องให้ยืมอีโก้ "lending the ego" โดยอาศัยอีโก้ของผู้รักษาแทนในบางเรื่อง ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจได้ว่าตนเองมีทางเลือกเช่นใดและในแต่ละทางเลือกนั้นมีข้อดีข้อเสียอย่างไร เป็นต้น

ผู้รักษาสามารถช่วยลดการทำงานของจิตใจส่วนที่เป็นปัญหา ดังเช่นการปฏิเสธความจริง (denial) การโยนไปให้ผู้อื่น (projection) และช่วยสนับสนุนการทำงานของจิตใจหรือกลไกป้องกันจิตใจที่ดีให้ทำงานดีขึ้น เช่นการช่วยให้ใช้ปัญหา (intellectualization) การใช้เหตุผล เป็นต้น (rationalization)

4.2.4 Reality Testing มนุษย์แต่ละคนนั้นมองและเข้าใจความเป็นจริงแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ปัญหานี้จะรุนแรงมากยิ่งขึ้นเพราะความสามารถในการประเมินความเป็นจริงนั้นด้อยลง ผู้รักษาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากโดยการยืนยันความเป็นจริง โดยช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการบิดเบือนความเป็นจริง และเผชิญหน้ากับความจริง การบิดเบือนความเป็นจริง (Distortion of Reality) มีได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การบิดเบือนความเป็นจริงที่เห็นได้ชัดเจนในเรื่องของความหลงผิด และการคิดว่าผู้อื่นพาดพิงถึงตน การบิดเบือนความเป็นจริงสามารถเกิดได้กับทั้งตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม แต่การบิดเบือนที่พบบ่อยมากคือ การแปลงการกระทำของมนุษย์ ทั้งนี้เพราะเป็นการยากที่จะให้เหตุผลถึงการกระทำของเราและผู้อื่น ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการแปลงที่ผิดพลาดหรือเกิดบิดเบือนถึงเจตนาของผู้อื่นได้ทั้งของตนเองและของผู้อื่นอยู่เสมอ นอกจากจะมีการแปลงเจตนาของตนเองผิดแล้ว การแปลงการกระทำของผู้อื่นผิดบิดเบือนย่อมมีได้บ่อยครั้ง ความหวังดีอาจถูกแปลงเป็นการหวังร้าย การบิดเบือนความเป็นจริงส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจ ดังนั้นหน้าที่สำคัญของผู้รักษา คือการช่วยการประเมินความเป็นจริง ผู้รักษาสามารถช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงหรือสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เพื่อลดการบิดเบือนของผู้ป่วย

ในการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการรักษาคือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เห็นความคิดที่บิดเบือนไปตามเหตุผลส่วนตัว และวิธีการคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ที่เป็นต้นเหตุของพยาธิสภาพได้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เขามีความคิดที่บิดเบือนเช่นนั้น ได้เห็นผลลัพธ์ของความคิดนั้นว่าก่อผลเสียหายแก่ตนเช่นใด และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะใหม่ เพื่อสร้างพฤติกรรมและประสบการณ์ใหม่ โดยการเอาชนะความกลัว ความวิตกกังวลที่มีอยู่ หัดหยุดยั้ง หรือเลิกพฤติกรรมเก่า สร้างความมั่นใจ และมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง

4.2.5 Confronting Reality การเผชิญหน้ากับความจริง ผู้รักษาจะอยู่ด้านของความเป็นจริงและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง เมื่อเห็นว่าการทดสอบความเป็นจริงของผู้ป่วยนั้นผิดพลาด ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องเอาชนะว่าอะไรถูกหรือผิด การที่ผู้รักษายอมรับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกต้องปกป้องตนเอง และการที่เขาได้เห็นความยืดหยุ่น (flexible) และการมีเหตุผลของผู้รักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะมีความสามารถเปลี่ยนแปลงและ ปรับตัวได้

4.2.6 Errors of Perception หมายถึง ความผิดพลาดในการรับรู้ ผู้รักษาสามารถชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความผิดพลาดในการรับรู้ โดยการใช้นเทคนิคที่ผู้รักษาจะยอมรับส่วนที่สนับสนุนความคิดผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งที่คัดค้านความคิดผู้ป่วยด้วย หรืออาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่รุนแรงเกินไปหรือไม่เหมาะสมนัก

4.2.7 Dealing with Relationships ความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ได้มากที่สุดในผู้ป่วยจิตเวชมักเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การมีปฏิกริยาไม่เหมาะสมกับผู้อื่น เพราะปัญหาที่ตนเองโอนมาจากความสัมพันธ์สำคัญในอดีตของตน หรือมีความคาดหวังจากผู้อื่นมากเกินไปทำให้ต้องผิดหวังในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่ผู้รักษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดแล้วซ้ำเล่าในการทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าตนเองอาจมีบทบาทกระตุ้นสถานการณ์เหล่านั้น

4.2.8 Enhancement of Self Esteem การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทุกโรคคว่าทางกายหรือใจ มักมีความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับตนเอง (self esteem) ที่ไม่ดีนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและอาการโศกเศร้า มีอาการที่ทำให้มองตนเองในแง่ไม่ดี (low self regard) ดังนั้น การเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้นจึงเป็นยุทธวิธีที่มีความสำคัญมากในการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก หรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น ผู้รักษาสามารถเลือกพูดถึง self esteem ของผู้ป่วยตรงๆ (direct approach) เช่น การที่ผู้ป่วยเลือกรักคนที่ไม่สนใจตน ทำให้เสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นหรือการที่ผู้ป่วยหัดทำเรื่องที่ไม่เคยทำจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น เป็นต้น ในการสนทนากับผู้ป่วยที่มี self esteem ไม่ดีนั้น ผู้รักษาควรหลีกเลี่ยงคำถามที่จะทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ การถามในทำนองตำหนิ การใช้คำพูดที่ทำให้เสียความรู้สึก ผู้รักษาต้องตระหนักและหลีกเลี่ยงไม่ไปกระตุ้นถึงจุดอ่อน หรือเรื่องละเอียดอ่อนของผู้ป่วย

4.3 เทคนิคในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

จันทิมา องค์โฆสิต (2545) กล่าวว่า เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคอง ประกอบด้วยหลายเทคนิค ดังนี้

4.3.1 เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตนในการการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิด และแก้ไขความคิด ให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสมการบำบัด เริ่มต้นจากขั้นตอนของการหาความคิดอัตโนมัติ โดยเน้นการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติผู้รักษาช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบว่าวิธีการคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ ผิดหัดให้มีทักษะแทนความคิดใหม่ที่เหมาะสมตามจริง ตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมดุลงกว่าเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

4.3.2 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

4.3.3 การให้ความมั่นใจ(Reassurance) เป็นการพูด หรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อหรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลรวมของความเป็นจริง เน้นให้ผู้ป่วยกลับมามองชีวิตและสถานการณ์ด้านบวก อย่างมีความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในทางลบ

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

4.3.5 การสนับสนุน (Support) เมื่อผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่น ลังเล ในการตัดสินใจ ความคิดความเห็นหรือพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนการทำงานของจิตใจ ให้ปรับตัวรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

4.3.6 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เหตุผลเพื่อช่วยการทำงานด้านจิตใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้เหตุผลที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดต้องทราบเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการใช้เทคนิคนี้

4.3.7 เทคนิคการฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้ โดยมีท่าทีสนใจ อาจบอกให้พูดต่อไปหรือส่งสัญญาณเป็นเชิงรับฟังก็ได้

4.3.8 การแสดงความยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยการเห็นใจเข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบ และไม่ได้แย้งใด ๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่เห็นว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุยไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มชี้ปัญหาของตนด้วยตนเอง

4.3.9 การสังเกต (Observation) ได้แก่การรู้จักสังเกตท่าทีการแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่มโดยอาศัยการสื่อความหมายโดยใช้คำพูดโต้ตอบกันหรือไม่ใช้คำพูดก็ได้

4.3.10 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรก ๆ เมื่อเริ่มกลุ่มและสมาชิกยังไม่กล้าพูดกันผู้รักษาจะเป็นผู้กระตุ้นความสนใจ โดยพูดเรื่องที่สมาชิกสนใจนำไปสู่การอภิปราย

4.3.11 การถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการตั้งคำถามแบบกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ แต่จะกระตุ้นให้เล่าในรายละเอียดหรือแสดงความคิดเห็น

4.3.12 การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบผู้รักษาใช้เทคนิคการเงียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งทนไม่ได้ และทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

4.3.13 การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องราวต่าง ๆ ที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

4.3.14 การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) การให้ความสนับสนุนในความคิดการกระทำ และแผนการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยทั่วไปเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ความอดทน ความหวัง

4.3.15 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วยตีความหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง

4.3.17 การสรุปความ (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดปัญหาหลายแง่มุมแล้วสรุปเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นว่าพูดเรื่องอะไรบ้างแล้ว

4.4 ระยะเวลาต่างๆ ของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง

ถึงแม้ว่าความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคองมีความแตกต่างกันได้มากก็ตาม การรักษาในจิตบำบัดระดับประคับประคองแบ่งได้เป็นระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย โดยที่ผู้รักษาควรดัดแปลงหลักการของการรักษาให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้ (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545)

4.4.1 ระยะเริ่มต้น (Opening Agenda) เป็นระยะหลังจากผู้รักษาได้ทำการเลือกผู้ป่วยแล้วว่าเหมาะสมสำหรับการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง ดังนั้นจึงเป็นระยะที่ตกลงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องรายละเอียดต่าง ๆ ของการรักษา อธิบายถึงวิธีการรักษา รวมถึง การตกลงถึงจุดหมายของการรักษา (treatment contract) ในระยะนี้ ผู้รักษาฟังเรื่องราวของผู้ป่วยทั้งในลักษณะส่วนตัว (personal) เพื่อให้ผู้รักษาเรียนรู้ รู้จักและเข้าใจตัวผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้รักษาเริ่มมีความเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น การฟังในที่นี้ รวมถึงการฟังผู้ป่วยแบบวิชาชีพ (professional) เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย ในด้านของการทำงานของจิตใจ บุคลิกภาพ กลไกป้องกันจิตใจ วิธีการปรับตัวของผู้ป่วย การฟังนี้ นับเป็นรากฐานสำคัญของการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคอง (Novalis, 1993) การฟังทั้งสองแบบนี้ ช่วยให้ผู้รักษาสรุปความเห็นของตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ผู้รักษาต้องมีความยืดหยุ่นในความเห็นของตนเองเป็นระยะที่ผู้รักษาศึกษาผู้ป่วยและปรับตัวเพื่อที่จะสื่อกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความสำคัญไปตลอดการรักษา เทคนิคต่างๆ ในการรักษาจะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต้องอาศัยผู้รักษาที่สามารถมี empathy

ซึ่งหมายความว่าผู้รักษาต้องใช้ทั้งความรู้และความเข้าใจทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกของตนมาทำความเข้าใจว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยนั้น ระยะเวลาเริ่มต้นการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษามักเป็นไปในระดับผิวเผินและถูกนำโดยผู้ป่วย (patient-directed) โดยที่ผู้รักษาเริ่มสำรวจเรื่องราวต่าง ๆ ที่ระดับตื้น ๆ เทคนิคของการสื่อสารพื้นฐาน เช่น การติดตามเรื่อง (tracking) การสรุปและการจับประเด็น จะเป็นประโยชน์ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากการสำรวจเรื่องราวจากผู้ป่วย ผู้รักษาก็จะสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการรักษาได้แต่ทั้งนี้จุดมุ่งหมายของผู้รักษาและผู้ป่วยอาจแตกต่างกัน ผู้รักษาควรยอมรับความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกับความเห็นของผู้ป่วย เพราะจุดหมายของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงใหม่ได้ ในภายหน้าการตั้งวัตถุประสงค์ช่วยในเรื่องของความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญต่อผลของการรักษา ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลายรายดีขึ้น หลังจากการพูดคุยกับผู้รักษาในครั้งแรก ดังนั้นผู้รักษาควรช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้มีความหวังที่เหมาะสมในบรรยากาศที่รู้สึกปลอดภัย และสามารถเกิดความไว้วางใจในผู้รักษา

4.4.2 ระยะเวลา ช่วงการรักษาในระยะกลางนี้ มักไม่มีการแบ่งเป็นแบบแผนการรักษาที่ชัดเจน ผู้รักษาจัดการรักษา (Session Management) แต่ละครั้งให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้รักษานาน ๆ ครั้ง และมีเวลาน้อยในการรักษา ในการประเมินว่าปัญหาเรื่องใดมีความสำคัญ ผู้รักษาควรต้องติดตามว่าชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระหว่างการรักษานั้นเป็นเช่นใด โดยอาจเริ่มต้นจากปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้จากการรักษาครั้งที่แล้ว เทคนิคนี้มีประโยชน์ในการช่วยให้การรักษามีการต่อเนื่อง และแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้รักษาให้ความสนใจและจดจำเรื่องราวของเขาได้ ผู้ป่วยบางคนสามารถแยกแยะเรื่องราวและปัญหาของตนเองได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้รักษา ซึ่งผู้รักษาอาจต้องใช้วิธี distributive psychotherapy (Himes, 1988) ที่ถามถึงเรื่องสำคัญทุกเรื่องในผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหา นอกจากนั้นแล้วปัญหาหลายชนิดอาจถูกซ่อนเร้นไว้โดยที่ผู้ป่วยไม่กล่าวถึง ผู้รักษาต้องอาศัยการสังเกต และการค้นหาจึงได้คำตอบ ปัญหาดังกล่าว อาจเป็นปัญหาปัจจุบัน ในการรักษาแต่ละครั้ง ผู้รักษาควรจำประวัติของผู้ป่วยให้ได้ ควรรู้เรื่องราวและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการรักษาครั้งสุดท้าย รู้อาการและระดับการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย และช่วยควบคุมให้การสนทนาอยู่ในแผนการรักษาการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองไม่มีกฎตายตัวว่าผู้รักษาควรตอบสนองผู้ป่วยอย่างไร เพราะเมื่อผู้ป่วยพูดเรื่องใดก็ตามผู้รักษาสามารถตอบสนองได้ต่าง ๆ กัน ตั้งแต่การนิ่ง การแสดงความเป็นกลาง การแสดงความเข้าใจ (empathic) การสำรวจเรื่องต่อ (exploratory) การแปลเหตุการณ์ การแนะนำ (directive) การห้ามปราม คำตอบที่ถูกต้องนั้นขึ้นอยู่กับความรู้จักและความเข้าใจในตัวผู้ป่วยของผู้รักษา วิธีการตอบสนองของผู้รักษา ควรต้องให้ถูกกับจังหวะ กาลเทศะ และการประเมินของผู้รักษา

ในระหว่างกลางของการรักษา คำถามที่ผู้รักษาถามตนเองบ่อยครั้ง ก็คือ การรักษามีผลคืบหน้าเป็นที่น่าพอใจหรือไม่ ในการรักษาจิตบำบัดระดับประคับประคองนั้น ผู้รักษาจะไม่วัดความคืบหน้าในการรักษาของผู้ป่วยจากความเข้าใจหรือ insight ในปัญหา แต่ผลการเรียนรู้ที่ได้จากการรักษาจิตบำบัดชนิดนี้จะแสดงออกในรูปของคำพูดและ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อผู้รักษาเห็นลักษณะที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความคืบหน้า ผู้รักษาควรให้คำสนับสนุน (reinforcement) การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในจังหวะนั้นทันที และโยนให้ผู้ป่วยเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ดีของเขาทำให้เขาเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

4.4.3 ระยะเวลาและการจบการรักษา (Termination) การหยุดการรักษาเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาจเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างทั้งสองฝ่ายทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา หรือเป็นการตัดสินใจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดก็ได้ โดยที่การรักษานั้นสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ หรือการรักษาอาจไม่สำเร็จ ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ มีปัญหาที่แก้ไม่ตก ในการรักษาที่สำเร็จและได้ผลดีนั้น การจบการรักษาควรเป็นความเห็นชอบระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาดังที่ที่เกิดขึ้นในการรักษาด้วยจิตบำบัดประคับประคองระยะสั้นมาก (Brief Psychotherapy) ที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง แต่ในการรักษาจิตบำบัดประคับประคองระยะยาวนั้น บางครั้งการตัดสินใจว่าควรจบการรักษาเมื่อใดโดยเห็นพ้องกันทั้งสองฝ่ายนั้นอาจเป็นเรื่องยาก เพราะผู้ป่วยอาจยังต้องการมีที่พึ่งพาไปเรื่อยๆ สำหรับผู้รักษาที่รู้ว่าตนเองมีกำหนดเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเท่าใด เช่น การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ที่ยุติเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปเป็นผู้ป่วยนอก แพทย์ประจำบ้านที่มารับหน้าที่เพียง 6 เดือนหรือหนึ่งปี ก็ควรกล่าวกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาว่าจะดูแลผู้ป่วยในระยะดังกล่าว และบอกกล่าวกับผู้ป่วยอีกเมื่อใกล้ถึงเวลาจบการรักษา Pinsky (1997)

5. แนวคิดทฤษฎีในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยาลอม (Yalom 's theory)

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดทฤษฎียาลอม Yalom 's theory (1995) เน้นว่าปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้นโดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับซึ่งกันและกันซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีปัญหาเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงเหมาะสมที่จะใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

5.1 องค์ประกอบสภาพทางคลินิก

องค์ประกอบสภาพทางคลินิก (clinical setting) ลักษณะของจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) มี 2 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มแบบปิด คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดิม ไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่มและสมาชิกมีการเข้ากลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ส่วนกลุ่มแบบเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไป และมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนเป็นระยะๆ กลุ่มแบบเปิดจะรักษาจำนวนสมาชิกให้เท่าเดิม การจัดกลุ่มแบบปิดหรือเปิด ขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกว่า เหมาะสมกับกลุ่มแบบใด ขนาดของกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 5 - 10 คน หากสมาชิกกลุ่มน้อยอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995) ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่มบำบัด ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดเช่น ทำทุกวันหากทำได้ เพราะผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มมั่นคงยิ่งขึ้น ในทางปฏิบัติส่วนมากจะทำกลุ่มประมาณ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Yalom, 1995)

5.2 พัฒนาการกลุ่ม พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

5.2.1 ระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating Phase) ระยะนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก ค้นเคยกัน ไว้วางใจกัน รู้สึกผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

5.2.2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working Phase) ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจ และแก้ไข ปัญหา เพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม เข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

5.2.3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal Phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความ

รู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มตามเป้าหมาย ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันความสามัคคีในกลุ่มสมาชิก แสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจกลุ่มผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วย การแจ้งกำหนดการยุติกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ และตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางดำเนินชีวิตหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

5.3 ปัจจัยบำบัด Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดช่วยให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจาก 11 ปัจจัยบำบัด เป็นกลไกทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆ พัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 การรู้สึกเอื้อกุล (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้

5.3.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การเข้ากลุ่มลุ่มน้ำเสมอ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป

5.3.3 การมีความเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมีได้มีปัญหาค้นเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน

5.3.4 การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (Interpersonal Learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไรและนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ลดความวิตกกังวลเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจผู้อื่น

5.3.5 การให้ข้อมูล (Imparting of Information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้

ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

5.3.6 การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์เล็กๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง สมาชิกจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูง การได้ระบายออกจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้

5.3.7 การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่รู้ว่าเป็นใครอาจทำให้เกิดความสับสนได้

5.3.8 ความรู้สึกละเอินเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of The Primary Family Group Member) กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ซึ่งทำให้สมาชิกแสดงต่อกันคล้ายกับแสดงในครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิกทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และแก้ไขพฤติกรรม

5.3.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing or Interpersonal Learning Output) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่นซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

5.3.10 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of Hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจ จากการเห็นว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต ที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น สมาชิกมองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้

5.3.11 การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (Existential Factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น ความพึงพอใจในตนเองสมาชิกดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ดังนั้นความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อแท้จะลดลงหรือหมดไป

5.4 **หน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม** ผู้นำกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ องค์ประกอบหนึ่งในการที่จะดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งยาลอม(Yalom, 1995) ได้กล่าวถึง หน้าที่หลักและเทคนิคสำคัญของผู้นำกลุ่มไว้ 3 ประการดังนี้

5.4.1 **การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (Creation and Maintenance Of The Group)** มีงานย่อย ๆ ที่ผู้บำบัดจะต้องดำเนินการคือ

5.4.1.1 **คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม** ผู้บำบัดจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ ตั้งใจและเต็มใจในการบำบัด คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระยะนี้ ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ

5.4.1.2 **รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม** ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขต และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ร่วมกัน ในระยะนี้ สมาชิกในกลุ่มยังไม่รู้จักกัน ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่สื่อสารในกลุ่ม แนะนำสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกัน พร้อมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

5.4.1.3 **กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม** ผู้บำบัดจะทำหน้าที่ เชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน สมาชิกมีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี เมื่อสมาชิกพูด แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะ จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

5.4.2 **การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (Culture Building)** โดยมีบทบาทดังนี้

5.4.2.1 **บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค** ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ในช่วงแรกๆ ให้สมาชิก ร่วมกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วม ทำความตกลงกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะนำกลุ่ม ไปในทางที่เหมาะสม

5.4.2.2 **บทบาทตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์** ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบในการ สร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิด และเชื่อถือ ไว้วางใจ ผู้บำบัดแสดงบทบาทของการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ โดย ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นให้ ความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อแสดงความเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้เลียนแบบ

5.4.2.3 **การทำให้สมาชิกตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น (Activation and Process Illumination)** ในการทำกลุ่ม ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่ เกิดขึ้นขณะนั้น ใช้แนวคิด " ที่นี่และเดี๋ยวนี้" (here and now) โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เน้น

ให้สมาชิกได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะอยู่ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น ได้แก่ วิธีการดังนี้

1. ดึงความรู้สึกของสมาชิกให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มขณะนั้นให้ขึ้นมาประจักษ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกก็จะมี การพูดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดเห็น ข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน มีการเปิดเผยตัวเองต่อกัน มีการเอื้ออำนวยกลุ่มให้ดำเนินไปด้วยดี คำนึงถึงความมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละคนและผู้นำกลุ่ม

2. นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้เรียนรู้อะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้น มีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์นั้น และปัญหานี้อย่างไร อาจจะถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างจากเหตุการณ์ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเราเองได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่ง ยาลอม เรียกสิ่งนี้ว่า ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (Self Reflecting Loop)

5.5 เทคนิคที่ใช้ในการดำเนินการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1. การให้ความมั่นใจ (Reassurance) การปลอบใจ การให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลหมดไป

2. การสนับสนุน (Encouragement) เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกพยายามเอาชนะ ปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอดทนแก้ปัญหาทีละอย่างจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจและเกิดความ พยายามมากขึ้น

3. การแนะแนว (Guidance) เป็นการช่วยให้ความคิดเห็นในการตัดสินใจของ สมาชิก เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอาการเจ็บป่วยกับหน้าที่การงาน ข้อมูลต่าง ๆ กับสมาชิก มากขึ้น

4. การหันเหความสนใจไปสู่ภายนอก (Externalization of Interest) เป็นการหันเห ความสนใจไปสู่สิ่งแวดล้อมไม่ให้หมกมุ่นกับปัญหามากเกินไป

5. การจูงใจ (Suggestion) เป็นการช่วยให้สมาชิกมีความคิดแบบตรงไปตรงมาหรือ ให้เชื่อว่าความไม่สบายใจหรืออาการที่ไม่พึงปรารถนาสามารถบรรเทาได้

6. การโน้มน้าว (Persuasion) เป็นการช่วยให้สมาชิกรู้จักควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง อย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยผู้บำบัดพยายามอธิบายอย่างมีเหตุผล เพื่อสมาชิกจะได้มีแนวคิด เดิมที่ผิดมาทำความเข้าใจใหม่ที่ถูกต้อง

7. การระบายอารมณ์ (Catharsis) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ถูกเก็บ

กอดอยู่ออกมาทำให้สบายใจขึ้นโดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น

7.1 Giving Recognition เป็นการแสดงการรับรองว่าสมาชิกเป็นบุคคลหนึ่งที่รู้จัก โดยการทักทายเรียกชื่อได้ถูกต้อง จำเรื่องราวที่สมาชิกเคยพูดได้ถึง

7.2 Giving Information คือการแจ้งเรื่องราวต่าง ๆ ให้สมาชิกทราบ อาจเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่เป็นจริง เช่น การแนะนำตัวเองเมื่อเริ่มเข้าไปติดต่อกับสมาชิก และ สิ่งใดที่ยังไม่แน่ใจ จะไม่บอกแก่สมาชิก

7.3 Offering Self การที่พยาบาลเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือสมาชิก

7.4 Presenting Reality คือการบอกหรือเสนอข้อความหรือสิ่งที่เป็นจริง หรือ เหตุการณ์ สภาพการณ์ ที่เป็นข้อเท็จจริง ให้สมาชิกทราบและพิจารณาตัดสินใจด้วยตัวเอง

7.5 Accepting เป็นการแสดงให้สมาชิกเห็นว่า พยาบาลยอมรับสมาชิก ว่าเป็นบุคคลหนึ่ง เข้าใจในความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออกมา

7.6 Acknowledge the Patient 's Feeling เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของสมาชิก ที่มีภาวะซึมเศร้าและยอมรับว่าการที่สมาชิกมีความรู้สึกเช่นนั้น เป็นที่ยอมรับและไม่ใช้สิ่งผิดปกติ เช่น น้ำเสียงที่คุณได้ยินนั้นมีลักษณะอย่างไร

8. เทคนิคที่กระตุ้นให้สมาชิกเป็นฝ่ายนำการสนทนา

8.1 Giving Broad Opening การใช้คำถามปลายเปิด เป็นการนำการสนทนาให้สู่ประเด็นสำคัญ กระตุ้นให้สมาชิกเล่าเรื่องราวที่เขาต้องการจะเล่า นำไปสู่การระบายออกซึ่งความคับข้องใจของสมาชิก

8.2 Giving General Lead การพูดเพื่อการกระตุ้นให้สมาชิกพูดต่อไป เป็นการแสดงว่า พยาบาลสนใจสมาชิกที่พูดออกมา

9 . เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกระบายความคิด ความรู้สึก

9.1 Making Observation คือ การบอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นในตัว ของสมาชิก ซึ่งสมาชิกอาจมีพฤติกรรมถึงความวิตกกังวล หลาย ๆ อย่าง เป็นการกระตุ้นให้สมาชิก พูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา พยาบาลต้องแสดงท่าที่ยอมรับความรู้สึกที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะ เป็นด้านดีหรือด้านไม่ดี ก็ตาม

9.2 Using Silence เป็นการใช้ความเงียบในการสนทนา เพื่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้คือ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าเรื่องราวของตนต่อไป และแสดงความพร้อมของพยาบาล ในการฟัง และเป็นการให้เวลาแก่สมาชิกได้มีโอกาสย้อนหลังถึงสิ่งที่เขาพูดไป รวมถึงคิดถึงสิ่งที่จะพูดต่อไปด้วย อีกทั้ง เปิดโอกาสให้พยาบาลได้สังเกตกิริยาของสมาชิก

9.3 Encouraging Evaluation เป็นการประเมินประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่

เคยเผชิญของสมาชิก มาคิดพิจารณา เพื่อให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่า เช่น เหตุการณ์นี้ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร กินยาแล้วคุณรู้สึกอย่างไร หรือสิ่งที่คุณพูด กระทำลงไปแล้วคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

9.4 Listening เป็นการฟัง เพื่อเปิดโอกาส ให้สมาชิกระบาย ความรู้สึก รู้สึกมีคนสนใจคนสนใจให้ความสำคัญ เกิดความไว้วางใจพยาบาล โดยพยาบาลแสดงออกได้โดย มองสบตา สีสหน้าสนใจ ตั้งใจฟัง

10. เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกได้ระดมเรื่องใหม่

10.1 Exploring คือ การแสดงออกเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น กระจ่างขึ้น ทำให้ทราบความคิดหรือเรื่องราวของสมาชิกมากขึ้น บางครั้งสมาชิกอาจเล่าเรื่องของเขาไม่ละเอียด

10.2 Reflecting การสะท้อนคำพูดของสมาชิกไปให้สมาชิกคิด สมาชิกมีความคิด รู้ถึงมีความรู้สึกของตัวเอง รู้จักการตัดสินใจ

10.3 Restating การพูดซ้ำความหมาย ในสิ่งที่สมาชิกได้พูดออกมา เพื่อให้สมาชิกได้คิด และเข้าใจในสิ่งที่ตนพูดออกมา

11. เทคนิคในการส่งเสริมให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกัน

11.1 Seeking Clarification คือ การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจนหรือขอร้องให้สมาชิกอธิบายความหมายของคำหรือของประโยคที่สมาชิกพูด แล้วเราไม่เข้าใจ

11.2 Validating เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของพยาบาลว่าตรงกับความต้องการและความรู้สึกของ สมาชิกหรือไม่ เช่น คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านี้ ความเข้าใจของคุณในเรื่องนี้ตรงกับของคุณหรือไม่ หรือคุณใช้คำนี้เพื่อหมายถึง.....ใช่ไหม

11.3 Focusing เป็นการนำสมาชิกให้รวมจุดสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในกรณีที่พยาบาลรู้สึกยังจับใจความที่สมาชิกพูดไม่ได้ เช่น เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น้ำหนักมาก หรือจุดนี้เป็นจุดที่เราควรทำความเข้าใจกันให้กระจ่าง

11.4 Summarizing เป็นการสรุปข้อความเมื่อสมาชิกพูดจบ เป็นการตรวจสอบกับสมาชิกว่าเรื่องที่สมาชิกเล่านั้นพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่

5.6 ประโยชน์ของกลุ่มจิตบำบัด (Yalom, 1995)

5.6.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการรักษา การรักษาแบบกลุ่มถือเป็นแขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้วจะทำให้ได้ประสบการณ์การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

5.6.2 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พูดระบายในกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยบำบัด การมีความเป็น

สากลคือ ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถตัดความคิดเชิงลบต่อตนเองและหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองออกไปได้

5.6.3 เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรคือสาเหตุของการเกิดปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมกรรมวิธีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา

5.6.4 เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของสมาชิก การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

5.7 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (สวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

5.7.1 พิจารณาและตัดสินใจวางโครงสร้างของกลุ่ม และกำหนดรูปแบบในการดำเนินกลุ่ม เป็นต้นว่า เมื่อจะเริ่มกลุ่มพยาบาลจะพิจารณาว่าควรจะให้ประเภทกลุ่มปิด หรือกลุ่มเปิด และเมื่อดำเนินกลุ่มแล้วก็พิจารณาว่าควรจะให้กำหนดโครงสร้างว่าเป็นกลุ่มที่มีการกำหนดโครงสร้างของการดำเนินกลุ่มหรือกลุ่มที่ไม่มีการกำหนดโครงสร้างของกลุ่ม

5.7.2 พิจารณาดูกลุ่มมีเป้าหมายอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร แล้วช่วยนำสมาชิกกลุ่มให้ดำเนินไปสู่เป้าหมาย และจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

5.7.3 สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีความเป็นมิตร มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ไม่ให้เกิดบรรยากาศของการชิงดีชิงเด่นกัน หรือบรรยากาศแห่งการลงโทษซึ่งกันและกัน

5.7.4 ถ้ากลุ่มไม่ดำเนินไปตามจุดมุ่งหมาย มีการออกนอกกลุ่มนอกทาง พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องจำกัดสิทธิและพฤติกรรมที่ไม่อยู่ในช่องทางเสีย(setting limits) และเรียกร้องให้สมาชิกพิจารณาดูกฎเกณฑ์ของกลุ่มใหม่ และนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

5.7.5 ใช้กลุ่มและกระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาการสื่อความหมายของพยาบาล ผู้นำกลุ่มควรจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องการสื่อความหมายที่ชัดเจน โดยการซักถามสมาชิกถ้าไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจสมาชิกกลุ่มถูกต้องหรือโดยการพูดเปิดเผยความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจนที่เห็นได้ในกลุ่ม

5.7.6 พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่เงียบเฉย ให้มีส่วนร่วมให้มากขึ้น หากทางให้กลุ่มร่วมรับผิดชอบที่จะนำสมาชิกที่เงียบเฉยเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มให้มากขึ้น และถ้าหากว่ามีสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ที่ผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว พยาบาลผู้นำกลุ่มก็ต้องหาทางยับยั้งพฤติกรรมนั้นเสีย ให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาททั้งสองนี้ด้วย

5.7.7 แสดงออกซึ่งภาวะความเป็นผู้นำ ไม่ว่าจะผู้นำกลุ่มแบบใด แบบอัตตาริปไตย ประชาธิปไตย หรือปล่อยตามสบาย จำเป็นต้องควบคุมแนวทางการดำเนินกลุ่ม พยาบาลผู้นำ

กลุ่มจะปล่อยกลุ่มให้เป็นไปตามที่กลุ่มต้องการไม่ได้ เพราะกลุ่มมักจะออกนอกทางและผิดวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะถ้าเป็นกลุ่มที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ระเบียบของการเข้ากลุ่ม

5.7.8 พยาบาลผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสถาบันสุขภาพจิตเป็นผู้ที่จะให้คำตอบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มควรรู้ เป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ และให้ความรู้ด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

5.7.9 พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ด้านการสื่อความหมายที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ โดยช่วยเหลือสมาชิกให้รู้จักนำพลังความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ช่วยสมาชิกกลุ่มให้ตระหนักถึงศักยภาพที่ซ่อนแฝงอยู่ในตัวของเขา

บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้บำบัดนั้น ต้องหมั่นพากเพียรหาความรู้เพิ่มเติม โดยการฝึกอบรมการฟังคำบรรยาย การอ่านตำรา หรือจากอาจารย์ผู้ควบคุม แนะนำ ต้องรู้จักทฤษฎีในขั้นพื้นฐาน และรู้เทคนิคในการดำเนินการ เช่น วิธีการฟัง การเข้าใจผู้ป่วยและการตอบสนองต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นนักจิตบำบัดที่ดี กล่าวคือ มีจิตใจที่สมประกอบ ไม่มีปัญหาทางจิตที่เป็นผลเสียในการทำกลุ่มบำบัด มีจิตใจสงบ มีความกังวลน้อย คบกับผู้อื่นได้ยั่งยืน รู้จักผู้อื่นและยอมให้ผู้อื่นรัก มีความน่าเชื่อถือ เป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ ยอมรับผู้อื่นไม่ประเมินค่าของคน ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมามีผลโดยตรงต่อการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (สมพร บุขราทิจ, ศุภโชค สิงห์กันต์, และสุนทรยศ บุขราทิจ, 2544)

6. แบบแผนกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบแผนกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพัฒนามาจากการศึกษาของวิบูลย์ ขานวิทกุล (2549) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของยาลอม (1995) โดยมีขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเริ่มกลุ่ม ระยะเวลาทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม โดยมีกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ทำจิตบำบัดกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง/กลุ่ม ครั้งละ 60 นาที จำนวน 6 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม ปฏิบัติหน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม

แผนการดำเนินการกลุ่มทั้ง 6 ประเด็น สร้างขึ้นตามหลักการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; กรมสุขภาพจิต, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ประเด็นที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

ประเด็นที่ 2 การสำรวจและการค้นหาปัญหาที่เชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ยอมรับและเข้าใจสาเหตุของปัญหา พร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545)

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง ทำให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ ซึ่งการรู้จักตนเองทั้งจุดเด่น และขีดจำกัดของตน จะทำให้สมาชิกเข้าใจพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น (จรรยา บุญเชิญ, 2548)

ประเด็นที่ 4 การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจและเกิดทักษะในการเผชิญปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนได้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hedlund and Jeffy, 1993)

ประเด็นที่ 5 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมองเห็นและยอมรับข้อดีของตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าจะทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

ประเด็นที่ 6 กิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายนั้น การตั้งเป้าหมายในชีวิตต้องเป็นด้านสร้างสรรค์ และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating Phase)

เป็นระยะสร้างความปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้แก่สมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำควรย้าให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่ม เข้าใจในกฎกติกา วิธีการดำเนินการกลุ่ม และแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร (Imparting of Information) ซึ่งเป็นปัจจัยบังคับที่จำเป็นมากในระยะแรกเพื่อสร้างความรู้สึกละผ่อนคลายภายในกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นของตนเพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างควมไว้วางใจ (trust) ให้เกิดกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจ เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็น พฤติกรรมของสมาชิกโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน เป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก เมื่อความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกจะมีความเต็มใจที่จะเปิดเผย การได้ระบายออก (catharsis) ซึ่งความคิดความรู้สึก และประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้และการยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟังโดยไม่มีการซักถามเป็นการสำรวจปัญหาและค้นหาปัญหา สมาชิกจะมีปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด คือ การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกอื่นในกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเองด้วย มีผลทำให้สมาชิกลดความวิตกกังวล ระยะแรกหน้าที่ของกลุ่มคือ การพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของสมาชิกต่อปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจากการที่มีปัญหานั้น ๆ เกิดขึ้น ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะประสบความสำเร็จได้มาก ถ้ากลุ่มได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับผลกระทบต่อปัญหา ซึ่งเป็นสาเหตุต้องอภิปราย ทำให้กลุ่มสนใจที่เป้าหมายจะได้ไม่เกิดการล้มเลิกกลุ่มก่อนกำหนด (Yalom, 1995) และในระยะที่สร้างสัมพันธ์ภาพนี้จะมีปทัสถาน (norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งปทัสถานนี้ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วนก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการสร้างขึ้นบางส่วนในขณะที่เข้ากลุ่มได้ ระยะนี้มีกิจกรรมกิจกรรม การสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้ว่าตนเองมีสภาพเป็นอย่างไรในกลุ่ม และเริ่มมีความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (group cohesiveness) ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น การค้นพบความเหมือนในกลุ่มเป็นสิ่งที่สมาชิกรู้สึกว่าจะสบายใจและเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ สมาชิกกลุ่มเริ่มตระหนักว่าความรู้สึกที่เขาคิดว่ามั่นคง ความไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นในชีวิต กลายเป็นสิ่งปกติร่วมกับคนอื่น (Yalom, 1995) ทำให้สมาชิกมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ยอมรับและเข้าใจปัญหาพร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญห โดยมิเพื่อนสมาชิกกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ปรับปรุงในการแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกรับข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกได้ สมาชิกจะเกิดการมีความรู้สึกที่เป็นลักษณะเดียวกัน (universality) สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งให้และรับ สมาชิกกลุ่มเกิดการรู้สึกคุณค่าของตนเอง (altruism) มากขึ้น ความ

วิตกกังวลจึงลดลง เนื่องจากเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหามองอย่างได้ ภาระนี้จึงเป็นระยะการระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหาดังนั้นผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายโดยเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาทางแก้ไขช่วยเหลือ ทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีการไปใช้ในการแก้ปัญหาคต่อไป ภาระนี้มีการดำเนินกลุ่มให้ครอบคลุมประเด็น 6 ประเด็น คือ การสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มจิตบำบัด ประคอง การสำรวจและการค้นหาปัญหา การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน และกิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม

ระยะที่ 3 ระยะเวลายุติกลุ่ม (Terminal Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ต้องช่วยให้สมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม ประเมินด้วยการพูดแสดงความคิดเห็นของสมาชิก การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่น และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจง ในระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีความสงบ มีความเข้มแข็ง มีการดูแลระดับประคองซึ่งกันและกัน อาจมีการติดต่อกันของสมาชิกหลังจากการเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพราะในความเหมือนกันของปัญหาทำให้เขาได้รับการประคับประคองที่เขาไม่ได้รับจากบุคคลอื่น (Barry, 1989) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่ม ด้วยการแจ้งสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม การกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม ให้สมาชิกได้มีโอกาสพูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีและประโยชน์จากการทำกลุ่ม และเกิดการรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศ

เทียนทอง บังศรี และสุภาวดี คำภูนา (2540) ได้ศึกษาผลการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 20 คน เดือนกันยายน 2540

พบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ลดความก้าวร้าวได้ระบายความรู้สึก และมีความสามารถในการสื่อสารที่ดีขึ้น

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์, ชลธิชา ลิ้มวงษ์, ทิพศมัย จันทรมานนท์, แหวดาว วงศ์สุระ-ประกิต (2541) ได้ศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 164 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้งปัจจัยบำบัดที่พบบ่อยที่สุด คือการได้ระบายออก การมีความรู้สึกที่เป็นลักษณะเดียวกัน การได้รับการชี้แนะแนวทางและการผูกพันจิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้นและเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

ปริญันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 อายุและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ และ $.001$ ตามลำดับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรรยา บุญเชิญ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

วิบูลย์ ชานวิทิตกุล (2549) ศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญา ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีค่าน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Elbirlik (1983) ได้รายงานผลการทดลองใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าว่า กลไกของกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในกลุ่ม เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเกิดการสร้างสัมพันธภาพขึ้นในกลุ่ม 3 ลักษณะ คือระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ระหว่าง

ผู้ป่วยด้วยตนเอง และระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัว แก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องของตนเอง

Profita et al. (1989) ได้ศึกษาวิจัยพบว่าการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคอง ทำให้เกิดผลดีคือ เป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

Homes (1995) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น

Badger (1996) พบว่า การได้รับกลุ่มบำบัดระดับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจทำให้มีกำลังใจ

Kaplan and Sadock (1999) ได้ศึกษาพบว่า กลุ่มจิตบำบัดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงได้ โดยช่วยลดการแยกตัวจากสังคม มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บป่วย

Lacaz et al. (2005) ศึกษาจิตบำบัดที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ในกรณีศึกษา 3 คน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะเริ่มต้น ระยะกลาง ระยะสิ้นสุด โดยนำเครื่องมือ Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) ประเมินก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้วิธีการหรือเทคนิคในการบำบัด คือเน้นการค้นหาข้อมูลปัญหา โดยเน้นที่ปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (here and now) การแก้ปัญหานั้นให้ผู้ป่วยคิดแก้ไขปัญหาโดยผู้บำบัดเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนสิ้นสุดการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผลคะแนนของ CDSS ลดลงทุกรายหลังได้รับการบำบัด

Maggini and Raballo (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการด้านลบเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับคะแนนในแบบประเมิน Basic Symptom (BSABS global score) มากที่สุดคือ มีลักษณะของการนึกคิดด้านลบ การรับรู้ ความอดทนต่อความเครียดที่ลดลง และการแสดงอารมณ์ด้านลบ เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด

Roy, Thompson, and Kenedy (1983) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกโดยจับคู่ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

Roy (1980) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ การสูญเสียพ่อแม่ การว่างงาน ปัญหาสัมพันธภาพในการสมรส การอยู่คนเดียว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และปัจจัยส่วนบุคคล

Baynes et al. (2000) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ เพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพ และการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจำนวน 120 คน ใช้ The Beck Depression Inventory เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ถ้าคะแนน 17 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ผลการวิจัยพบภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ Hostility/ Suspiciousness, Positive Symptom จากการตรวจ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และอาการ Akathisia แต่ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล การดื่มแอลกอฮอล์ ขนาดของยา Antipsychotic ขนาดของยา Anticholinergic Negative Symptoms

Hausmann (2002) ได้ทบทวนบทความต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งที่เพิ่มมากขึ้นจากการป่วยซ้ำจำเป็นต้องรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนาน การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การรับรู้บกพร่อง การเข้าสังคมบกพร่อง การติดสารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย

Scheller et al. (2002) ศึกษาการเพิ่มความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการศึกษาความเครียดในชีวิต อาการซึมเศร้า อาการทางบวกและอาการทางลบ การวิตกกังวล การรับรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการ จับคู่เกี่ยวกับ อายุ เพศ เชื้อชาติ โดยใช้เครื่องมือ 1. The Modified Hamilton Rating Scale ในการประเมินอาการซึมเศร้า 2. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Event Scale ในการประเมินเหตุการณ์ในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด

Whitehead et al. (2004 อ้างถึงในปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546) ศึกษาวิจัยเรื่องยาต้านโรคซึมเศร้าที่ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้า กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทใหม่ๆ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 และพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทุกข์ การไร้ความสามารถ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น และการป่วยซ้ำ

กรอบแนวคิดการศึกษา

การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยใช้เทคนิคการทำกลุ่มจิตบำบัดเพื่อกระตุ้นให้เกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ โดยแต่ละครั้งมีการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะ คือ

1. **ระยะเริ่มกลุ่ม** หมายถึง เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ให้สมาชิกมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินกลุ่ม โดย ปัจจัยบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกมีความหวัง ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน การเรียนรู้การ สร้างสัมพันธภาพ
2. **ระยะดำเนินการกลุ่ม** โดยการให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องที่เป็นปัญหา การระบายออก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน และสรุปสาระสำคัญที่ได้จากกลุ่ม ปัจจัยบำบัด ได้แก่ การได้ระบายออก การเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง โดยดำเนินการกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้งให้ครอบคลุมประเด็นคือ การสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มจิตบำบัด ประคอง การสำรวจและการค้นหาปัญหา การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน และกิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม
3. **ระยะยุติกลุ่ม** เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดความรู้สึกและความประทับใจที่มีต่อกกลุ่ม และการนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้อำลาต่อกัน

ภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วย
จิตเภท