

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายหรือพฤติกรรม การแสดงออก เช่น มีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หดหู่ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ ตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย หดหู่ ท้อแท้ใจ ไปจนถึงรู้สึกหมดหวัง อยากตาย ต้องการจะหนีปัญหาด้วยการทำร้ายตนเอง (สุนีย์ เกียรติแก้ว, 2554) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ ที่เครียดในชีวิต สูญเสีย ผิดหวัง ซึ่งความรู้สึกเศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน จะหายไปอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับสิ่งอื่นที่ดีๆ เข้ามาในชีวิต แต่บางครั้งอารมณ์หรือความรู้สึกเศร้าเป็นอยู่นาน เป็นรุนแรง จนทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การงานในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถปรับตัวได้ และคิดว่ามีศักยภาพดีไม่พอ ที่จะแก้ไข ปัญหาได้ จึงส่งผลให้บุคคลคิดเรื่องราวที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่ผิดพลาด นำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวน 148,240 ราย คิดเป็นอัตรา 233.16 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2552 เป็นจำนวน 165,785 ราย คิดเป็นอัตรา 260.78 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งโรคซึมเศร้านั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years [DALYs] สูงที่สุด (The Thai working group on burden of diseases and injuries, 2002) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการจัดการภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้อาการที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น นำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิด ความสูญเสียเป็นอย่างมาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้สร้างแนวทางการดูแล ฝึกระวังภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์เพื่อลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะ

ซึมเศร้า โดยมีการค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย และช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตาม เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า 7 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วยสูงอายุ 3) ผู้ป่วยตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด 4) ผู้ที่มีปัญหาจากสุรา สารเสพติด 5) กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน 6) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7) กลุ่มที่มีอาการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการรักษาด้วยยา หรือการบำบัดทางจิตสังคม เป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจะช่วยให้สามารถป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ด้วย

ผู้ที่มีปัญหาจากสุราเป็นกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการติดสุราและภาวะซึมเศร้านั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งสองทิศทางคือ การดื่มสุราทำให้ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันโรคซึมเศร้าก็ทำให้ความชุกของปัญหาจากการดื่มสุรามากขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่เมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานานกลับส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่รุนแรงมากยิ่งขึ้นและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Pettinati, Silverman, Battisti, Forman, Schweizer & Gastfriend, 2011) ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มสูงขึ้น จากผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2550 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราถึง 14.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.3 (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมล วัฒนพร และคณะ, 2551) ซึ่งผลจากสุราทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และ กมล วัฒนพร, 2553) ได้แก่ ผลต่อสุขภาพ การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคกว่า 60 โรค ทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากสุราโดยตรง เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา ประสาทเสื่อมจากสุรา โรคติดยา โรคจิตจากสุรา เป็นต้น กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากการดื่มสุรา เช่น โรคความดันโลหิตสูง มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ เป็นต้น กลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพอย่างฉับพลัน เช่น อุบัติเหตุ การถูกสารพิษ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงต่างๆ เป็นต้น ซึ่งผลที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางด้านสังคมในระยะสั้นได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาในการทำงาน ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น และส่งผลกระทบทางด้านสังคมในระยะยาวได้แก่ ครอบครัวแตกสลาย สูญเสียหน้าที่การงาน ปัญหาหนี้สิน จรจัดไร้ที่อยู่ เป็นต้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ (มนทรัตม์ ถาวรทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกตุแก้ว และคณะ, 2551) พบว่าต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้นถึง 156,105 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวส่งผล

กระทบทางด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (Trevisan, Boutros, Pertrakis & Krystal, 1998) จากการศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พบว่าร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ทำให้รู้สึกน้อยใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงหาทางออกด้วยการดื่มสุราเพราะมีความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้สามารถลืมปัญหาต่างๆ ได้ (เอี่ยมเดือน เนตรเขม, 2541) อีกทั้งพบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักแสดงถึงการขาดทักษะในการแก้ปัญหา โดยมีแนวโน้มในการพยายามที่จะแก้ปัญหาน้อยลง เช่น การพึ่งพาผู้อื่นหรือปล่อยปัญหาทิ้งไว้ให้เวลาที่ผ่านมาไปช่วยคลี่คลายปัญหามากกว่าที่จะทำการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความยากลำบากในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีอย่างน้อยหนึ่งปัญหา ที่พวกเขาเชื่อว่าตนไม่สามารถแก้ไขได้ (Hatcher, Sharon & Collins, 2012)

จากแนวโน้มการดื่มสุราที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีจำนวนของผู้ที่ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลขนาด 700 เตียง รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน 13 จังหวัดภาคเหนือ รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตสุรา (รหัสโรค ICD-10F10.2) และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากสถิติปี พ.ศ. 2552-2554 พบร้อยละ 79.5, 82.9 และ 86.8 ตามลำดับ จากผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจากสุราทั้งหมด กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุราดังกล่าวเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีโรคซึมเศราร่วมด้วย ร้อยละ 2.9, 3.0 และ 7.7 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554) แต่พบว่าการลงบันทึกข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีโรคซึมเศราร่วมด้วยมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับบริการจริง เนื่องจากแพทย์ผู้ทำการรักษาไม่ได้บันทึกการวินิจฉัยโรคลงในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีโรคซึมเศร้าทุกราย ในบางรายมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรอง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองโรคซึมเศร้าทุกราย ส่งผลทำให้การวินิจฉัยไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาการของโรคซึมเศราร่วมด้วยขณะเข้ารับการรักษา (เวนิช ศรีบุรินทร์, 2553) จากการดำเนินงานของศีกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุงที่ผ่านมา การบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ยังไม่ได้มีการนำเอาแนวปฏิบัติที่เฉพาะกลุ่มโรคนี้โดยตรงมาใช้ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งแนวปฏิบัตินั้นสอดคล้องตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่ได้วางแผนไว้ ขณะนี้แผนการดำเนินการกำลังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาจากทีม PCT ของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง,

2555ก) ถึงแม้ว่าทางตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการตามแผนดังกล่าว จากสถิติในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่ามีรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระดับ 5 จำนวน 1, 0, และ 1 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2555ข) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหารุนแรงต่อหน่วยงานที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลในผู้ที่เป็โรคจิตสุราภาวะซึมเศร้ามาใช้ในหน่วยงาน เพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นจนนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด นอกจากนั้นผู้ที่เป็โรคจิตสุราหากได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่กัน จะเพิ่มโอกาสการหายจากการติดสุราและลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำอีกด้วย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างมาก โดยมีแนวทางในการช่วยเหลือตามปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านชีววิทยาหรือการรักษาด้วยยา และการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ทั้งนี้การช่วยเหลือทางด้านชีววิทยาหรือการรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) ใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Barner & ward, 2000) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง หลังจากได้รับยาด้านเศร้าจะมีอาการดีขึ้น (Ebersole & Hess, 1998) ส่วนการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม เป็นวิธีที่ได้ผลดีต่อการลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Barner & ward, 2000) เป็นการป้องกันไม่ให้นำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม เป็นการช่วยเหลือโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงต่างๆ ของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีหลายวิธีได้แก่ การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention, BI) การบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การทำจิตบำบัดเชิงลึก (Psychodynamic Psychotherapy) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: ITP) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) เป็นต้น

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy, PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง ยอมรับว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และมีความคิดทางบวกต่อปัญหา พยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) คิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหา ที่มีการวางแผนไว้ รวมทั้งตรวจสอบทั้งผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี และลดความคิดทางลบ ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาโดยอยู่กับพื้นฐานของความเป็นจริง (D' Zurilla, 1988) เมื่อบุคคลมี

ทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (positive problem orientation) จะใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

จากการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเนซุ ในปี 1986 (Nezu, 1986 as cited in Hatcher et al, 2012) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 26 คน ให้ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พบว่ามีคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากการบำบัดสิ้นสุดลงทันทีและหลังจากการบำบัดสิ้นสุดลงเป็นระยะเวลา 6 เดือน ต่อมาในปี 1995 วอลลิสและคณะ (Wallis et al., 1995 as cited in Hatcher et al., 2012) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า 91 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มโดยการสุ่ม กลุ่มที่หนึ่งได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กลุ่มที่สองได้รับยาคลายวิตกกังวล และกลุ่มที่สามได้รับยาหลอก (placebo) ซึ่งทั้งสามกลุ่มได้รับการดูแลทางคลินิกอย่างมีมาตรฐานเช่นเดียวกัน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและได้รับยาคลายวิตกกังวล สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ผลดีกว่าการได้รับยาหลอกที่ 6 และ 12 สัปดาห์ จากนั้นในปี 2000 วอลลิส (Wallis, 2000 as cited in Hatcher et al.) ได้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 151 ราย โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่งได้รับยาด้านเศร้า กลุ่มที่สองได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยผู้วิจัย กลุ่มที่สามได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยแพทย์ และกลุ่มที่สี่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาร่วมกับการได้รับยาด้านเศร้า พบว่าทุกกลุ่มมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาด้านเศร้า และจากการศึกษาของเบริกและคอนเนอร์ส (Barrick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่เป็โรคจิตสุรา

ในการศึกษาของปุนยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปันทา (2552) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D'Zurilla, 1988) และ เนซุ และเนซุ (Nezu & Nezu, 2008) กับกลุ่มผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภายหลังสิ้นสุดการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น โรคจิตสุราของปณยาภา คำบุญเรือง และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) มาใช้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ตรงกับปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย ถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติ ที่เป็นเลิศ (Best practice) เพราะ โปรแกรมการทำจิตบำบัดดังกล่าว ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยผ่านการ ทดลองใช้กับผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 16 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาโปรแกรมดังกล่าว โดยใช้แนวคิด ของกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคลที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น โรค จิตสุรา เมื่อผลของโปรแกรมหักดังกล่าวมีประสิทธิภาพ สมควรได้รับการเผยแพร่ ให้เป็นที่รู้จักและ นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 2003) ซึ่งผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะถูกสื่อสารสู่ทีมการพยาบาลตึกผู้ป่วย โรงพยาบาลสวนปรุง ให้มีการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของ โปรแกรมดังกล่าว เกิดการตัดสินใจยอมรับและนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าในผู้ที่เป็น โรคจิตสุราในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมการพยาบาลผู้ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามในการศึกษา

1. ประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของทีมการพยาบาลผู้ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็น โรค จิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research [OR]) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ตึกฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2556

นิยามศัพท์

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้า หมายถึง โปรแกรมของการทำจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดที่ชัดเจน เป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พัฒนาขึ้นโดยปณยาภา คำบุญเรือง และ ดาราวรรณ ตะปิ่นตา (2552) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจในปัญหา 2) การค้นหาและระบุปัญหา 3) การสร้างและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้า 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้า 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าและการขยายผล

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition: TR [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2005) และได้รับการบันทึกรหัสโรคเป็น F 10.2 ตามรหัสโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem [ICD-10]) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ตึกฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และมีภาวะซึมเศร้า โดยมีอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้โดยอัตโนมัติไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของชรินทร์ กองสุข (2550) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา หมายถึง อารมณ์ ความคิด และการรับรู้โดยอัตโนมัติไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของธรรณิทร์ กองสุข (2550) ภายหลังจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ความคิดเห็นของทีมการพยาบาลผู้ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะของโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยประเมินจากแบบประเมินความคิดเห็นของทีมการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่งแปลโดย ชมัยพร จันทรศิริ (2553)