

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 จุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
 - 3.3 ลักษณะทั่วไปของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
 - 3.4 คุณสมบัติสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
 - 3.5 ทฤษฎีสัมพันธภาพกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
 - 3.6 ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด
4. การใช้สัมพันธภาพบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ความรู้สึกเศร้า (sadness) เป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นบางช่วงของคนเรา ซึ่งคนทั่วไปอาจใช้คำแทนความรู้สึกนั้นว่า "เบื่อ เหงา หดหู่ หรือหงุดหงิด" ความรู้สึกนี้มักเกิดเป็นช่วงสั้นๆ นานเพียง 2-3 ชั่วโมง ถึง 2-3 วัน ก็จะหาย โดยทั่วไปคนเราจะสามารถทำให้ความรู้สึกทุเลาลงได้ โดยทำสิ่งที่ชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกนั้น แต่ความรู้สึกเศร้าที่เกิดติดต่อกันนาน เป็นสัปดาห์ เรียกว่าภาวะซึมเศร้า (depression) หรืออารมณ์เศร้า (depressive mood) อารมณ์เศร้าที่เป็นติดต่อกันยาวนานก็มักจะพบอาการร่วมได้บ่อย เช่น ร้องไห้ง่าย ซึมเศร้า (depressive state) ภาวะซึมเศร้านี้ โดยทั่วไปมักเกิดหลังจากการสูญเสียสิ่งที่คนเรารักและผูกพัน หรือผิดหวังจากสิ่งที่คาดว่าจะได้ เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจในการปรับตัว (adjustment reaction) ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะดีขึ้นเองใน 1-4 สัปดาห์ โดยไม่ถือว่าเป็นจิตพยาธิสภาพ (psychopathology) แต่สำหรับบางคนภาวะซึมเศร้านั้นจะรุนแรงและไม่สามารถหายเองได้ภายในเวลา 4-6 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าเป็นโรค (disorder)

ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ได้หลายครั้งในช่วงชีวิต บางครั้งอาจเกิดขึ้นเองโดยไม่มีเหตุสูญเสียภายนอกที่สำคัญ (endogenous depression) ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยบางรายอาจเรื้อรังยาวนานได้หลายปี เป็นภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าเหล่านี้พบได้เป็นส่วนหนึ่งของโรคทางจิตเวชได้หลายโรค ที่สำคัญได้แก่โรคต่อไปนี้ คือ

- 1) Adjustment disorder with depressed mood
- 2) Major depressive disorder
- 3) Bipolar disorder, depressive episode
- 4) Dysthymic disorder

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิด และทุกส่วนของร่างกาย โดยมีผลต่อการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัว โรคซึมเศร้าไม่ใช่เป็นเพียงความรู้สึก หรืออารมณ์เศร้าหมองที่ผ่านเข้ามาและผ่านไปเท่านั้น และไม่ใช่เป็นสิ่งที่แสดงถึงความอ่อนแอ หรือคิดมากของบุคคลนั้น แต่เป็น "โรค" ที่เป็นความผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อให้อาการทุเลาหรือหายจากอาการต่อไป (องุ่น พงษ์ธรรมและคณะ, 2548) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าพอสรุปได้ ดังนี้

Zung (1965) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า จะมีลักษณะทางอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีการแสดงออกทางร่างกายเช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีสาเหตุ

Beck (1967) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า มีพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกของมนุษย์ โดย Beck ได้เสนอรูปแบบความคิดที่เป็นสาเหตุของความซึมเศร้า มี 3 ลักษณะ คือ

1) รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น ก็มักจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ และส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่างๆรอบตัว (negative view of world) ผู้ที่มีความซึมเศร้า จะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งที่โหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง

3) รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบัน จะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็นปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มีความหวัง

ความคิดทางลบทั้ง 3 ประการนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเอง ควบคุมไม่ได้ และไม่จำเป็นว่าเป็นผลมาจากการคิดโดยตรง ความคิดทางลบ 3 ประการนี้ จะนำไปสู่การบิดเบือนทางปัญญาและก่อให้เกิดปัญหา

Beck เสนอว่าบุคคลที่ซึมเศร้า อาจมีความคิดที่บิดเบือน 5 ประการ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม คือ

1) การสรุปเอาเอง (Arbitrary inference) มีการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย

2) เลือกรับข้อมูล (Selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งสำคัญ

3) คิดเกินความเป็นจริง (Overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่อยู่บนพื้นฐานของความจริงเพียงอย่างเดียว หรือ จากประสบการณ์เพียงครั้งเดียว

4) การขยายภาพและการทำให้ลดลง (Magnification and minimization) มีการประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อย ที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินถึงสิ่งสำคัญ หรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง

5) คิดว่าตนเป็นเหตุ (Personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้ และความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่ความซึมเศร้าและจะทำให้บุคคลไม่มีคุณค่า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

- 1) เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า
- 2) มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต่ำหนืดตนเอง
- 3) พฤติกรรมถดถอย และลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย
- 4) มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
- 5) กิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เชื่องช้า

Seligman (1974) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่า บุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

มานิช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่า โรคซึมเศร้ามีอาการสำคัญ คืออารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดมักพบบ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียดัง หรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบๆ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของลักษณะความคิดที่บิดเบือนจนเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมซึมเศร้า แยกตัวจากกิจกรรมที่เคยทำในชีวิตประจำวัน ความสนใจดูแลตนเองลดลง หมดหวัง จนรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า และอยากตายได้

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าที่ได้รวบรวมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคสำคัญในทางจิตเวช เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการมาก อีกทั้งเป็นโรคที่รักษาได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ซึ่งผลกระทบจากโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่นๆ โรคซึมเศร้า มักพบการเป็นซ้ำ (recurrent) หรือเป็นเรื้อรัง และเกิดผลกระทบต่อชีวิต การเรียน การทำงาน ครอบครัว และทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และเป็นปัญหาระดับประเทศ ร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวันอันควร โรคซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างน้อยบางช่วงของชีวิต ทำให้เกิดภาวะในการดูแลรักษาของคนในครอบครัว

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

การศึกษาด้านระบาดวิทยา โรคซึมเศร้าพบมากในผู้ใหญ่ ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 15 พบได้ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 – 50 ปี เพศหญิงพบบ่อยกว่าชาย 2 ต่อ 1 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการประมาณ 40 ปี สำหรับในประเทศไทย ได้มีการศึกษาระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในปี 2546 พบว่า โรคซึมเศร้ามีความชุก ร้อยละ 3.2 ของประชากร และเป็นโรคที่มีความชุกเป็นอันดับสอง รองจากโรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์

สาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression โดยความเสี่ยงในญาติสายตรง ร้อยละ 7 ส่วนแฝดไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็น อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็น ร้อยละ 10-25

1.2.1.2 Neurotransmitter system ผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

1.2.1.3 Neuroendocrine systems พบมีความผิดปกติหลายระบบ ได้แก่

- 1) Cortisol หลังมาก และตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย dexamethasone
- 2) Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine
- 3) Thyroid stimulating hormone (TSH) หลังน้อย

กว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย thyrotropin releasing hormone (TRH) ที่เป็นผลจากการหลั่งของ thyrotropin releasing factor (TRF) จาก hypothalamus

1.2.2 ปัจจัยด้านร่างกาย พบว่า มีส่วนสำคัญทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น ผลข้างเคียงจากการได้รับยา ภาวะไม่สมดุลของการได้รับ electrolyte รวมถึงความไม่สมดุลของ hormone เป็นต้น การมีภาวะซึมเศร้า ทำให้การทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA-axis) เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับ glucocorticoid ใน plasma ใน hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณ hippocampus เกิดการฝ่อหรือตายลง

ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า น่าจะมีความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณ hippocampus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่ง hormone ตลอดจน biological pattern และบริเวณ basal ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับ psychomotor activity

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในด้านลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น ส่วน personality disorder มีความเสี่ยงต่อการเกิด depression พอกัน

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มาโนช หล่อตระกูล (2549) ได้อธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1.3.1 อารมณ์เปลี่ยนแปลง ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย อ่อนไหวง่าย บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิมบางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่อยากทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามาบางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

1.3.2 ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรรู้สึกไม่ดีไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาด ความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตปัจจุบันไม่ดี ไม่มีใครช่วยอะไรได้ มองไม่เห็นอนาคต รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต อาจกลายเป็นคนไม่มั่นใจในตนเอง ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ เป็นภาระแก่คนอื่น ใหม่ๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ยินดีช่วยเหลือ แต่ยังมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้คิดถึงเรื่องการตาย ซึ่งเมื่อมี

อารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดมากขึ้น และหากมีเหตุการณ์มากระทบ กระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ที่วูบ

1.3.3 สมาธิความจำลดลง หลงลืมง่าย โดยเฉพาะเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหน ก็นึกไม่ออก จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นานๆไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงทำงานผิดๆ ถูกๆ

1.3.4 มีอาการต่างๆทางร่างกายร่วม ที่พบบ่อย คือรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังมีอาการท้องผูก อืด แน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัวปวดเมื่อยตามตัว

1.3.5 ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มักจะดูซึมลง ไม่ว่าจะแจ่มใสเหมือนปกติ เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างมักไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม่บ้านอาจทนที่ลูกๆชนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

1.3.6 ความรับผิดชอบต่อการทำงานลดลง หรือทำเร็วๆ เพียงให้ผ่านไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี ในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอฝืนใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลังงานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

1.3.7 มีอาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกั่นแกล้ง หรือประสังศิร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994) ได้จำแนกโรคทางอารมณ์ออกเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar) และโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โดยโรคซึมเศร่ายังจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) โรคซึมเศร่ารุนแรง (Major depressive disorder)

2) โรคซึมเศร้าปานกลางแต่เรื้อรังเกิน 2 ปี (Dysthymia) และ 3) โรคซึมเศร้าที่จำแนกหรือระบุกลุ่มไม่ได้ (Depressive disorder not otherwise specified)

มาโนช หล่อตระกูล (2548) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ไว้ คือ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา เวลาแทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นๆ หายๆ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1) หรือ 2) อยู่ 1 ข้อ

- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้)
- 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
- 3) เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
- 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- 5) กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หรือเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
- 6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด
- 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ
- 9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อรุณ พงษ์ธรรมและคณะ. (2548) ได้กล่าวถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ว่า ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น กรณีที่มีอาการมาก เช่น กระวนกระวาย ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลใกล้ชิด กรณีที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาในโรงพยาบาล ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีวิธีการในการรักษา ดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรคซึมเศร้า คือ

1.5.1.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนหายจากอาการ ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาด้านเศร้า (antidepressant) ในระยะนี้ ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลประมาณร้อยละ 70 - 80

1.5.1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (Maintenance phase) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4 - 9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าหากหยุดยาก่อนระยะนี้ มักจะมีอาการมากมากขึ้นมาอีก

1.5.1.3 การป้องกันระยะยาว (Continuation phase) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกัน พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมีอาการอีก โดยมีข้อบ่งชี้ในการป้องกันระยะยาว เช่น มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง หรือมีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ 1 ข้อขึ้นไป ได้แก่ มีประวัติซึมเศร้าในญาติใกล้ชิด มีประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) หรือมีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 3 ปี

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

1.5.3 การบำบัดทางจิตหรือจิตบำบัด มีการศึกษาวิจัยพบว่า การบำบัดทางจิตอย่างเดียวใช้ได้ผลดี ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มีรายละเอียด ดังนี้

1.5.3.1 ข้อบ่งชี้ในการบำบัดทางจิต มีข้อควรพิจารณา คือผู้ป่วยต้องการบำบัดทางจิต มีภาวะกดดันทางจิตสังคม มีความขัดแย้งภายในตนเอง มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก (คะแนน BDI มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน) และมีปัญหาโรคทางกาย

1.5.3.2 ชนิดของจิตบำบัดที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า (มานอนซ์ หล่อตระกูล, 2549) ได้แก่

1) จิตบำบัดรายบุคคล เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ

2) Cognitive behaviour therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

1.5.3.3 การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับช่วงเวลา

1.5.3.4 ผู้ที่ทำจิตบำบัด หมายถึงผู้ที่ผ่านการอบรมมาในการทำจิตบำบัด

1.5.3.5 ความถี่ในการบำบัด ในผู้ป่วยนอกในระยะเฉียบพลันคือทุก 1 สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) 16 – 20 สัปดาห์ ในระยะนี้ การทำ

จิตบำบัดจะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ ส่วนระยะคงสภาพ (Maintenance phase) การรักษาในช่วงนี้ป้องกันการป่วยซ้ำ การทำจิตบำบัดแบบ CBT หรือ interpersonal therapy สามารถลดความซึมเศร้าได้ ความถี่ของการพบกัน 1 เดือนต่อครั้ง โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ กรณีอาการดี สามารถนัด 2 – 3 เดือนต่อครั้ง การทำจิตบำบัดระยะแรก มีการนัดบำบัดใน 8 – 10 สัปดาห์ ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นต้องมีการบำบัดไปแล้ว 4 – 6 สัปดาห์ โดยการทำจิตบำบัดโรคซึมเศร้า

1.5.4 การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย มีการศึกษา พบว่าการที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการความร่วมมือจากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อตนเอง และการบอกผู้ดูแลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมักจะได้รับความทราบจากผลข้างเคียงของยาก่อนที่จะได้รับประโยชน์จากการรักษา

1.5.5 การติดตามผลการรักษา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีรายละเอียด ดังนี้

1.5.5.1 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจิตเวชหรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ซึ่งได้ผ่านการฝึกมาเฉพาะ

1.5.5.2 วิธีการที่ใช้คือการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

1.5.5.3 วิธีในการติดตามเยี่ยม คือ การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และการจัดการกับผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น

1.5.5.4 ความถี่ในการติดตามเยี่ยม กรณีมีอาการรุนแรง ควรนัดติดตามทุก 1 สัปดาห์ กรณีมีอาการระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ควรติดตามเยี่ยมทุก 2 – 4 สัปดาห์ และกรณีอยู่ในช่วง Maintenance phase นัดมาพบที่คลินิกทุก 3 – 12 เดือน

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวถึงพฤติกรรมซึมเศร้า เป็นลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์ บุคคลจะรู้สึกเศร้าสร้อย สิ้นหวัง สลดหดหู่ ท้อแท้ ขาดอารมณ์เบิกบาน ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความคิดจะวนเวียนอยู่ในเรื่องความผิดหวัง สูญเสีย และสำนึกผิด ลักษณะท่าทางจะพบว่าสีหน้าหม่นหมอง มักนั่งก้มหน้า ไหล่ห่อ หลังงอรั้ม แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง แม้แต่กิจวัตรประจำวัน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งระดับพฤติกรรมซึมเศร้า จะมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1) ภาวะเศร้าในระดับต่ำ (Mild depression) อารมณ์เศร้าจะอยู่ในระดับต่ำ

และอารมณ์เศร้าจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นได้ตรงกับสภาพจริง การดำเนินชีวิตประจำวันยังคงเป็นปกติ บุคคลจะสามารถบอกเล่าและระบายความรู้สึกออกมาได้

2) ภาวะเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate depression) บุคคลจะรู้สึกอึดอัด สงสัยต่อการสูญเสีย อารมณ์เศร้าไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้น พบว่ามีอารมณ์มากไม่เหมาะสมกับเหตุที่สูญเสีย พฤติกรรมบางอย่างจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึม พุดน้อยลง การทำงานบกพร่อง การทำหน้าที่ของร่างกายอ่อนแอลง รับประทานอาหารได้น้อย การขับถ่ายและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป

3) ภาวะเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression) อารมณ์เศร้าอาจจะไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นก็ได้ พฤติกรรมจะแปรปรวนไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง แสดงอาการผิดปกติชัดเจน เช่น ขาดการสังสรรค์ ปฏิเสธการรับประทานอาหารเนื่องจากความรู้สึกไม่มีคุณค่า บางคนหงุดหงิดอยู่ไม่นิ่ง (agitate) อาจมีความคิดทำลายตนเอง มีอาการประสาทหลอนหลงผิด

กลไกการเกิดพฤติกรรม พฤติกรรมซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นที่ทันใด หรือสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่เยาว์วัย เนื่องจากประสบการณ์ของการพลัดพราก ขาดคนสนใจดูแลและผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำอีก จนบุคคลรู้สึกกลัวต่อการผิดหวัง ลังเล ไม่แน่ใจต่อสิ่งที่ตนเองรัก จนกระทั่ง ego ทำหน้าที่บกพร่องและใช้การเผชิญปัญหาแบบโทษตนเอง จึงรู้สึกว่าตนเองผิดบาปและไร้ค่า สมควรจะถูกทำโทษ บุคคลจึงรู้สึกเศร้าหมอง ลึกลับ และสลดหดหู่

การประเมินสภาวะของพฤติกรรมซึมเศร้า

ในการสังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมซึมเศร้า เพื่อวางแผนการพยาบาลนั้น จะต้องประเมินระดับความซึมเศร้าและอาการแสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ดังนี้

1) กระบวนการคิด (Thought process) ความคิดและอารมณ์จะสอดคล้องเหมาะสม ความคิดจะช้าและคิดไม่ออก มักจะถามซ้ำๆ ในเรื่องที่ไม่มีใครให้คำตอบได้และมักจะรำพึงรำพันในความทุกข์ของตนเอง เช่น ทำไมจึงมีเวรกรรมอย่างนี้ ทำไมเหตุการณ์จึงจะจงเฉพาะที่ตนเอง

2) ความสนใจ ผู้ป่วยจะสนใจสิ่งกระตุ้นภายในมากกว่าภายนอก เป็นเหตุให้นำไปสู่อาการหลงผิด ซึ่งจะเป็นแบบกล่าวโทษตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว มองอนาคตในด้านร้าย ไร้หนทางแก้ไข คิดหมกมุ่นจนไม่สนใจสิ่งรอบข้าง จะทำถ้อยและไมกล้าแสดงความคิดเห็น

3) คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) คิดต่อต้านและเกลียดตนเอง ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น

4) การรับรู้ (Perception) การรับรู้จะเบี่ยงเบนไป เนื่องจากอารมณ์แปรปรวน

มักพบว่าอาการประสาทหลอนทางหูในลักษณะผู้อื่นกล่าวติเตียน ในระหว่างที่อารมณ์และการรับรู้แปรปรวนนี้ บุคคลจะไม่สามารถพิจารณาหรือตัดสินใจได้

5) การมีสติสัมปชัญญะ (Consciousness) บุคคลจะมีความสนใจ ความตั้งใจใน ระยะสั้น อาจจะซึมเฉย ไม่เคลื่อนไหว (Stupor) สติสัมปชัญญะไม่ใคร่แจ่มชัด

6) ด้านร่างกายและกิจกรรมทั่วไป สมรรถภาพทางเพศลดลง ในผู้ชายอาจถึงกับหมดสมรรถภาพทางเพศ พลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูก ในผู้หญิงพบว่าประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หนื่อย อ่อนเพลีย มักจะบ่นเกี่ยวกับอาการป่วยทางกาย บางคนไม่ยอมรับประทานอาหาร เพราะคิดว่าตนเองไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป

การวินิจฉัยการพยาบาล ต้องนำความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของความวิตกกังวล การรู้จักตนเอง ความไม่เป็นมิตรมาเป็นแนวทางการวินิจฉัย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1) ส่งเสริมความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพ
2) ให้โอกาสแสดงออกซึ่งความขมขื่น ทุกข์ทรมาน
3) ยอมรับ และให้โอกาสแสดงความเป็นตัวของตัวเองเพื่อให้ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ

4) ช่วยให้เกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การสร้างความหวังใหม่และมีประโยชน์ต่อผู้อื่น

5) ให้โอกาสสำรวจตนเอง เพื่อความเข้าใจตนเอง เป็นตัวของตนเอง

6) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ควรรับรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันบริการ และครอบครัวผู้ป่วย เช่น จัดสิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด สถานบริการที่จะให้ความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1) วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ที่สำคัญคือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะบอกรับปัญหา และแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2) ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมใกล้ชิดและต่อเนื่อง ไว้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดย

เฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้จะให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

3) การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ให้ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่าย การหลับนอน และการรับประทานอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นและมั่นใจขึ้น

4) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป โดยให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ ลึกลับและโหม่นสยอง ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยได้มองข้อดีของตน ที่สำคัญคือไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้า ด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน เพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

5) สังเกตจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

6) การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกาย เพราะจะช่วยลดความเครียด ช่วยให้อารมณ์แจ่มใส และจิตใจก็จะสดชื่นขึ้นด้วย

7) ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีประโยชน์ โดยการให้ ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและความรู้สึกมีคุณค่า และยังกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จ ก็จะทำให้มีกำลังใจสู้ต่อไป

8) การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

การประเมินผล พฤติกรรมที่แสดงให้ทราบว่า การรักษาพยาบาลได้ผล คือ

1) อึดทนในทัศนที่มีต่อตนเองดีขึ้น
2) ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย สภาวะทางอารมณ์มั่นคง ไม่เปลี่ยนแปลงง่าย

3) มีความเป็นตัวของตัวเอง ลดภาวะพึ่งพาพึ่งได้

4) กล้าตัดสินใจ กล้าแสดงความคิดเห็น

5) มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นบ่อยขึ้น

6) นอนหลับได้ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย

7) การแต่งกายและสุขภาพส่วนบุคคลดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2544) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยแต่ละระดับจะมีลักษณะอาการทางด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลควรใช้ทักษะและเทคนิคของการยอมรับ ในฐานะบุคคล ให้ความจริงใจ ซื่อสัตย์ มีความตั้งใจในการให้การดูแล ให้ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกอารมณ์ของผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ วิดกกังวล โกรธ รู้สึกผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหนงา หมดหวัง สิ้นหวัง

ท้อแท้หรือปฏิเสธความรู้สึก

ด้านพฤติกรรม ร้องไห้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่าย ไม่อาจจะอยู่นิ่งได้

ด้านความคิด คิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิตผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีความคิดลึกลับ หรือตัดสินใจไม่ได้

ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับหรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก และอ่อนเพลีย

การพยาบาล (Intervention)

1) สร้างสัมพันธภาพที่นำเชื่อถือไว้วางใจ

2) เสริมสร้างความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง

3) ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย

4) ติดตามประเมินผลการรับประทานยาตามแผนการรักษา/สังเกตอาการข้างเคียงของยา

5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเป็นสมาชิกชมรม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

6) ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน

7) สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ

- การมารับยาและการมาตรวจตามนัด

- เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการกับอาการของผู้ป่วย และด้านการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม

- เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆ และสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

การประเมินผล (Evaluation)

- 1) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทุกด้านได้
- 2) ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่บ้านได้ โดยมีทักษะในการจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้าของตนเอง ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะทางสังคมที่เหมาะสม สำหรับการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และในชุมชนอย่างปกติสุข

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเหงามา หมดหวังหมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัวมีดมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ

ด้านพฤติกรรม มี Psychomotor retardation ได้แก่การเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่องช้า พูดช้าๆ หรือพูดน้อยลง สีหน้า ท่าที่ หดหู่ หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ร่างกายและการใส่เสื้อผ้าโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา

ด้านความคิด ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดช้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมายและอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดลงจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง มีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้า แต่พอช่วงบ่ายจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่นๆเช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

การพยาบาล (Intervention)

- 1) ดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเลือกใช้การบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความไว้วางใจ และมีความมั่นใจในทีมสุขภาพ รวมทั้งยอมรับความเจ็บป่วยของตน ยอมรับการรักษา สร้างเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

- 2) เสริมสร้างความรู้สึกลำบากใจในความสามารถของตนเอง
- 3) ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย
- 4) ติดตามประเมินผลการรับประทานยาตามแผนการรักษา/สังเกตอาการข้างเคียงของยา
- 5) ให้คำปรึกษาญาติและผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่สงบและปลอดภัย โดยไม่ให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง คอยสังเกตอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน
- 6) สอนและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ
 - การมารับยาและการมาตรวจตามนัด
 - เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการกับอาการของผู้ป่วย และด้านการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม
 - เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆและสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ
 - การขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสภาพการณ์ขณะที่ดูแลผู้ป่วยได้

การประเมินผล (Evaluation)

- 1) ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้าของตนเองได้
- 2) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยมีญาติและผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพในชุมชน ช่วยเหลือแนะนำเป็นครั้งคราว
- 3) ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารความต้องการของตนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้านได้
- 4) ผู้ป่วยมีความไว้วางใจทีมสุขภาพ
- 5) ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาอื่นๆตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยา
- 6) ผู้ป่วยมี Personal Hygiene ที่ดี
- 7) ญาติและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลน้อยลง เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมวางแผนและช่วยประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วยได้
- 8) ญาติและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ด้านร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาและมาตรวจตามนัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ จะแสดงความรู้สึกหมดหวังโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมยหรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ สิ้นหวังเปล่า เหงา และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ

ด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมเชิงซ้ำ เดินซ้ำๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงกันข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย หงุดหงิด นั่งไม่ติด ไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

ด้านความคิด จะมีความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด ในทางเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination)

ด้านร่างกาย การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนมาไม่ปกติ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ด้านการนอน มีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา คือ อาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆ อาการต่างๆ จะค่อยๆ ดีขึ้น

การพยาบาล (Intervention)

1) ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

2) สร้างสัมพันธภาพที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง

3) ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของความผิดปกติ และอาการข้างเคียงของยาเพื่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

4) ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย

5) เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์ อื่นๆ และสามารถมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ

การประเมินผล (Evaluation)

- 1) ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ปลอดภัยจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 2) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ
- 3) ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับได้อย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง
- 4) ญาติและผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาและการประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อได้อย่างเหมาะสมและทันที่

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า

การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิด ผิดหวัง เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (4) ด้านสรีรวิทยา (psysiological) พบความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า การรับประทานอาหาร การนอน และการดูแลสุขอนามัย โดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย การแยกตัวออกจากสังคม กระบวนการคิดผันแปร

3) การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาล มีทั้ง (1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว โดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่

ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ (2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

4.) การปฏิบัติการพยาบาล เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

- การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มการทำร้ายตนเอง สูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่สายตา

- การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ และเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

- การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษาการปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม

- การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

- การแนะนำญาติในเรื่องการป้องกันอันตราย เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง รวมทั้งแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา

ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิค หลักการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

นอกจากนี้ ยังมีผู้เสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือการสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2) การพยาบาลยึดแนวทางป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อไม่ให้อุป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) การปฏิบัติกรพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลคุ้มค่า และมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะสามารถตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ทัศนาศ บุญทอง (2544) ได้เสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ดังนี้

1) เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้กำหนดความหมายของสุขภาพในลักษณะองค์รวมว่า "เป็นภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิตและสังคม การสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาย วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องนับถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องการร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องร่วมป้องกัน" จากคำจำกัดความของภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมได้ การให้บริการต้องผสมผสานร่วมกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันระหว่างพฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยสำคัญ

2) จัดระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่าง ๆ จะทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการของชุมชน และยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

3) จัดระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมและคุ้มค่ากับการลงทุนคือการบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

4) สถานบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ต่อการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งในความเป็นจริงแล้ว สถานบริการดังกล่าวขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการบริการด้านสุขภาพจิต การจัดสรรบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตเวชจะใช้เวลาการบำบัดรักษานาน (Long term care) ปัจจุบันได้มีการดูแลอยู่ภายใต้ระบบการจัดการ (Managed care) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพจิต โดยเน้นการติดต่อสื่อสารการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยมุ่งให้บริการสุขภาพตามการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะทาง (Specialty care) ไปสู่การดูแลในระดับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น

5) บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ประชาชนต้องการให้เป็นผู้ให้บริการมากที่สุดคือพยาบาล โดยต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา ให้การดูแลเบื้องต้น และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมป้องกันการเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้า พยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยา แม้พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมาย ในการสั่งการรักษาด้วยยาด้านเศร้า แต่บทบาทอิสระที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้คือการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และมีความรู้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กรณีการประเมินและการบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการบำบัดทางจิต หรือการทำจิตบำบัด เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยถูกต้องตามกฎหมาย เพราะการพยาบาลตามที่

กฎหมายกำหนด เป็นการกระทำต่อทั้งร่างกาย และจิตใจ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการทางคลินิก หรือหายจากความทุกข์ทรมานนั้น

ส่วนการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา รวมถึงเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้ ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต นอกจากนี้การติดตามผลการรักษาเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลก็มีบทบาทอิสระที่จะกระทำได้เช่น เดียวกัน

ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษาประคับประคอง รวมถึงการฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา ความ ต้องการ วางแผนดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตอย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมาย

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะ รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่ จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือภายนอก บุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญ กับภาวะเครียด

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการ ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความผาสุกในการดำเนินชีวิต

ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

สรุปความหมายสำหรับในการศึกษาค้างนี้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจ มีความสุข และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติและเมื่อมีปัญหา

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) ซึ่งมีกิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) สรุปได้ดังนี้

2.2.1.1 การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

2.2.1.2 การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต แล้วจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง

2.2.1.3 การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผน

ในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.2.1.4 การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น "ฉันรู้สึกว้าว.." แทนคำพูด "ฉันคิดว่า.." และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

2.2.1.5 การรับรู้แบบแผนการคิด และการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้น ที่มีต่อความคิดของตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเ็จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน และประเมินความสำเ็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จจะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตน

2.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) ได้แก่

2.2.2.1 การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสาร และพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลได้รับบทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็จะสามารถเรียนรู้ และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2.2.2.2 การฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

2.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความ

สามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งการใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจจะทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.2.3.1 การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่าแต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน ช่วยให้อะไรก็ตามที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

2.2.3.2 การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา“วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

2.2.3.3 ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

2.2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคล ที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.2.4.1 ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.2.4.2 ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบ หลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้ว

ก็ถือว่าการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

2.2.5 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

2.2.5.1 สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ

2.2.5.2 รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ

2.2.5.3 ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำ หรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

2.2.5.4 ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา หรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

2.2.5.5 ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวการณ์ของสังคม

การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุขสงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก)

2.2.7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่

2.2.7.1 การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2.2.7.2 การพักผ่อน ควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นเพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

2.2.7.3 การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า Endorphin ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติด Morphine หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ภายในขอบเขตทางวัฒนธรรมของตน (Orem, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ที่พบว่า ภูมิหลัง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงศึกษาเอกสารงานวิจัยที่

ใกล้เคียง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

2.3.1 อายุ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่เปลี่ยนไปตามวัย (Orem, 1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกาย และจิตใจสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวัย ในขณะที่บุคคลมีพัฒนาการตามวัย บุคคลจะสังมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและแสวงหาวิถีปฏิบัติหรือกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

2.3.2 สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งพฤติกรรมดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระ เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทำด้วยตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรม หรือการตัดสินใจในพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และในสถานการณ์ให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

2.3.3 อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่ง ที่มีผลกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

2.3.4 การสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจและเสนอแนะซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Orem, 1995) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง

2.3.5 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญ, 2543)

2.3.6 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม

ใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับ การประเมินผลลัพธ์และความคาดหวังการกระทำเฉพาะอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นๆ

2.3.7 ความเชื่อด้านศาสนา การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆรอบตัว ในยามเกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญ ปลอดภัย เป็นพื้นฐานการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข)

2.3.8 ความรู้ Orem (1995) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง บุคคลแต่ละคนจะมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (Clochesy, Breu, Cardin, & Rudy, 1993; Josept, 1980; Orem, 1995 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

2.4 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เนื่องจากความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่ดี ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1995, อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ด้านการติดต่อสื่อสาร จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างไม่ดี มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีหนีและปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา และด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักไม่พยายามที่จะใช้เครือข่ายทางสังคมมาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542, ประคอง นาโพชนัน, 2547, มาโนช หล่อตระกูล, 2549, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) สำหรับในด้านจิตวิญญาณนั้น เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา ไม่ใช่ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2546)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นปัญหาที่ควรดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ลดอัตราอาการกำเริบ การป่วยซ้ำ และเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ จึงได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ข)

3. แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด

3.1 ความหมาย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่าเป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือบุคคลสองคน ได้มีการติดต่อเกี่ยวข้องกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งระยะเวลาการติดต่อเกี่ยวข้องนี้ พยาบาลมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการได้รับการตอบสนองของความต้องการ การช่วยแก้ปัญหา และช่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วยด้วยความรู้ความสามารถของพยาบาล โดยทั่วไปเป้าหมายของสัมพันธภาพจะมุ่งสู่การเติบโตของงาม (growth) ของผู้ป่วย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุดการบำบัด โดยผู้บำบัดใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ทางการแพทย์ จิตเวช และบุคลิกภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจตนเองหรือมีความวิตกกังวลลดลง จนสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหา หรือเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเต็มที่

ทัศนาศ บุณยทอง และจารุวรรณ ต.สกุล (2544) ได้ให้ความหมายว่า เป็นสัมพันธภาพที่เน้นวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ที่พยาบาลจิตเวชเป็นผู้วางแผนและจัดให้ โดยพิจารณาจากความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก ทั้งผู้ให้บริการยังต้องใช้ตนเองเป็นสื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการอีกด้วย

สรุปความหมายสำหรับในการศึกษานี้ว่า สัมพันธภาพบำบัด หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุดการบำบัด โดยพยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ทางการแพทย์จิตเวช และใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้น นำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสนทนาที่ต่อเนื่องในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

1) ระยะเวลาสั้น เป็นสภาพที่พยาบาลต้องเข้าไปสนทนากับผู้ป่วย โดยไม่เคยรู้จักกันมาก่อนส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มาขอรับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยแสดงอาการทางจิตเนื่องจากภาวะวิกฤตต่างๆ ในกรณีเช่นนี้พยาบาลควรสนทนากับผู้ป่วยและวางแผนการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นช่วงสั้นๆ โดยการแนะนำตัว รับฟังปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และสรุป ซึ่งการปฏิสัมพันธ์อาจเกิดขึ้นเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น

2) ระยะเวลาสั้น เป็นสภาพที่พยาบาลและผู้ป่วยรู้จักกัน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยได้สนทนากันเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรงแต่พยาบาลในฐานะบุคลากรผู้ร่วมทีมในการรักษา จึงต้องรู้จักสนทนากับผู้ป่วยทุกๆ คน โดยที่ผู้ป่วยเองอาจมีบางสิ่งบางอย่างที่ต้องการพูดคุยกับพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยขณะนั้น หรืออาจต้องการตรวจสอบว่าพยาบาลแต่ละคนมีแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนกันหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยอาจอยากเข้ามาสนทนากับพยาบาลคนไหนก็ได้ ในกรณีเช่นนี้พยาบาลควรต้องดำเนินการสนทนากับผู้ป่วยในรูปแบบของการบำบัดกับผู้ป่วยให้เหมือนกันทุกคน โดยมีวัตถุประสงค์ในการสนทนาแต่ละครั้งให้ชัดเจน และเมื่อการสนทนาดำเนินไปตามวัตถุประสงค์แล้วการสนทนาควรสิ้นสุด ดังนั้นสัมพันธภาพอาจดำเนินอยู่ในช่วงเวลานั้นเท่านั้น

3) ระยะเวลายาว เป็นสภาพที่พยาบาลและผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพต่อกันในระยะยาว ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเช่นนี้ พยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้กับผู้ป่วยทุกคน ส่วนมากพิจารณาเป็นกรณี โดยพยาบาลต้องดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) ตามวิธีการต่างๆ

3.2 จุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คือ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความรู้สึกและความคิด ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการรู้จักตนเอง (insight) และการควบคุมตนเอง (self-control) ดังนี้

3.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

3.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความไม่สบายใจต่างๆ ไปในแนวทางที่เหมาะสม

ผู้อื่น

3.2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับ

3.2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ของตนเองได้ตาม
แนวทางที่สังคมยอมรับ

3.2.5 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ในด้านความเชื่อมั่น ความรู้สึกมี
คุณค่า และความภาคภูมิใจ

3.2.6 ช่วยให้พยาบาลได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

3.3 ลักษณะทั่วไปของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.3.1 การติดต่อกับผู้ป่วยเป็นแบบวิชาชีพ เช่น การนัดสนทนากับผู้ป่วยในหน่วย
งานและในเวลาปฏิบัติงาน แต่งกายด้วยเครื่องแบบเมื่อมาพบผู้ป่วย

3.3.2 การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดำเนินตามเป้าหมาย และเป้าหมายนั้นควร
มุ่งที่ความไม่สบายใจหรือปัญหาของผู้ป่วย

3.3.3 พยาบาลใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อเปิดโอกาสหรือกระตุ้น
ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือความคับข้องใจต่างๆ

3.3.4 พยาบาลต้องแสดงถึงความสามารถในการฟัง และความสามารถในการฟัง
อย่างเข้าใจ

3.3.5 การโต้ตอบหรือตอบสนองคำพูดหรือความต้องการของผู้ป่วย อยู่ใน
ขอบเขตของวิชาชีพและแสดงถึงความเป็นมิตรและจริงใจ

3.3.6 สัมพันธภาพต้องดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ได้แก่ มีการสังเกต การบันทึก
การประเมินผล และรายงานพฤติกรรมของผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้รักษา

3.3.7 สัมพันธภาพควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรักษาอื่นๆ เช่น
การรับประทานยา และการเข้าร่วมกิจกรรม

3.3.8 พยาบาลควรตระหนักและเข้าใจในค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่
แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย

3.3.9 นำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ใช้กระบวนการ
การพยาบาลเพื่อปรับปรุงและเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

3.3.10 ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยยึดหลักของคุณธรรม ศีลธรรม และจรรยาของวิชาชีพ
พยาบาล

สำหรับการสนทนาอย่างมีแบบแผนนั้น พยาบาลควรมีการวางแผน มีข้อตกลงกับผู้ป่วยมีตารางเวลาจัดไว้ และถ้าการสนทนานั้นเป็นไปเพื่อการบำบัด พยาบาลต้องจัดวางแผนให้ดี ไม่ให้มีการขัดจังหวะ โดยจัดหาสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและเหมาะสม อาจเป็นห้องให้คำปรึกษาและถ้าไม่มีห้อง อาจจัดสถานที่โดยการกั้นม่านและหาเก้าอี้มาตั้งใกล้ๆ หัวเตียงของผู้ป่วย เพื่อจะได้ฟังผู้ป่วยพูดได้ชัดเจน พร้อมกันนี้ขณะสนทนาพยาบาลต้องนั่งลง เพื่อแสดงถึงความพร้อมว่าพยาบาลไม่ได้รับร้อนและมีเวลาในการสนทนา

3.4 คุณสมบัติสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ซึ่งจะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การยอมรับ (acceptance) การไม่ตัดสิน (nonjudgmental) และความคงเส้นคงวา (consistent)

3.4.1 การยอมรับ (acceptance) เป็นคำที่พยาบาลได้ยินเสมอ แต่บางทีก็ไม่ค่อยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ยาก การยอมรับหมายความว่า การที่พยาบาลยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี และมีสิทธิในความเป็นคนเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ดังนั้นการเข้าไปสนทนาหรือสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พยาบาลควรเรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และยินดีรับฟังความไม่สบายใจของผู้ป่วยอย่างจริงจัง

3.4.2 การไม่ตัดสิน (nonjudgmental) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าทัศนคติ (attitude) และมีความสัมพันธ์กับการยอมรับ (acceptance) การไม่ตัดสินใจที่นี้หมายถึง การที่พยาบาลไม่นำแนวคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือทัศนคติส่วนตัวไปประเมินหรือตัดสิน พฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วย ในลักษณะที่ว่า ดี-เลว หรือ ถูก-ผิด ถ้าพยาบาลพัฒนาคุณสมบัติข้อนี้ได้ จะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดำเนินไปด้วยการเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า คอยจับผิด หรือคอยวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย

3.4.3 ความคงเส้นคงวา (consistent) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง โดยที่พยาบาลต้องคงเส้นคงวา ในทัศนคติ ในการกระทำ และในแนวทางของงานสนทนาหรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การที่พยาบาลปฏิบัติเช่นนี้ต่อผู้ป่วยได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ และเชื่อมั่นในตัวพยาบาล และเมื่อความเชื่อมั่นหรือความไว้วางใจเกิดขึ้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยกล้าจะเปิดเผยตนเอง หรือยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เขาไว้วางใจ

3.5 ทฤษฎีสัมพันธภาพกับการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

แนวคิดของทฤษฎี Peplau (1952) อธิบายว่า การพยาบาลหมายถึง การบำบัดรักษาที่มีความสำคัญเป็นกระบวนการของการสร้างสัมพันธภาพ มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการ เน้นส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ มุ่งให้บุคคลมีผลผลิตเป็นของตนเอง และดำรงชีวิตอยู่

ในชุมชนได้ตามปกติ ทฤษฎีสัมพันธภาพนี้มีประโยชน์ต่อการพยาบาลจิตเวชเป็นอย่างมาก เพราะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)

Peplau (1992) ได้อธิบายกรอบแนวคิดในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพบำบัด แบ่งเป็นขั้นเริ่มต้น (Orientation phase) ขั้นระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ระยะสรุปผล (Resolution phase) ในแต่ละระยะ พยาบาลมีบทบาทเป็นทั้งคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วย (Stranger) ในขณะที่เริ่มสร้างสัมพันธภาพเป็นครู (Teacher) ผู้ชี้แนะ และการสอนการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ให้ข้อมูล (Resourcer) และผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) กับผู้ป่วย เป็นผู้นำ (Leader) ให้กับผู้ป่วยและเป็นผู้ทดแทน (Surrogate) ของบุคคลในอดีตที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพ Prplau มีความเชื่อว่าวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการยอมรับตนเอง และสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นต่อไป

ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มี 4 ระยะ ในแต่ละระยะพยาบาลมีบทบาท ดังนี้

- 3.5.1 ระยะก่อนการสนทนา (preinteracting phase)
- 3.5.2 ระยะเริ่มสนทนา (initiating or orienting phase)
- 3.5.3 ระยะแก้ไขปัญหา (working phase)
- 3.5.4 ระยะยุติสัมพันธภาพ (terminating phase)

3.5.1 ระยะก่อนการสนทนา

ในระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลได้รับมอบหมายให้เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลจึงควรวางแผนและเตรียมตัว ซึ่งในระยะนี้พยาบาลยังไม่ได้พบผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

- 3.5.1.1 พยาบาลควรเตรียมตัวให้ชัดเจนในด้านเป้าหมายของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- 3.5.1.2 วางแผนการสนทนาในแต่ละครั้งในด้านสถานที่ เวลา และรายงานแผนการต่างๆ กับทีมผู้รักษาได้ร่วมรับรู้
- 3.5.1.3 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยในด้านแผนการรักษาที่ผ่านมา ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นและภูมิหลังบางประการ เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส และครอบครัว

3.5.1.4 พยาบาลควรตรวจสอบสภาพด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง
ให้มีความพร้อมในด้านแนวความคิดในการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.5.2 ระยะเริ่มสนทนา

การมาพบกันในระยะแรก ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็แปลกหน้ากัน และต่างก็
สังเกตกันและกัน ดังนั้นการสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลควร
เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ในด้านสถานภาพของตน และวัตถุประสงค์ในการเข้ามาสนทนากับ
ผู้ป่วย เช่น บอกว่า ฉันชื่อ.....เป็นนักศึกษาพยาบาล.ฉันมาปฏิบัติงานที่ตึกนี้ในวันจันทร์-
พฤหัสบดีเป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่..... เมื่อได้แนะนำตัวกันแล้วพยาบาลต้องเป็นผู้เริ่มต้นให้มีการ
สนทนาต่อไป โดยเริ่มสนทนาเริ่มต่างๆ ที่เป็นกลางหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พร้อมกับสังเกต
ปฏิกิริยาได้ตอบของผู้ป่วยในด้านวิธีพูด วิธีการแสดงความคิดเห็น และพฤติกรรมอื่นๆ เพื่อเรียนรู้
ในตัวผู้ป่วยให้มากที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรมุ่งให้ความสนใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ฟังผู้ป่วยพูด
อย่างเป็นกลางไม่ควรรีบวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความคิดเห็นมากนัก แต่ควรแสดงการยอมรับ
ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอันจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไม่กังวลในการสนทนากับพยาบาล
มากเกินไป นอกจากนี้พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายกระหาย
อยากพูดมาก ผู้ป่วยบางรายไม่พูดพร้อมกับแสดงท่าทีต่อต้าน ผู้ป่วยบางรายพูดวกวนทำให้ไม่เข้าใจ
หรือผู้ป่วยบางรายมีพยาธิสภาพทางสมองสื่อสารทางคำพูดได้ลำบาก ดังนั้นพยาบาลควร
ศึกษาว่าจะสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับแต่ละกรณีอย่างไร หรือผ่อนผันแนวทางในการสนทนา
บางประการในระยะแรกนี้ โดยมีกิจกรรมพยาบาลดังนี้

3.5.2.1 สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัย โดย
การแสดงการยอมรับผู้ป่วย

3.5.2.2 จัดสภาพการสนทนาให้เป็นไปเพื่อการบำบัด

3.5.2.3 ดำเนินการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ทั้งผู้ป่วย และ
พยาบาล

3.5.2.4 กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ได้แก่

- 1) บอกชื่อ และสถานภาพทางวิชาชีพของพยาบาล
- 2) จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพ
- 3) เวลาในการสนทนาแต่ละครั้ง เช่น 30 นาที
- 4) จำนวนครั้งที่มาพบกันเพื่อสนทนา เช่น ทุกวันอังคาร ใช้เวลา
2 เดือน
- 5) สถานที่ในการสนทนา

6) การไม่เปิดเผยข้อมูล หรือการรักษาความลับในเรื่องที่สนทนากับผู้ป่วย

3.5.2.5 ประเมินสภาพความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย

3.5.2.6 สำนวญว่ามีปัญหาอะไรที่พยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือได้

3.5.2.7 ยอมรับและโต้ตอบอย่างเหมาะสม สำหรับวิธีการสนทนาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ แตกต่างกัน

5.3 ระยะเวลาแก้ไข้ปัญหา

เมื่อพยาบาลและผู้ป่วย มาพบกันเพื่อการสนทนาอย่างสม่ำเสมอ ตามข้อตกลงต่างๆ พร้อมกับพยาบาลสามารถแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลยอมรับ เข้าใจ และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างไม่มีอคติ ส่วนมากแล้วสัมพันธภาพโดยรวมจะพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยจะไว้วางใจพยาบาล กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง เมื่อถึงเวลานัดในการสนทนา ผู้ป่วยจะแสดงถึงความพร้อมมากขึ้น และในระหว่างสนทนา บรรยากาศจะผ่อนคลายทั้งผู้ป่วยและพยาบาลไม่ยึดอัด เมื่อเข้าสู่ระยะนี้เป็นช่วงเวลาพยาบาลต้องมีข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยมากพอ ที่จะเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยจึงเป็นเวลาทีผู้ป่วยควรได้พูดคุยปัญหาของเขา และพร้อมที่จะแก้้ปัญหาของตนเอง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลจำแนกได้ 3 ส่วน ดังนี้

3.5.3.1 ร่วมกับผู้ป่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกลไกของปัญหาต่างๆ

1) นำเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด

2) แยกแยะสาเหตุของปัญหา เช่น วิเคราะห์จุดเริ่มต้น ลักษณะของปัญหา ผลของปัญหา และเมื่อเกิดปัญหา ผู้ป่วยจัดการอย่างไร

3) มุ่งประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญในปัจจุบัน เช่น นอนไม่หลับ ความกลัวต่างๆ การไม่รู้จะจัดการตนเองอย่างไรในกิจกรรมประจำวัน หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจในพฤติกรรมของตนที่เป็นปัญหา

5) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกภาพภูมิใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

3.5.3.2 ร่วมกับผู้ป่วย หาวิธีแก้้ปัญหา หรือปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสม

1) ให้กำลังใจและแรงเสริมแก่ผู้ป่วยในการแก้้ปัญหา

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาแนวทาง ในการแก้ปัญหาหรือเผชิญ ปัญหา อย่างเป็นขั้นตอนและเป็นจริง

3) ลดข้ออ้างหรือแรงผลักดัน ที่จะมายับยั้งการเปลี่ยนแปลงที่จะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

4) พัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการลดความขัดแย้งหรือ การเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ

5) ลดอาการหรือปัญหาต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงใน ระยะเร่งด่วน โดยใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด

6) กระตุ้นให้นำวิธีแก้ปัญหา หรือแผนการปรับปรุงตนเองไปใช้

7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เป็นตัวของตัวเองมากกว่า การแก้ไขปัญหาโดยการแนะนำจากพยาบาล

3.5.3.3 นำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ

1) ตรวจสอบ และประเมินผลแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

2) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ และรับรู้กับอาการผิดปกติหรือปัญหา ของตน ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

3) ให้กำลังใจและร่วมกับผู้ป่วยหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่จะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาต่อไป

3.5.4 ระยะเวลาสัมพันธภาพ

การยุติสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนสำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังได้กล่าว ว่าสัมพันธภาพมีเริ่มต้นและสิ้นสุด ดังนั้นเมื่อกำหนดระยะเวลาตามที่ตกลงกันมาถึง สัมพันธภาพ ควรต้องยุติตามข้อตกลง ซึ่งในทางปฏิบัติอาจพบว่ามีเหตุผลอื่นๆ ได้อีก เช่นปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้ป่วยไปขอรับการช่วยเหลือจากที่อื่นซึ่งเหมาะสมกว่า หรือผู้ป่วยขอยุติการสร้าง สัมพันธภาพก่อนเวลา โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

3.5.4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น ในกระบวนการสร้าง สัมพันธภาพ เช่น ผู้ป่วยมีความคิด และความรู้สึกอย่างไร หรือผู้ป่วยได้รับอะไรบ้างจากการมา สันทนาการกับพยาบาล

3.5.4.2 สำหรับพยาบาลควรสรุปในส่วนที่ได้ร่วมแก้ปัญหากับผู้ป่วยโดย มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในตัวผู้ป่วย พร้อมกับส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถที่จะช่วย ตนเองของ ผู้ป่วย

3.5.4.3 ประเมินปฏิกริยาของผู้ป่วยในระยะยุติสัมพันธภาพและให้เวลาผู้ป่วยได้บอกความรู้สึกต่างๆ

3.5.4.4 ยุติหรือสิ้นสุดสัมพันธภาพในรูปแบบของวิชาชีพ โดยบอกผู้ป่วยให้ชัดเจนและเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ปฏิกริยาผู้ป่วยในระยะยุติสัมพันธภาพ จากการที่บุคคลได้มาสัมผัสสัมพันธภาพต่อกันในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อสัมพันธภาพจะต้อยุติ พบว่าบุคคลอาจจะมีปฏิกริยาบางอย่างที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้สังเกตได้ดังนี้

1) แสดงพฤติกรรมถดถอย ได้แก่ แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่าผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองไม่ได้ หรือแสดงอาการต่างๆ เหมือนเมื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการแสดงปฏิกริยาเช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่มั่นใจในตนเอง และกังวลถ้าไม่ได้มาสนทนากับพยาบาลเช่นเคยและจะทำให้มีอาการต่างๆ เกิดขึ้นมาอีก

2) แสดงพฤติกรรมโกรธ ได้แก่ แสดงความโกรธออกมาเป็นคำพูดแสดงออกถึงความไม่สนใจในท่าทีของพยาบาลหรืออาจแสดงให้เห็นว่าเขารับผิดชอบต่อตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ ซึ่งการแสดงปฏิกริยาเช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการยุติสัมพันธภาพของพยาบาลเป็นการปฏิเสธตัวผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องพยายามปกป้องตนเองในการถูกปฏิเสธ

3) แสดงพฤติกรรมการยอมรับ ได้แก่ แสดงให้เห็นว่าพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อตนเอง แสดงการรับฟังความเห็นของพยาบาล และพยายามหาข้อมูลเพื่อเตรียมตัวในการพึ่งพาตนเอง ปฏิกริยา เช่นนี้จะพบได้ในผู้ป่วยที่มีความมั่นใจ ยอมรับตนเอง พร้อมรับการประเมิน และพยายามปรับปรุงตนเองในการเผชิญปัญหาต่างๆ

3.6 ปรากฏการณ์ที่เกิดในการสร้างสัมพันธภาพ

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บางครั้งพยาบาลอาจเกิดความรู้สึกสับสนต่อบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งมักเป็นความรู้สึกยุ่งยากใจที่พยาบาลเองไม่สามารถอธิบาย แยกแยะ และวิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้นได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ต้องเก็บความรู้สึกไม่เข้าใจนี้ไว้ในใจ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมบางอย่าง เช่น พยาบาลบางคนอาจมีอาการปวดศีรษะมาก ทุกครั้งที่ถึงเวลานัดสนทนากับผู้ป่วย นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis approach) ได้อธิบายว่าปรากฏการณ์เหล่านี้ เกิดขึ้นได้เสมอในการที่บุคคลสองคนมีสัมพันธภาพต่อกัน ไม่ว่าจะ เป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หรือสัมพันธภาพเพื่อสังคม ปรากฏการณ์ที่สำคัญ ได้แก่

3.6.1 ความรู้สึกต่อต้าน (resistance) ความรู้สึกต่อต้านนี้พบได้เสมอ โดย ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้าน ในระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งนักจิตวิเคราะห์ได้อธิบาย

ความรู้สึกต่อต้าน หมายถึง ความรู้สึกและความคิดในระดับจิตใต้สำนึกของบุคคลที่พยายามเข้าไปขัดขวางและยับยั้งความรู้สึก ความคิด หรือความจำที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน จึงสังเกตได้ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมต่อต้าน เมื่อพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องพูดถึงเรื่องราวต่างๆ ของตนเอง หรือเมื่อพยายามให้ผู้ป่วยรับผิดชอบความคิดหรือการกระทำของตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกของความรู้สึกต่อต้านเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ โดยสังเกตจากสถานการณ์ต่อไปนี้

- ผู้ป่วยลืมนัดการสนทนา หรือลืมนื่องบางเรื่องที่เคยตกลงกันได้
- พยายามหลีกเลี่ยงการพูดถึงเรื่องราวในปัจจุบันแต่พูดถึงเรื่องในอดีต
- ไม่ตอบคำถามบางคำถาม
- แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวให้พยาบาลตกใจกลัว
- ชักจูงให้สนทนาในเรื่องชู้สาว หรือแสดงท่าทีชอบพอยาบาลและหลง

รักพยาบาล

3.6.2 การถ่ายโยงความรู้สึก (transference) หมายถึง การที่ผู้ป่วยถ่ายโยงสิ่งที่จำมาในอดีตหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในวันเด็กมาสู่บุคคลสำคัญ โดยผู้ป่วยแสดงความรู้สึกถ่ายโยงออกมาทางความรู้สึก ทศนคติ และความปรารถนาต่างๆ มาสู่บุคคลปัจจุบันที่เข้าไปเกี่ยวข้องหรือสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็ไม่รู้ตัว และไม่เข้าใจสภาพการณ์ที่เกิดกับตนและในบางกรณีสภาพการณ์เช่นนี้ พิจารณาว่าเป็นคนผิดปกติในการรับรู้หรือตีความไม่ถูกต้องของผู้ป่วย โดย ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมต่อพยาบาลผู้ซึ่งเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในปัจจุบัน เหมือนต้องการให้พยาบาลเป็นตัวแทนของบิดา มารดา (father-mother figure) ที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ในวันเด็กซึ่งถ้าพยาบาลเข้าใจสภาพการณ์เช่นนี้ พยาบาลก็ไม่ควรปฏิบัติตัวเป็นเหมือนตัวแทนของบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ แต่ควรกลับมาตรวจสอบ สังเกต ความรู้สึกของตนเอง พร้อมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยแยกแยะความรู้สึกของเขา ในสภาพการณ์เช่นนี้

การถ่ายโยงความรู้สึกนี้ อาจเป็นได้ทั้งความรู้สึกในทางดี และความรู้สึกในทางไม่ดี (Positive or negative transference) ซึ่งเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ โดยสังเกตจากสถานการณ์ต่อไปนี้

- ผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจพยาบาลแต่ไม่ปฏิเสธการสนทนากับ
- พยาบาล
- อาจแสดงอารมณ์รุนแรงต่อพยาบาลโดยอธิบายสาเหตุไม่ได้
 - ให้ความสนใจเรื่องต่างๆ ของพยาบาลมาก
 - แสดงพฤติกรรมบางอย่างกับเฉพาะพยาบาลที่เข้าไปสร้างสัมพันธภาพ

เช่น พฤติกรรม ถดถอย (regression)

- มีความห่วงใยพยาบาลที่เข้าไปสร้างสัมพันธภาพอย่างเกินขอบเขต

3.6.3 การเผชิญการถ่ายโยงความรู้สึก (countertransference) หมายถึง การที่พยาบาลต้องใช้ความรู้สึก ความคิด ทศนคติ และบุคลิกภาพโดยรวมของตน ในการเผชิญกับการถ่ายโยงความรู้สึกของผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งพยาบาลเองก็ไม่ว่างตัวว่าตนเองได้โต้ตอบหรือแสดง พฤติกรรมบางประการ อันเป็นการตอบสนองของความต้องการของตนเองที่แอบแฝงอยู่ในจิตใจระดับจิตใต้สำนึก ดังนั้นจึงพยาบาลบางคนอาจพอใจผู้ป่วยที่ตนเข้าไปสร้างสัมพันธภาพด้วยมากเกินปกติหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยบางคนเหมือนบุคคลพิเศษของตนเอง ในทำนองเดียวกัน การเผชิญการถ่ายโยงความรู้สึกนี้ เกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ โดยสังเกตจากสถานการณ์ต่อไปนี้

- พยาบาลรู้สึกอึดอัดและไม่ชอบผู้ป่วยโดยอธิบายเหตุผลไม่ได้
- พยาบาลพอใจหรือหลงรักผู้ป่วย
- พยาบาลลืมนัดสนทนากับผู้ป่วย
- บางที่ฝันถึงผู้ป่วยในขณะหลับ
- มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยรุนแรงอาจเป็นพอใจหรือไม่พอใจ

ปรากฏการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เกิดได้เสมอในการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขหรือจัดการปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของพยาบาล ในด้านความเข้าใจในตนเอง โดยวิเคราะห์ตนเองอย่างสม่ำเสมอและถ้ามีสิ่งใดที่สับสน และยุ่งยากใจ ควรปรึกษาเพื่อนร่วมงาน หัวหน้า อาจารย์ หรือผู้ตรวจการ ในบางกรณีอาจต้องเปลี่ยนผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4. การใช้สัมพันธภาพบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการใช้สัมพันธภาพบำบัด พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Hildegard E. Peplau (1952) โดยเน้นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาผสมผสานเป็นคู่มือการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการมีชีวิตที่ปกติสุข โดยการใช้สัมพันธภาพบำบัดควรพิจารณาถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและไม่มี ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับผิดชอบที่ดีศรีในตน

4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

การใช้สัมพันธภาพบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้สัมพันธภาพบำบัดแบบรายบุคคล โดยพบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40 - 60 นาที รวม 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แสดงความรู้สึก และแลกเปลี่ยนความคิดกับพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคน เกิดการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การใช้สัมพันธภาพบำบัด ในแต่ละระยะมีทั้งความคาบเกี่ยว (Overlapping) และความเกี่ยวพันกัน (Interlocking) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมแบบผสมผสาน ซึ่งดำเนินการตามระยะทั้ง 4 ระยะ โดยพยาบาลมีบทบาทหลายบทบาท ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว พยาบาลมีบทบาทเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) โดย แนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนา กำหนดข้อตกลง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ใจ ถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริง และบอกปัญหาที่อยู่ให้พยาบาลรับรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง รวมทั้ง

การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด มีแรงจูงใจ และให้ความร่วมมือในการใช้สัมพันธภาพบำบัดครั้งต่อไปเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ประคอง นาโพชนันท์, 2547, ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539 ,มาโนช หล่อตระกูล, 2549, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544)

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะระบุปัญหาและแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา โดย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาใดปัญหาหนึ่งเป็นเรื่องๆไป มีการปรับเปลี่ยนความคิด และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยอมรับทั้งจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ เป็นการให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง รวมทั้งมองเห็นข้อดีข้อเสียของตน ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ช , ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539)

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัว และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และเป็นครู (Teacher) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความต้องการ หรือความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ การสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ ความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยแต่ละคน ให้สามารถนำไปปฏิบัติตามที่ ตนเองตัดสินใจ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 , ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยการที่พยาบาลสอน และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ช) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัว และเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ลดลงด้วย จึงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนาน ช่วยให้เกิดใจสงบ สบาย ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้

ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านและการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) โดย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับ พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัยเพื่อเตรียมการยุติสัมพันธภาพและการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง ร่วมกับการพูดคุยกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม ใน สิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือศรัทธา ช่วยให้สบายใจขึ้น จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิต วิญญาณดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวัง เกิดความสงบทางด้านจิตใจ ทำให้แก้ไขปัญหาวิตและ อุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ จิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 5 การสรุปและประเมินผล พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และแหล่งสนับสนุน (Resourcer) เป็นการสรุป และประเมินความก้าวหน้าของ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ให้แนวทางและวิธี ป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้แหล่งบริการในชุมชนให้เป็นประโยชน์ และดำเนินการยุติ สัมพันธภาพบำบัด

การใช้สัมพันธภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลควรดูแลในประเด็นต่อไปนี้

- 1) การตระหนักรู้ตนเอง : โดยเฉพาะแรงจูงใจในการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยแรงจูงใจจะเป็นแรงกระตุ้นในการช่วยผู้ป่วยในการแก้ไข้ปัญหา หรือถ้าขาดแรงจูงใจที่แท้จริง พยาบาลอาจแสดงท่าทีหมดหวัง
- 2) ชื่อสัตย์กับความรู้สึกรู้สึกของตนเอง : พยาบาลต้องแน่ใจว่าได้พยายามปฏิเสธ ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ควรแยกแยะความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยที่เข้าไปสนทนาด้วย เพราะความรู้สึกมักแสดงออกมาทางกิริยาท่าที
- 3) มั่นใจความสามารถของตนเองในการติดต่อกับผู้ป่วย : ความมั่นใจส่งเสริม ได้จากการมีความรู้ในสิ่งที่กำลังปฏิบัติ และให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะพฤติ กรรมทุกอย่างมีความหมาย แต่อย่านำคำพูดหรือกิริยาท่าทีของผู้ป่วยมาทำให้ตนเองท้อแท้และ ขาดความมั่นใจ
- 4) ไวในความต้องการของผู้ป่วย : ดั่งนั้นต้องตั้งใจฟัง ทั้งคำพูดและกิริยาท่าที ของผู้ป่วยอย่างมีหลักการ และในขณะสนทนากับผู้ป่วยควรจัดที่นั่งระยะห่างประมาณ 1.5 ฟุต ถึง 4 ฟุต เพื่อการสังเกตที่ชัดเจน

5) ต้องคงเส้นคงวา : คำพูดและกริยาทำที่ต้องสัมพันธ์สอดคล้องกัน เพราะบางทีคนฟัง ไม่ได้พิจารณาแค่คำพูด ถ้าพยาบาลแสดงท่าทีและคำพูดไม่สอดคล้องกัน ผู้ป่วยมักไม่ไวใจหรือไม่ค่อยเชื่อถือ

6) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นต้องรับรู้ : ตระหนักรู้ความวิตกกังวลที่เกิด ทั้งของพยาบาลและของผู้ป่วยขณะที่กำลังสนทนาเป็นสิ่งจำเป็น เพราะถ้าความวิตกเกิดขึ้นมากจะกดดันทั้งผู้ป่วยและพยาบาลให้มีความบกพร่องในการสื่อสาร และไม่ต้องการสนทนาต่อไป

7) ต้องคอยตรวจสอบกริยาทำที่อย่างไรออกไปบ้าง

8) ระวังระวังในการใช้คำ : คำบางคำต้องพูดให้ชัดเจน เช่น การเรียกชื่อ การใช้สรรพนามไม่ควรกล่าวข้อความอย่างเลื่อนลอย โดยไม่ระบุว่ากล่าวถึงใคร อย่างไร รวมถึงคำที่เป็นข้อตกลงบางอย่าง เช่น ไม่เคย หรือจำเป็น คำเหล่านี้ทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารได้ง่าย

9) ระวังในความแตกต่างระหว่างบุคคล : บุคคลทุกคนมีความต้องการพื้นฐานเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในด้านระดับของความ ต้องการ การแสดงออก และความเชื่อต่างๆ จำเป็นที่พยาบาลต้องให้ความสนใจในประเด็นนี้

10) ประเมินตนเองสม่ำเสมอ : การปรับปรุงคุณภาพของการสนทนา และการสร้างสัมพันธภาพพยาบาลต้องใจกว้าง กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง ให้มีการประเมินวิธีที่ตนเองกระทำหรือได้ตอบกับผู้ป่วย

ในการใช้สัมพันธภาพบำบัด ทักษะคติของพยาบาลเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกี่ยวข้องกับการสนทนาในลักษณะของการให้กำลังใจและให้การประคับประคอง ซึ่งพยาบาลทั่วไป การให้กำลังใจอาจหมายถึงการพยายามพูดกับ ผู้ป่วยในสิ่งที่ดี ๆ หรือการพยายามพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอะไรน่ากลัว แต่สำหรับการสนทนาเพื่อการบำบัดนั้นพยาบาลจะต้องใช้ความสามารถของตนที่จะแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาล สนใจ เข้าใจ และยอมรับในตัวผู้ป่วย หรือในความยุ่งยากใจของผู้ป่วย ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะพูดอย่างไรหรือรู้สึกอย่างไร พยาบาลจะต้องยอมรับ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ได้อย่างอิสระ และไม่ควรรังรังหรือพยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีเองและไม่มีอะไรน่ากลัว ถ้าพยาบาลเลือกวิธียับยั้งความรู้สึกหรือไม่อยากสนใจปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น วิเคราะห์ได้ว่าพยาบาลไม่ยอมรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย และไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ดังนั้น ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆต่อไปนี้

1) ไม่มีบทสนทนาเฉพาะสำหรับแต่ละปัญหาและไม่มีแนวทางที่ถูกต้อง แต่มีแนวทางที่เหมาะสมในการสนทนาเพื่อการบำบัด

2) บุคคลแต่ละคนมีพลังและศักยภาพที่จะช่วยตนเองได้ ปัญหาที่เกิดทำให้บุคคลไม่สามารถใช้พลังและศักยภาพได้เต็มที่

3) การเริ่มต้นที่ควรปฏิบัติคือ การยอมรับในความคิดและการกระทำของผู้ป่วย ไม่ว่าเขาจะเป็นอย่างไร

4) ตระหนักว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพ การแนะนำ และการสัมภาษณ์แตกต่างจากการสนทนาเพื่อการบำบัด ทางด้านวัตถุประสงค์

ดังนั้นการใช้สัมพันธภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี จึงควรคำนึงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลและให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมด้วย เพราะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้ และเพื่อเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Self-care behavior) ของผู้ป่วย จึงควรใช้กิจกรรมรายบุคคล เนื่องจากการสนองต่อความสนใจ ความสามารถ และความต้องการของแต่ละคน ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง สามารถประเมินผลการเรียนรู้ได้ทันทีและง่าย (สมจิต หนูเจริญ, 2536)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัมพันธภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผล รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้ การปฏิบัติดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิผล

รูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และ ร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มาโนช หล่อตระกูลและอุไร บุรณพิเชษฐ์ (2542) ศึกษาอาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ โดยศึกษาจากผู้ป่วยนอกของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ และญาติผู้ป่วย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มผู้ที่ปกติ จำนวนกลุ่มละ 50 คน โดยใช้แบบสอบถาม Thai Depression Inventory และแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้สึกผิด พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกผิด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกผิดในปัจจุบัน และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของบาปกรรม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับอาการรู้สึกผิดและมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และบุคคลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันระหว่างอาการรู้สึกผิดกับระดับภาวะซึมเศร้า

วีระ ชูรุจิพร (2542) ศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) และแบบวัดวิธีการจัดการกับปัญหาของ Jalowice พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ควรพบแพทย์ ร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 25.7 อยู่ในระดับอารมณ์เบี่ยงเบนเล็กน้อย สำหรับวิธีการจัดการปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ การมองโลกในแง่ดี พบร้อยละ 52.2 ส่วนการระบายอารมณ์จะใช้น้อยที่สุดคือร้อยละ 8.6 สำหรับวิธีการจัดการกับปัญหาที่พบในกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าสูง ได้แก่ การระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย พบได้ร้อยละ 72.8, 71.8 และ 64.7 ตามลำดับ ดังนั้นวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา การมองโลกในแง่ร้าย การบรรเทาอารมณ์และการพึ่งตนเอง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการซึมเศร้า แต่การเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการมองโลกในแง่ดีกับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสนวนธรรม เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดร.ณิ เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

นุสรา วรภัทร (2547) ศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าว่าเป็นการแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการ ประสบการณ์จัดการอาการโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล เพื่อการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษา 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

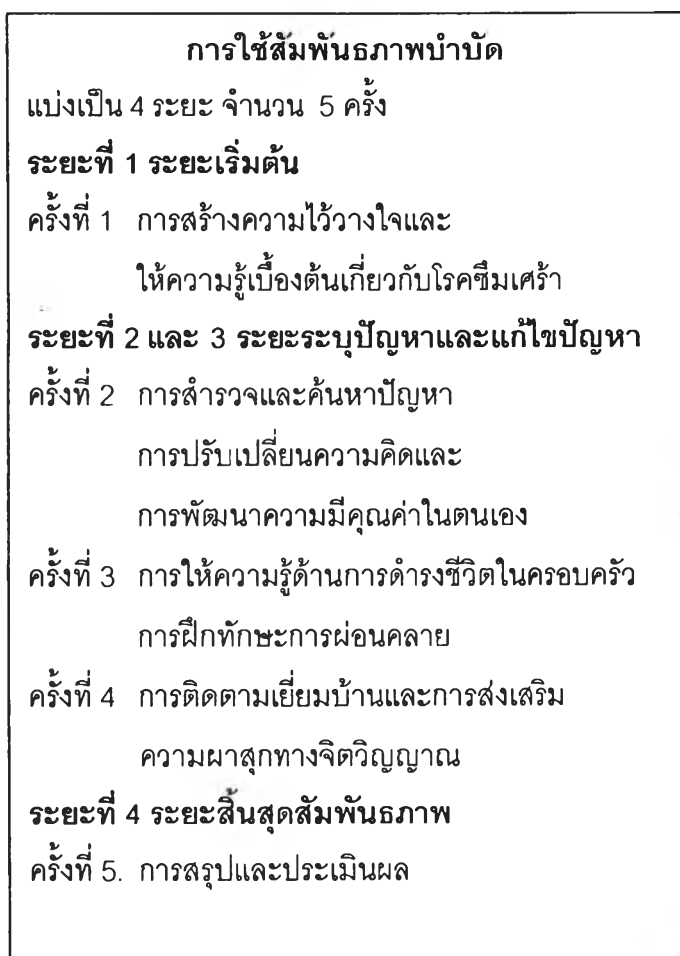
ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 20 คน พบว่า ภายหลังจากผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด 5 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัษฎชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีผลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการศึกษา



พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

1. การรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ
3. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
4. การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว
5. การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม
6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป