บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
   - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
   - 1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
   - 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า
   - 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
   - 1.5 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
2. การบำบัดโดยการแก้ปัญหา
   - 2.1 ความหมายของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
   - 2.2 กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
   - 2.3 ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
   - 2.4 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
3. การเผยแพร่นวัตกรรม
   - 3.1 ความหมายของการเผยแพร่นวัตกรรม
   - 3.2 กระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม
4. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาไม่พบความหมายโดยตรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แต่พบว่ามีการให้ความหมายแยกกันระหว่างภาวะซึมเศร้า (depression) กับโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ไว้ดังต่อไปนี้

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของคำว่า “ภาวะซึมเศร้า” นั้น สามารถทำความเข้าใจได้เป็น 3 แบบคือ (Beck, 1967; Beck & Alford, 2009 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555)

1. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์เศร้าปกติ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เมื่อบุคคลนั้นพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกผิดหวัง ไม่มีความสุข ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเศร้า ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง สามารถหายไปได้เอง ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดง เป็นภาวะเศร้าที่เริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามาในชีวิต มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง อารมณ์เศร้านั้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดให้คำปรึกษา จึงจะมีอาการดีขึ้น

3. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระจนเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งจะต้องได้รับการระบุว่าเป็นโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จึงจะหายจากโรคที่เป็นอยู่

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะทำการศึกษาภาวะซึมเศร้า ในความหมายของภาวะเศร้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดง ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

เบ็ค (Beck et al., 1979) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย บุคคลเกิดความคิดบิดเบือน มีการรับรู้โดยอัตโนมัติไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ตามระดับของความรุนแรงที่เกิดขึ้น

เนซูและวิลกินส์ (Nezu & Wilkins, 2005) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะทางจิตใจเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เครียดในชีวิตเนื่องจากมีการรับรู้ปัญหานั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ไปในทางลบ (Negative Problem Oriented: NPO) มีวิธีการแก้ไขเมื่อเจอปัญหาแบบไม่เหมาะสม ได้แก่ ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive/careless) หรือหลีกหนีปัญหา (Avoidence) ทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2012b) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะของจิตใจที่แสดงออกถึงอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ หรือความพอใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำ ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เป็นความผิดหวังที่เกิดจากการไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกสะเทือนใจ หดหู่ เบื่อหน่าย จิตใจไม่สดชื่น ร้องไห้ง่าย ซึ่งจะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นเกือบทุกวัน

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะทางจิตใจที่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เครียดในชีวิต สูญเสีย ผิดหวัง ซึ่งความรู้สึกเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน จะหายไปอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับสิ่งอื่นที่ดีๆ เข้ามาในชีวิต แต่บางครั้งอารมณ์หรือความรู้สึกเศร้าเป็นอยู่นาน เป็นรุนแรง จนทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การงานในชีวิตประจำวัน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายหรือพฤติกรรมการแสดงออก เช่น มีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต

ความหมายของโรคติดสุรา

คำจำกัดความของคำว่า “สุรา” ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงวัตถุที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ (Alcoholic Beverages) ทุกชนิด ที่มีแรงแอลกอฮอล์มากกว่า 0.5 แต่ไม่เกิน 80 ดีกรี ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์ วิสกี้ สาโท เป็นต้น (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2012a) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า เป็นความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม และสรีรวิทยาในการดื่มสุรา เกิดความปรารถนาในการดื่มสุรา ต้องการดื่มสุรามากขึ้น และถี่ขึ้น มากกว่าผู้ที่ไม่ติดสุรา

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า เป็นอาการทางกายและจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท ทำให้ต้องดื่มสุรามากขึ้น เพื่อลดอาการดื้อสุราหรือขาดสุรา และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมในรูปของความอยาก การแสวงหาเพื่อให้ได้สุรามาดื่ม

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า เป็นอาการขาดสุราที่เกิดขึ้น เมื่อลดปริมาณการดื่มลงเป็นเวลา 12 ชั่วโมง เกิดกับผู้ที่ดื่มสุราเป็นจำนวนมากและเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งชั่งใจได้ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการแสวงหาสุรามาดื่มและดื่มอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะเกิดปัญหากับผู้ป่วยแล้วก็ตาม

จากความหมายของโรคติดสุรา สรุปได้ว่า โรคติดสุราเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ มีการเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากการดื่มสุรา แม้จะทราบว่าเกิดผลเสียต่อร่างกาย ความคิด พฤติกรรม หน้าที่ทางสังคม ถ้าลดหรือหยุดดื่มสุรา จะทำให้เกิดอาการขาดสุรา

จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR]) (APA, 2005) ระบุผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราว่าบุคคลมีการดื่มที่ส่งผลเสีย ทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วยรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออกถึง 3 อาการหรือมากกว่า ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

1. มีการดื้อต่อสุรา (tolerance) ซึ่งนิยามโดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้เกิดผลจากพิษของสุรา (intoxication) หรือการออกฤทธิ์ที่ต้องการ (desire effect)

1.2 ผลที่ได้รับจากการดื่มลดลงอย่างชัดเจน (markedly increased effect) หากยังคงดื่มสุราขนาดเท่าเดิม

2. มีอาการถอนพิษสุรา (withdrawal) ซึ่งนิยามโดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 มีอาการถอนพิษสุรา (the characteristic withdrawal syndrome) จากการหยุดดื่มสุรา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2 การดื่มสุรา หรือใช้สารที่เหมือน สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้ (withdrawal symptoms)

3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก (taken in large amounts) หรือระยะเวลา (period) นานกว่าที่ตั้งใจ

4. มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอด (persistent desire) หรือไม่สามารถหยุด (unsuccessful efforts) หรือควบคุมการดื่มได้ (impaired control)

5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำ (time spent drinking) เพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่ม หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา

6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือกิจกรรมหย่อนใจอื่นๆ (neglect of activity) เนื่องจากการดื่มสุรา

7. ยังคงดื่มสุราอยู่ แม้จะทราบถึงผลเสียต่อร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้นแล้ว (continue used despite problems)

ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International statistical Classification of Disease 10 Code [ICD 10]) สำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (Alcohol Dependence: F10.2) มีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. รู้สึกอยากดื่มสุรามากหรือมีความต้องการที่จะดื่มซ้ำๆ

2. ควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราไม่ค่อยได้ ทั้งการเริ่มดื่ม การหยุดดื่ม หรือปริมาณการดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ หรือยังคงมีความอยากดื่มอยู่ตลอด หรือพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ

3. เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดหรือหยุดดื่ม หรือหากดื่มสุราจะบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนพิษสุราได้

4. มีการทนทานต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น เช่น ต้องการสุราในปริมาณที่มากขึ้นชัดเจนเพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อยังคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม

5. หมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุรา โดยงดหรือลดการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจหรือที่เคยชอบลง หรือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาสุรามาดื่ม หรือสร่างเมา

6. ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งที่มีหลักฐานที่แสดงถึงอันตรายจากการดื่ม ทั้งที่ตระหนักหรือคาดว่าน่าจะตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นแล้ว

จากความหมายของภาวะซึมเศร้ากับโรคติดสุราสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง บุคคลที่มีอาการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ได้แก่อารมณ์เศร้า รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รู้สึกไร้ค่า ตำหนิตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลงหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย และมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR]) (APA, 2005) และได้รับการบันทึกรหัสโรคเป็น F 10.2 ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International statistical Classification of Disease 10 Code [ICD 10])

ผู้ศึกษาใช้คำว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากบุคคลดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น หากทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษาก็จะมีความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นสาเหตุและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าจึงเกิดจากสาเหตุและปัจจัยเดียวกัน ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรานั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factor)

มีหลักฐานยืนยันว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดสุราและการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ร้อยละ 64.3 มักมีบิดามารดาหรือญาติที่ดื่มสุรา (บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ และคณะ, 2549) ซึ่งเด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ติดสุรา มีโอกาสติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) จากการศึกษาในคู่แฝดประเทศฟินแลนด์จำนวน 1,282 คน เพื่อหาความเกี่ยวข้องระหว่างการดื่มสุราและภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม โดยทำการสัมภาษณ์บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างคู่แฝดวัยรุ่น เพื่อประเมินปัญหาจากการดื่มสุราในบิดามารดา (alcoholism screening test) แล้วประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น (children depressive inventory) พบว่าการที่บิดามารดาดื่มสุรา มีผลทางพันธุกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นสูง ถึงร้อยละ 40 - 50 เมื่อตัดปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบออกไปแล้ว (Edwards et al., 2011)

2. ปัจจัยทางด้านสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical factor)

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สารเคมีในสมองเกิดความไม่สมดุล ได้แก่อะเซททิลโคลิน(acetylcholine), โดพามีน (dopamine), ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนพฟริน (norepinephrine) มีปริมาณลดลง (Bailey, Sauer &

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Herrell, 2002) จากการศึกษาผลของสุราที่มีต่อระบบประสาท พบว่าสามารถออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด ออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาท (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) โดยทำให้สารโดพามีน (dopamine) ที่บริเวณเมโสลิมบิค (mesolimbic area) เพิ่มขึ้น และกระตุ้นการหลั่งซีโรโทนิน (serotonin) ที่บริเวณตัวรับสารซีโรโทนิน (serotonin receptor) ซึ่งสุราในปริมาณเล็กน้อย จะมีผลช่วยลดความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าหมองได้ แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา จะทำให้ระดับของโดพามีน (Dopamine) เอนโดฟิน (Endorphins) และซีโรโทนิน (Serotonin) ที่บริเวณ Nucleus Accumbens ลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดอารมณ์ซึมเศร้า และอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น (Lerner et al., 1978) ดังนั้นผู้ป่วยจึงดื่มสุราซ้ำๆ เพราะเมื่อหยุดดื่มก็จะทำให้มีอาการขาดสุราและอาการซึมเศร้ากลับมาอีกจนเป็นเหตุให้ติดสุราในที่สุด (Heinz et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาในสัตว์ทดลองเพื่ออธิบายว่าการดื่มสุรามีผลต่อสารเคมีในระบบประสาทอย่างไรจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยให้หนูได้รับแอลกอฮอล์ จากนั้นจึงศึกษาพฤติกรรมการตอบสนองอาการคล้ายซึมเศร้า (depressive - like behavior) ที่เกิดขึ้น และตรวจวัดสารเคมีในระบบประสาทของสัตว์ทดลอง พบว่ามีการลดลงของนอร์อิพิเนพฟริน (norepinephrine) ที่บริเวณสมองส่วนหน้า (frontal cortex) และการลดลงของโดพามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่บริเวณ คอร์เท็ก (cortex) และฮิบโปแคมปัส (hippocampus) (Getachew, Hauser, Taylor & Tizabi, 2010). ดังนั้นการลดลงของซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนพฟริน (norepinephrine) เมื่อดื่มสุราจึงมีผลต่อการรักษาระดับอารมณ์ปกติของมนุษย์ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Samantha, 2008)

3. ปัจจัยทางด้านกายวิภาคของสมอง (brain anatomical factor)

การดื่มสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันในปัจจัยทางด้านการทำงานของสมอง สามารถอธิบายได้ว่า การดื่มสุราจะเข้าไปกระตุ้นสมองในบริเวณ insular, cingulate gyrus, ventral tegmental area, striatum และ thalamus ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความอยากดื่มได้เป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลนั้น การทำงานของสมองอาจจะเกิดวงจรที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกับการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม จนในที่สุดจึงทำให้ดื่มสุรา ดังนั้นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจึงมักพบโรคร่วมจากการดื่มสุรามากกว่าคนปกติ (Feldstein, Filbey, Chandler & Hutchison, 2010) และปริมาณการดื่มสุราจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ cerebral blood flow ซึ่งหากปริมาณแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อย (0.6 mg/kg) cerebral blood flow จะเพิ่มขึ้นที่ prefrontal cortex ด้านซ้าย แต่ถ้ามีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (1 gm/kg) จะทำให้มีการลดลงของ cerebral blood flow และ metabolism ทั่วสมอง ทำให้ผู้ที่ดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานาน มีการลดลงของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

cerebral blood flow และ metabolism ในสมองทั้ง frontal, parietal, temporal และ cingulate gyrus ซึ่งเป็นสมองบริเวณที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549)

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factor)

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดสุราและภาวะซึมเศร้านั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งสองทิศทางคือ การดื่มสุราทำให้ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันโรคซึมเศร้าก็ทำให้ความชุก ของปัญหาจากการดื่มสุรามากขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้ อาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่รุนแรงมากยิ่งขึ้น และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Pettinati, Silverman, Battisti, Forman, Schweizer & Gastfriend, 2011) ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อดื่มสุรา จะส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าที่มากขึ้น อารมณ์โกรธ ความกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ โดดเดี่ยว รู้สึกผิด และอับอายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ รวมถึงการส่งผลให้ระดับความสามารถ ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ลดลง ซึ่งผู้ป่วยมักจะใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการบรรเทาความรู้สึกทางลบ ที่เกิดขึ้น ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเกิดการสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว สูญเสียหน้าที่ การงานและปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกทางลบในมุมมองของผู้ป่วยเอง ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและการติดสุราแย่ลงไปอีกอย่างมีนัยสำคัญ (Westermeyer, Weiss & Ziedonis, 2003) ผู้ที่ติดสุรามักมีพฤติกรรมชอบแสวงหาความสุข เมื่อได้ดื่มสุรา จะมีความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขเมื่อไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหาภายในจิตใจ เป็นแรงเสริมทางบวกที่ทำให้ดื่มสุรามากขึ้น (ไชยยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2551) แต่เมื่อดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น กลับทำให้ภาวะซึมเศร้าแย่ลงเนื่องจากปัญหาอื่นๆ ที่ตามมา การติดสุราจึงมักพบในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จนเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าในที่สุด (เอื้อมเดือน เนตรแขม, 2541) และจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ที่มาเข้ารับการรักษาโรคติดสุราแบบผู้ป่วยในร้อยละ 63 มีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยพบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 42 และผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มองคุณค่าตนเองต่ำ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้น ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราขึ้นได้ (อุบล ก้องแก้ว, 2547)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของธรณินทร์ กองสุข (2550) ซึ่งพัฒนามาจาก PHQ-9 และมีพื้นฐานมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) (APA, 2005) จึงสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ออกมา เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range) หมายถึง การมีอาการของโรคซึมเศร้า แต่เกิดอาการไม่ถึง 2 สัปดาห์ สามารถดำเนินกิจกรรมทางการงานและสังคมได้ตามปกติ

2. มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) หมายถึง การมีอาการสำคัญอย่างน้อย 2 อาการ คือ อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความสนุกสนานร่าเริง และรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น นอกจากนี้ต้องมีอาการอื่นๆ ดังต่อไปนี้อีกอย่างน้อย 2 อาการร่วมด้วยคือ เหนื่อยง่าย มีการลดจำนวนของการทำกิจกรรมต่างๆ ลง ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง รู้สึกผิดไร้ค่า อ้างว้าง มองอนาคตในแง่ร้าย มีความผิดปกติของการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง ความต้องการทางเพศลดลง โดยอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากเกินไป เกิดอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมักจะรู้สึกเป็นทุกข์กับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีความยากลำบากในการดำเนินกิจกรรมทางการงานและสังคม แต่ไม่ถึงกับการสูญเสียความสามารถไปทั้งหมด

3. มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) หมายถึงพบอาการสำคัญในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย อย่างน้อยใน 2-3 อาการ ร่วมกับอาการอื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย 3-4 อาการ และอาการทั้งหลายมักจะมีความรุนแรงมากขึ้น จนมีความยากลำบากมากในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสังคมการทำงานและภายในครอบครัว

4. มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) หมายถึง พบอาการสำคัญทั้ง 3 อย่างของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร่วมกับอาการอื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย 4 อาการ ซึ่งอาการบางอย่างมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและหงุดหงิดกระวนกระวายอย่างรุนแรง หรือบางรายอาจเชื่องช้า รู้สึกผิด มีความคิดหรือการกระทำที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายมักเด่นชัดและเป็นอันตราย ในบางรายอาจมีอาการหลงผิดหรือระบบประสาทหลอนร่วมด้วย ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วยและจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการงาน สังคม และครอบครัวได้

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า มีอาการและอาการแสดงเกิดจากความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ 4 ระดับคือ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ระดับนี้อารมณ์ทั่วไปปกติ 2) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ระดับนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อารมณ์ขึ้นลง ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง 3) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ระดับนี้มักมีอารมณ์เศร้ารุนแรงขึ้น มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตัวเองได้อยู่ เหนื่อยง่ายไม่อยากทำอะไร มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง โทษตัวเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 4) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่และดูแลตนเองได้ บางรายมีความคิดหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถใช้แบบประเมินเพื่อทำการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งมีหลายแบบสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม ผู้ศึกษาได้ค้นคว้ามาดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale [SDS]) (Zung, 1965) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวกและทางลบเท่าๆ กัน ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ปัจจุบันไม่ค่อยนิยมใช้ เนื่องจากแบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมในเรื่องของการคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิตบางอย่าง และไม่ครอบคลุมอาการทางกายตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR)

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI]) (Beck et al, 1967) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1978 เป็น Beck Depression Inventory (BDI-IA) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ ใช้งานง่ายและสามารถใช้ซ้ำได้ มีความเที่ยงตรงสูง ต่อมาในปี 1996 ได้มีการปรับปรุงใหม่ฉบับที่ 2 ใช้ชื่อว่า (Beck Depression Inventory II [BDI-II]) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ใช้เวลาในการทำประมาณ 5 นาที ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) แต่ยังอยู่ในระหว่างการทดลองใช้และมีค่าลิขสิทธิ์ จึงยังไม่นิยมใช้ในการศึกษาวิจัย

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (ธรณินทร์ กองสุข, 2550) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม สามารถใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ ผู้ใช้แบบประเมินต้องผ่านการฝึกใช้และใช้ภาษาตามแบบประเมิน โดยไม่เปลี่ยนภาษาและคำพูดจากแบบประเมิน ยกเว้นที่ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาท้องถิ่น ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยมีการกำหนดข้อรายละเอียดของลักษณะคำตอบแต่ละระดับ สำหรับการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

และนับคะแนนในทุกข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งจะมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 คะแนน หลังจากนั้นจะมีการแบ่งระดับความซึมเศร้าตามคะแนนที่ออกมาเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range)

7-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

19-27 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการประเมินตนเอง มีความเที่ยงตรงสูง และมีการใช้อย่างแพร่หลาย สามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาในการตอบสั้น สามารถวัดซ้ำได้ และสามารถใช้ประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เป็นโรคจิตได้อีกด้วย

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ปัจจุบันยังไม่มีการนำรูปแบบการดูแลรักษาและการบำบัดที่เฉพาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามาใช้ ดังนั้นจึงต้องมีการดูแลรักษาโรคติดสุราร่วมกับการรักษาภาวะซึมเศร้า แยกรักษาเพียงปัญหาใดปัญหาหนึ่งไม่ได้ ซึ่งการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้ามาดังต่อไปนี้

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราด้วยยา

การรักษาด้วยยาต้านเศร้า ใช้ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งยาต้านเศร้าที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่

1. ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs (Selective Specific Reuptake Inhibitor)

ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ยาในกลุ่ม SSRIs ถือเป็นยาขนานแรก (first line drug) ในการรักษา (Berman & Charney, 1999) ซึ่งยากลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงน้อยกว่ายากลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราได้ดีเทียบเท่าการรักษาภาวะซึมเศร้า (Cornelius et al, 1997) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยา Fluoxetine ใช้ในปริมาณ 40 mg/day (Cornelius, Bukstein, Salloum & Clark, 2003) ยา Sertraline ใช้ในปริมาณ 50-150 mg/day เป็นเวลา 10 สัปดาห์ (Kranzler et al, 2006) และมีการศึกษาการใช้ยา Sertraline ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone สามารถลดปริมาณการดื่มสุราลงได้ร้อยละ 53.7 ซึ่งลดลงได้มากถึง 3.7 เท่าของการรักษาทั่วไป ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้เป็นระยะเวลานานขึ้น มากกว่าการรักษาด้วยยาตัวใดตัวหนึ่ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เพียงอย่างเดียว ส่วนในด้านของการรักษาภาวะซึมเศร้า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าลดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา (Pettinati et al., 2011)

2. ยาต้านเศร้ากลุ่ม TCA (Tricyclic antidepressant)

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ยาต้านเศร้ากลุ่ม TCA ช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (comorbid depression) ซึ่งยากลุ่มนี้ได้แก่ Imipramine จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Imipramine มีผลการตอบสนองต่อการรักษาถึงร้อยละ 50 เป็นกลุ่มซึ่งออกฤทธิ์ noradrenergic มากกว่า serotonergic (Nunes et al., 1993) ต่อมามีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับยา Desipramine และ Imipramine พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แต่ไม่ปรากฏว่ามีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราได้อย่างชัดเจน (Torrens, Fonseca, Mateu & Farre, 2005)

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราด้วยการบำบัดทางจิตสังคม

การรักษาทางจิตสังคมเป็นการให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราและลดภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น ใช้ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม อยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง โดยรูปแบบการรักษามีหลายรูปแบบได้แก่

1. การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention, BI)

จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention) ทำให้ผู้ที่ดื่มสุราเห็นถึงผลกระทบของการดื่มที่จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า สามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเพิ่มศักยภาพในตนเอง (Ramsey, Engler & Stein, 2005)

2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET)

จากการศึกษาจำนวนมากเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Motivational Interviewing (MI) ในการลดปัญหาพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีโรคทางจิตเวชในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ไร้ที่พัก (Garrett, Higa, Phares, Peterson, Wells, & Baer, 2009) ร่วมกับนักศึกษาวัยรุ่นตอนปลาย (Barnett et al., 2008) พบว่าสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นให้น้อยลงได้ (Garrett et al, 2009)

3. การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

การบำบัดมุ่งเน้นการลดความคิดด้านลบที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional though) ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ทางลบกับการตัดสินใจดื่มสุรา อันมีผลมาจากความคิดที่บิดเบือนต่างๆ นอกจากนี้ในแง่ของความคุ้มค่าในการรักษาและ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลลัพธ์ที่ออกมา พบว่าการผสมระหว่างโครงสร้างของการรักษาแบบ MET และ CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Dennis et al., 2004)

4. การทำจิตบำบัดเชิงลึก (Psychodynamic Psychotherapy)

การบำบัดซึ่งมุ่งเน้นปมความขัดแย้งและการพัฒนาความสัมพันธ์ในวัยเด็ก ระหว่างเด็กและผู้ดูแลที่มีผลต่อการติดสุราและโรคซึมเศร้า โดยกล่าวว่าสามารถใช้การบำบัดทั้งจิตพลวัต (Psychodynamic) และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (CBT) ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ได้ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2005)

5. การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: ITP)

การบำบัดมุ่งเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และเหตุการณ์ระหว่างบุคคลรอบตัว ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (NSW Department of Health, 2007)

6. การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST)

การบำบัดมุ่งเน้นที่การทำความเข้าใจกับปัญหาและฝึกการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า และมองความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น (Nezu, 1986)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ความหมายของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy, PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง ยอมรับว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไขปัญหาโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีความคิดทางบวกต่อปัญหา พยายามทำความเข้าใจและค้นหาปัญหาที่แท้จริง คิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ รวมทั้งตรวจสอบทั้งผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี และลดความคิดทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาโดยอยู่กับพื้นฐานของความเป็นจริง (D' Zurilla, 1988)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เริ่มมาจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมหรือเพียงพอในการแก้ไขปัญหา สมมติฐานของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการบำบัดทางจิตที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการที่ดีในชีวิตประจำวัน ให้ผลที่ดีในการแก้ปัญหา ดังนั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ในการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการบำบัดโดยการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เมื่อได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยการสอนผู้ป่วยให้เลือกปัญหา วิธีการสำหรับการตรวจสอบปัญหาที่มีศักยภาพ และแนวทางการเลือกและการใช้ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด (Nezu & Ronan as cited in Alexopoulos, Raue, Kanellopoulos, Mackin & Arean, 2008) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาอย่างสั้น มักจะทำอยู่ในช่วง 4-8 ครั้งต่อการบำบัด 1 ครั้ง ระหว่างการบำบัด ผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันระบุสิ่งที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้รับการบำบัด และมุ่งเน้นในเรื่องหนึ่งหรือมากกว่าในปัญหา ขณะผู้ให้การบำบัดสอนผู้รับการบำบัดในการวางแนวทางในการแก้ปัญหาเหล่านั้น เช่นเดียวกับการมุ่งความสนใจไปที่การปรับปรุงวิธีการที่ผู้รับการบำบัดจัดการกับปัญหา ผู้ให้การบำบัดสามารถเลือกใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาครบทุกขั้นตอนหรือเพียงโครงสร้างกับผู้รับการบำบัด หรืออาจเลือกที่จะใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นๆ ได้ เป้าหมายของการฝึกอบรมเพื่อให้ผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัดได้มีเครื่องมือในการบำบัดรักษา (Alexopoulos et al., 2008)

การฝึกการแก้ปัญหาได้นำมาใช้ในคลินิกจิตวิทยาและจิตเวช เริ่มตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1960 ถึง ต้นทศวรรษที่ 1970 การฝึกการแก้ปัญหาเพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมอย่างแพร่หลายและได้มีการพัฒนาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางปัญญาเพื่อให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหามาใช้ทางคลินิก และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา โดยมุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ มีการฝึกการแก้ปัญหาทั้งในเรื่องความขัดแย้งของครอบครัวและในชุมชนต่างๆ ซึ่งการฝึกการแก้ปัญหาได้มีการพัฒนาหลายรูปแบบจนถึงปัจจุบัน

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) พัฒนาโดย เดอซูริลลาและเนซู มีพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1. การพัฒนาเรื่องความคิดสร้างสรรค์
2. การเกิดแนวคิดตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (positive approach)
3. การพัฒนากระบวนการความคิด (cognitive process) และการควบคุมตนเอง (self control)

เดอซูริลลา (D' Zurilla, 1988) ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่า เป็นกระบวนการทางปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา ค้นหาวิธีที่จะเผชิญและลงมือแก้ปัญหา การบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีลักษณะที่เน้นการฝึกทักษะ ดังต่อไปนี้

1. ทัศนคติการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation) คือ การรับรู้ว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้และรับรู้ศักยภาพของตนเองตามความ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เป็นจริงในเชิงบวก ทำความเข้าใจกับการแก้ปัญหาว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะหนีปัญหา และมีการเพิ่มอารมณ์ทางบวกเพื่อช่วยในการแก้ปัญหา

2. การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem solving) คือ การมีความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทางเลือก โดยใช้การตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ และลงมือทำการแก้ปัญหาตามแผนที่กำหนด พร้อมทั้งตรวจสอบผลการแก้ปัญหาถึงผลดีและผลเสีย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบเพราะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้

ถ้าบุคคลจะเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ สะสมเรื่อยๆ จนเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต จะส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียด จากการประมวลเรื่องราวในอดีตไปกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต เกิดการบิดเบือนความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้การแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาจึงไม่ได้รับการแก้ไขในที่สุด ซึ่งแสดงออกมาทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมตามมา เกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบและเกิดการบิดเบือนทางความคิดมากขึ้นส่งผลทำให้ความคิดที่มีเหตุผลลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆ (Beck et al., 1979) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการแก้ปัญหาทางบวกอย่างมีเหตุผล มีทัศนคติ ในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation) ส่งผลทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา หากบุคคลรับรู้ต่อปัญหาทางบวก จะสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา คิดหาทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ ทาง ประเมินทั้งผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้น ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ให้ผลดีที่สุด ลงมือทำการแก้ปัญหาตามทางเลือกที่ตัดสินใจ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา จึงจะสามารถแก้ปัญหาได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างเป็นขั้นตอน จากการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบไปสู่ความคิดด้านบวกและยืนอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขแล้วสำเร็จ จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ศักยภาพของตนเองดีขึ้น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีภาวะซึมเศร้าในที่สุด

กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D' Zurilla,1988) และเนซูและเนซู (Nezu & Nezu, 2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ฝึกการทำความเข้าใจในปัญหา (Training in Problem Orientation) ทัศนคติของผู้รับการบำบัดที่จะสามารถเข้าใจในการแก้ปัญหาแตกต่างจากทักษะการแก้ปัญหาที่แท้จริง การเข้าใจในปัญหาถูกสร้างขึ้นจากความคิดและความรู้สึกของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาทั่วไป และความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาทั้งสององค์ประกอบร่วมกัน เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้รับการบำบัดจะตอบสนองเมื่อเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาด้วยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา การทำความเข้าใจในปัญหาเชิงบวกเป็นการเชื่อมโยงรูปแบบในการแก้ปัญหาที่มีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ และในทางกลับกันการทำความเข้าใจในปัญหาเชิงลบเป็นการเชื่อมโยงรูปแบบในการแก้ปัญหาที่หุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวัง (Impulsive) หรือรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) รูปแบบในการแก้ปัญหาที่หุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวัง คือการที่ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจอย่างฉับพลันโดยไม่ได้คิดให้ดีก่อนและอาจไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างแท้จริง ส่วนรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาคือ การที่ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะละเลยปัญหา โดยมีความหวังว่าปัญหาอาจหายไปหรือความหวังว่าคนอื่นอาจช่วยแก้ปัญหาได้

การทำความเข้าใจในปัญหาจะเกิดขึ้นตลอดทั้งการบำบัด หนึ่งในเป้าหมายหลักของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือ การช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการพัฒนาการทำความเข้าใจในปัญหาเชิงบวกให้มากขึ้นโดยการศึกษา การช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ทัศนคติต่อปัญหาเชิงลบ การสอนให้ผู้รับการบำบัดท้าทายต่อทัศนคติเชิงลบมากขึ้น และการให้กำลังใจเพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถในการแก้ปัญหาผ่านประสบการณ์เชิงบวกมากขึ้น

2. ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in Problem Definition) จุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้ คือการสอนผู้รับการบำบัดถึงวิธีการรับรู้เมื่อเกิดปัญหา และการช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการเลือกหนึ่งปัญหาที่ชัดเจนจากที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้เขาสามารถระบุปัญหาได้อย่างถูกต้องและเริ่มที่จะแก้ปัญหาได้ อาจดูชัดเจนแต่ไม่เสมอไปที่จะทำได้ เมื่อมีการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือการตอบสนองอย่างหุนหันพลันแล่น ความสามารถในการรับรู้ปัญหาก่อนที่มีอยู่แล้ว การระบุถึงปัญหาอย่างถูกต้องอาจไม่ได้รับการพัฒนา ขั้นตอนนี้มีอยู่ 3 ส่วนคือ 1) ให้ผู้รับการบำบัดเขียนปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้รับการบำบัดเขียนถึงปัญหาที่กำลังประสบอยู่ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดร่วมกับผู้ให้การบำบัดเริ่มต้นในการคิดวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ 2) เรียนรู้ปัญหาตามแนวทางที่วางไว้ โดยการบันทึกความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้น 3) ใช้รายการตรวจสอบปัญหา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือคู่สมรส ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างเด็กๆ การหย่าร้าง การสูญเสีย การแยกตัว/ความเหงา ปัญหาเรื่องงานหรือเรื่องเรียน การว่างงาน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านกฎหมาย ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย การถูกคุกคาม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัญหาการดื่มสุรา ปัญหายาเสพติดปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาทางเพศ ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต ความมีคุณค่าในตนเองลดลง

การกำหนดปัญหาที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญเพราะการได้ปัญหาที่ชัดเจนจะทำให้การหาแนวทางในแก้ปัญหาทำได้ง่ายขึ้น ปัญหาที่ไม่ชัดเจนมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้การแก้ปัญหาคลุมเครือ มีการรวบรวมข้อเท็จจริงทั้งหมดที่มีอยู่และการเขียนไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีขั้นตอนคือ กำหนดปัญหาที่ชัดเจน กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวบรวมข้อมูลว่าอะไรที่เป็นปัญหา ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหานี้ ปัญหานี้เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน วิธีการใดที่คุณใช้เพื่อแก้ปัญหาในอดีตที่ผ่านมา คุณสามารถควบคุมปัญหานี้ได้หรือไม่ ปัญหาที่ชัดเจนที่ได้จากการบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ ผู้รับการบำบัดจะได้รายการของปัญหาเพื่อทำงานร่วมกับผู้บำบัด สิ่งที่สำคัญไปกว่านั้นจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้ในชีวิตจริงอย่างต่อเนื่องในการค้นหาและระบุปัญหา

3. ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Training in Generation of Alterative) เป็นการระบุแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ และการระดมความคิดที่สามารถบรรลุได้ และเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่จริง โดยมีการประเมินศักยภาพของตนเองและประโยชน์ที่ได้ด้วยเหตุและผล เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสการสร้างทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ และเกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้รับการบำบัดรวบรวมความคิดทั้งหมดที่พวกเขาสามารถคิดได้ที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา โดยการระดมความคิดเขียนปัญหาและศักยภาพของตนเอาไว้

4. ฝึกการตัดสินใจ(Training in Decision Making) เมื่อผู้รับการบำบัดมีการสร้างและหาทางเลือกที่มีศักยภาพแล้ว ผู้รับการบำบัดจะมองแนวทางในการแก้ไขปัญหาในเชิงลึกระหว่างการระดมความคิด มองถึงผลดีและผลเสียของแต่ละแนวทางการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยการหาวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด พบว่าผู้รับการบำบัดบางรายมีการตัดสินใจในขั้นตอนได้ยาก คิดทบทวนซ้ำแล้วซ้ำอีก บทบาทของผู้ให้การบำบัดคือ การสอนผู้รับการบำบัดคิดอย่างเป็นระบบโดยใช้แนวปฏิบัติในการตัดสินใจ พิจารณาว่ามีทางเลือกใดที่สามารถตัดออกได้ทันที (การเลือกเริ่มต้น) ทางเลือกใดที่คล้ายคลึงกันแล้วจัดเป็นกลุ่ม (การจัดกลุ่มทางเลือก) สุดท้ายผู้รับการบำบัดจะเลือกสองหรือสามทางเลือกที่ต้องการที่จะลองปฏิบัติและประเมินในเชิงลึกมากขึ้น (มองถึงผลดีและผลเสีย)

5. ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in Solution Implementation and Verification) ผู้รับการบำบัดดำเนินการตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้ ซึ่งแผนการควรร่างขั้นตอนเป็นกระบวนการที่จะให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม เพื่อเลือกทางเลือกไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยผู้รับการบำบัดมีการลงรายละเอียดไว้ในทุกขั้นตอน รายละเอียด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นี้เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาหรือเมื่อทางเลือกมีความซับซ้อนหรือเป็นไปได้ยาก

6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (Maintenance and Generalization) ทบทวนความก้าวหน้าของผู้รับการบำบัดในการปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ เป็นการช่วยให้ เกิดการแก้ปัญหาตามทักษะที่ได้ฝึกแล้วอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

เมื่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ โดยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือมีความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ มักจะเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, 1967) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคติดสุรานั้น เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต มักใช้สุราในการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่ตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง จากการรู้สึกผิด รู้สึกไร้อำนาจ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เสียภาพลักษณ์ ขาดความภาคภูมิใจ (ประวิล ชัยเกิด, 2549) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อบุคคลนั้นได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไขปัญหา มีการแก้ปัญหาไปในทางบวก มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอย่าง เป็นขั้นตอนจากความคิดด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวก โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นได้รับการแก้ไข ก็จะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองดีขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่พัฒนาจากแนวคิดของ เดอซูเรลล่า (D' Zurilla, 1988) และเนซู และเนซู (Nezu & Nezu, 2008) โดยปุณยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ตั๊ะปินตา (2552) ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีแนวคิดต่อการแก้ปัญหาว่า บุคคลที่แก้ปัญหาได้ผล เนื่องจากบุคคลนั้นรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนได้เจริญเติบโต และยอมรับว่าการแก้ปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไขปัญหา บุคคลก็จะมีความเชื่อว่าตนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง ถ้าในกรณีที่แก้ปัญหาไม่สำเร็จ บุคคลก็ยอมรับว่าตนเป็นมนุษย์ธรรมดาคนหนึ่งที่ยังขาดประสบการณ์ ยังต้องการการเรียนรู้เพิ่มเติมอีก ทำให้มีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ลดความคิดทางลบ และเพิ่มความคิดทางบวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ต่อปัญหา สามารถลดความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นในขณะแก้ปัญหา สามารถหาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น ประเมินผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้เหมาะสม การได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดและสามารถแก้ปัญหาบนพื้นฐานความเป็นจริง มีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดจากการแก้ปัญหาได้ จากการศึกษาทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการบำบัดต่ำกว่าในระยะก่อนบำบัดโดยการแก้ปัญหา ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของก๊าส (Gask, 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเปรียบเทียบกับการให้ยาต้านเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาครั้งแรก โดยวัดคะแนนซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้โดยไม่แตกต่างกับการให้ยาต้านเศร้า และจากการศึกษาของเนซู (Nezu, 1986) พบว่าการฝึกแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอารมณ์เศร้า และความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอสาระสำคัญของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของปุณยาภา คำบุญเรืองและดาราวรรณ ตั๊ะปินตา (2552) ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D' Zurilla,1988) และเนซูและเนซู (Nezu & Nezu, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ศึกษาจะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่ตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ฝึกการทำความเข้าใจในปัญหา 2) ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา 3) ฝึกการสร้างและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) ฝึกการตัดสินใจ 5) ฝึกลงมือแก้ปัญหา และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล ทำการบำบัดทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง ให้การบำบัดวันเว้นวัน รวมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มต้นโปรแกรม

1. กิจกรรม "เธอกับฉัน" ให้สมาชิกแนะนำตัว โดยการบอก ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น และความสามารถพิเศษ

2. ผู้นำกลุ่มอธิบายลักษณะทั่วไป วัตถุประสงค์ รูปแบบ ระยะเวลาและประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา รวมทั้งข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าร่วมกิจกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นการบ้าน และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 1 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 2

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา โดยนำการบ้านที่มอบหมายมายกตัวอย่าง ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ช่วยให้เกิดทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation, PPO) โดยการสอน และยกตัวอย่าง วิธีการแก้ปัญหาทางบวก การคิดทางบวก การผ่อนคลาย การทำสมาธิ

3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปฝึกการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ช่วยให้คิดทางบวก และการควบคุมสติ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกการค้นหาปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิกและทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3

2. ผู้นำกลุ่มนำเรื่องการผ่อนคลายและช่วยให้คิดทางบวก และการควบคุมสติ มาพูดคุยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้และปัญหาอุปสรรคที่พบ

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งสมาธิ ประมาณ 10 นาที

4. ผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกเข้าใจการให้ความหมายของปัญหาใหม่ พร้อมทั้งยกตัวอย่างสถานการณ์ให้สมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้น

5. ผู้นำกลุ่มสอนให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาให้ตรงกับความเป็นจริง โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์

6. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้าน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ไปเข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงพยาบาล และให้สมาชิกให้ความหมายต่อปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 4 การฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 3 พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมครั้งที่ 4 และให้สมาชิกนั่งสมาธิตามความถนัดของแต่ละคน ประมาณ 10 นาที

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนำการบ้านเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา มาแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวิธีการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาและแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกโดยการยกตัวอย่างสถานการณ์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่กำหนดให้

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกคิดคำขวัญประจำใจของแต่ละคนเพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเศร้า

6. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปคิดคติเตือนใจของตนเอง และนำมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกการตัดสินใจ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 4 พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ครั้งที่ 5 และให้สมาชิกนั่งสมาธิ ประมาณ 10 นาที

2. นำคติเตือนใจของตนเองที่ทำเป็นการบ้านมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกอื่นในกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา

4. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มทำนายถึงผลลัพธ์ของทางเลือกที่ได้คัดเลือกเอาไว้ โดยพิจารณาถึงผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

5. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระของการเข้าร่วมกลุ่มและมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิก ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข หาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อจะได้นำมาเล่าให้กลุ่มในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิก ทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 5 ชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรม ครั้งที่ 6 และให้สมาชิกนั่งสมาธิประมาณ 10 นาที

2. ให้สมาชิกนำวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่ทำเป็นการบ้าน มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวิธีการลงมือแก้ปัญหา และแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละเท่าๆ กัน ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มฝึกการลงมือการแก้ปัญหา จากสถานการณ์ที่กำหนดให้

4. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกคิดถึงปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่อาจทำให้ตนเองซึมเศร้า พร้อมกับเขียนวิธีการแก้ปัญหาเป็นการบ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 6 ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมครั้งที่ 7 และให้สมาชิกนั่งสมาธิตามความถนัดของแต่ละคน ประมาณ 10 นาที

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. นำการบ้านเกี่ยวกับความคิดในการลงมือแก้ปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาลว่าแต่ละคนจะทำอย่างไร เล่าภายในกลุ่ม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

3. ให้สมาชิกได้ทบทวนทักษะการแก้ปัญหาที่สมาชิกได้เรียนรู้ และกระตุ้นให้มีการนำทักษะนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วยการเล่าเรื่อง “อุปสรรคมีไว้ให้ข้าม” เพื่อสร้างแรงจูงใจให้สมาชิก

4. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดและวางแผนจัดการต่อปัญหานั้นอย่างไร

5. ให้กลุ่มมีโอกาสพูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

6. แสดงความยินดีในการเรียนรู้ของกลุ่ม ให้กำลังใจ และกล่าวสวัสดี

7. ให้สมาชิกทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทันทีหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม

การเผยแพร่นวัตกรรม

ความหมายของการเผยแพร่นวัตกรรม

เมื่อนวัตกรรมที่สร้างขึ้น มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามต้องการ นวัตกรรมนั้นก็พร้อมที่จะได้รับการเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย การเผยแพร่นวัตกรรม เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความคิด ข่าวสาร หรือพฤติกรรม จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปสู่กลุ่มบุคคลอื่นอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการยอมรับความคิดและการปฏิบัติที่มีผลต่อโครงสร้าง วัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในที่สุด (Rogers, 2003) ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

1. นวัตกรรม (innovation) หมายถึง ความคิด การกระทำหรือสิ่งของซึ่งบุคคลเห็นว่าเป็นของใหม่ ไม่ว่าความคิดนั้นจะเป็นของใหม่โดยนับเวลาตั้งแต่แรกพบหรือไม่ แต่ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามันเป็นของใหม่หรือไม่ โดยใช้ความคิดเห็นและการตัดสินใจของตนเอง ถ้าบุคคลนั้นเห็นว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขาสิ่งนั้นเป็นนวัตกรรมสำหรับเขา อย่างไรก็ตามนวัตกรรมของบุคคลกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่นวัตกรรมของบุคคลอีกกลุ่มก็ได้

2. ช่องทางการสื่อสาร (communication channels) หมายถึงวิธีการบุคคลอื่นได้รับข้อความจากบุคคลหนึ่ง ช่องทางการสื่อสารสู่มวลชนจะมีประสิทธิภาพในการสร้างความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ในขณะที่ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลจะมีประสิทธิภาพในการสร้างและเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความคิดที่เกิดขึ้นใหม่และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะนำมาใช้หรือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปฏิเสธความคิดนั้น บุคคลส่วนใหญ่จะประเมินนวัตกรรมโดยไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการวิจัยตามหลักวิทยาศาสตร์โดยผู้เชี่ยวชาญ แต่จะประเมินผ่านคนใกล้ชิดที่ได้ยอมรับนวัตกรรมเหล่านั้น พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับนวัตกรรมจึงมีแนวโน้มที่จะเลียนแบบคนอื่นๆ ในระบบของพวกเขารอบข้างเป็นแบบอย่าง

3. ช่วงระยะเวลา (time) เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการนำนวัตกรรมที่เผยแพร่มาใช้ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่บุคคลหนึ่งได้รับรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมจนถึงการตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น 2) ระยะเวลาที่นำนวัตกรรมไปปฏิบัติ 3) ระยะเวลาที่บุคคลยอมรับนวัตกรรมนั้น

4. ระบบสังคม (social system) หมายถึงหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมาย โดยมีผู้นำทางความคิดที่มีอิทธิพลคอยนำเสนอแนวคิดที่มีผลต่อการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม วัฒนธรรมของคนในสังคมที่จะนำนวัตกรรมไปใช้ ฐานะทางเศรษฐกิจของคนในสังคมโดยรวม และกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันสามารถยอมรับนวัตกรรมได้แตกต่างกัน การเมือง การปกครอง มีอำนาจต่อการยอมรับนวัตกรรมเป็นอย่างมาก การศึกษาถึงอิทธิพลของระบบสังคมจะช่วยให้เข้าใจและหาวิธีการที่เหมาะสมในการเผยแพร่นวัตกรรมได้

สรุปได้ว่า การเผยแพร่นวัตกรรม หมายถึงการนำแนวคิดของผลงานหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ นำมาสื่อสารผ่านช่องทางการสื่อสาร ให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนวัตกรรม ในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อให้รับรู้และเกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือนวัตกรรมจนนำมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

กระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม

กระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม เป็นกระบวนการตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น โดยเริ่มจากการรับรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมและการมีทัศนคติที่ดีต่อนวัตกรรม และในที่สุด จึงยืนยันการตัดสินใจนั้น โดยมีขั้นตอนในการเผยแพร่อยู่ 5 ระยะ (Roger, 2003) ดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่บุคคลทราบว่ามีนวัตกรรมนั้นปรากฏอยู่และเข้าใจว่านวัตกรรมนั้นทำหน้าที่อะไร ในระยะนี้สามารถแบ่งความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ 1) ความรู้ที่ทำให้เกิดความตื่นตัวเกี่ยวกับนวัตกรรม เป็นความรู้ว่ามีนวัตกรรมเกิดขึ้นแล้ว และนวัตกรรมนั้นทำหน้าที่อะไรได้บ้าง 2) ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจะใช้นวัตกรรม เป็นความรู้ที่ได้จากข่าวสารข้อมูลที่จะช่วยให้สามารถใช้นวัตกรรมได้อย่างถูกต้อง หากนวัตกรรมมีความซับซ้อนมาก ความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ประเภทนี้ก็ยิ่งมากขึ้น 3) ความรู้ที่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เกี่ยวข้องกับหลักการซึ่งจะช่วยให้นวัตกรรมบรรลุผล จะช่วยให้คนเข้าใจและยอมรับนวัตกรรมในอนาคตได้ง่ายขึ้น

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลจะแสดงทัศนคติต่อนวัตกรรมในรูปแบบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก บุคคลจะรู้สึกผูกพันกับนวัตกรรมมากขึ้น มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นอย่างจริงจัง ซึ่งทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ 1) ทัศนคติเฉพาะที่มีต่อนวัตกรรมคือทัศนคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบประโยชน์ของนวัตกรรม ทัศนคตินี้มีอิทธิพลต่อนวัตกรรมที่กำลังเผยแพร่ และนวัตกรรมที่จะมีการเผยแพร่ในอนาคต 2) ทัศนคติทั่วไปที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง คือทัศนคติอย่างกว้างๆ ที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลง ซึ่งทัศนคติชนิดนี้เป็นทัศนคติที่ดีต่อนวัตกรรม ทำให้ประชาชนรู้จักพัฒนาตนเองและแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรมที่จะเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลจะมีแนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมใน 2 ลักษณะได้แก่ 1) การยอมรับนวัตกรรม (adoption) คือการตัดสินใจที่จะยอมรับนวัตกรรมมาใช้ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ 2) การปฏิเสธนวัตกรรม (rejection) คือการตัดสินใจที่จะไม่ยอมรับนวัตกรรมมาใช้ การตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนี้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการทดลองใช้ในปริมาณจำกัดของนวัตกรรม นวัตกรรมใดที่บุคคลสามารถทดลองใช้ได้ จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเสี่ยงภัยในการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมน้อยลง และนำไปสู่การยอมรับนวัตกรรมในที่สุด

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลผู้รับนวัตกรรมจะต้องลงมือปฏิบัติตามแนวทางหรือวิธีการของนวัตกรรมนั้น และขั้นตอนนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อบุคคลมีการปฏิบัติในแนวทางใหม่นั้นอย่างเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการนำเอานวัตกรรมมาใช้ สามารถแบ่งออกเป็น 1) การนำไปใช้โดยตรง (direct application) คือ การที่กิจกรรมใหม่นั้นถูกนำไปปฏิบัติตามที่ได้ดำเนินการวิจัย 2)การปรับปรุงใหม่ (reinvention application) คือการพยายามปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการให้สอดคล้องและเหมาะสมตามความเป็นจริง 3) การนำไปใช้โดยทางอ้อม (indirect application) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถที่จะเข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิสัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ที่นำนวัตกรรมมาเผยแพร่มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยแนะนำการใช้นวัตกรรมนั้น เพราะการนำมาใช้แบบไม่เข้าใจ จะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจนำนวัตกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5. ระยะยืนยัน (confirmation stage) เป็นระยะที่บุคคลจะแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติมเพื่อสนันสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมที่ได้ทำไปแล้ว แต่ก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตัดสินใจนั้นได้อีก หากว่าได้รับข่าวสารที่ขัดแย้งหรือข่าวสารในแง่ลบเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น การตัดสินใจที่จะเลือกใช้ถ้ากิจกรรมนั้นมีผลในทางบวก ส่วนการตัดสินใจที่จะไม่ดำเนินการต่อสามารถเกิดได้อย่างน้อย 2 ลักษณะได้แก่ 1) การแทนที่ (replacement discontinuance) คือกิจกรรมหรือนวัตกรรมนั้นถูกปฏิเสธเพราะมีแนวคิดที่ดีกว่า 2) การเลิกดำเนินการต่อไปโดยการหมดความสนใจ (disenchantment discontinuance) เกิดขึ้นเมื่อแนวคิดนั้นๆ ถูกปฏิเสธเนื่องจากผู้ที่นำไปใช้ไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับ

การที่บุคคลจะยอมรับนวัตกรรมใดมาใช้นั้น บุคคลจะพิจารณาถึงคุณลักษณะของนวัตกรรมตามแนวความคิดดังกล่าวก่อนที่จะตัดสินใจรับนวัตกรรมมาใช้ ซึ่งคุณลักษณะแต่ละข้อไม่สามารถระบุได้ว่า คุณลักษณะข้อใดมีความสำคัญกว่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทและเนื้อหาของนวัตกรรมนั้นๆ คุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมได้แก่

1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) คือการที่ผู้บุคคลรู้สึกว่านวัตกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ดีกว่า มีประโยชน์มากกว่าสิ่งเก่าที่มีอยู่เดิม ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับอาจเปรียบเทียบได้ในด้านของเศรษฐกิจ สังคม ความสะดวกและความพึงพอใจ เป็นต้น ยิ่งเห็นประโยชน์จากนวัตกรรมมากเท่าไหร่ ก็จะยิ่งยอมรับนวัตกรรมมากขึ้นเท่านั้น

2) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) คือการที่บุคคลรู้สึกว่านวัตกรรมนั้นมีความสอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นอยู่ ความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม ทัศนคติ ความคิดหรือประสบการณ์การทำงานแบบเดิม หากนวัตกรรมไม่มีความสอดคล้องหรือเข้ากันไม่ได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิมจะทำให้การรับนวัตกรรมเป็นไปอย่างล่าช้า เพราะต้องมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของตนเสียก่อนจึงจะทำให้การรับนวัตกรรมนั้นประสบความสำเร็จ

3) ความซับซ้อน (complexity) คือระดับความยากง่ายตามความรู้สึกของบุคคลในการที่จะเข้าใจหรือนำนวัตกรรมนั้นไปใช้ นวัตกรรมใดมีความสลับซับซ้อนยากต่อการเข้าใจ การรับนวัตกรรมนั้นก็จะเป็นไปได้ช้ากว่า

4) การทดลองได้ (trialability) คือระดับที่นวัตกรรมสามารถนำไปทดลองใช้ได้ นวัตกรรมใดสามารถแบ่งเป็นส่วนเพื่อนำไปทดลองใช้ จะได้รับการยอมรับเร็วกว่านวัตกรรมซึ่งไม่สามารถแบ่งไปทดลองใช้ได้ ทั้งนี้เพราะนวัตกรรมที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ จะช่วยลดความรู้สึกเสี่ยงต่อการยอมรับนวัตกรรมมาใช้ของกลุ่มเป้าหมายให้น้อยลง

5) การสังเกตได้ (observability) คือระดับที่ผลของนวัตกรรมสามารถสังเกตเห็นผลได้โดยผู้อื่น ผลของนวัตกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายและสามารถสื่อความหมายให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ง่าย จะได้รับการยอมรับมากขึ้น ดังนั้นการทำให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับในนวัตกรรมทางด้านความคิด จึงทำได้ยากกว่าทำให้ยอมรับในนวัตกรรมทางด้านวัตถุ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การศึกษาครั้งนี้ได้นำนวัตกรรมคือ การบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของปุณยาภา คำบุญเรืองและดาราวรรณ ตั๊ะปินตา (2552) มาสร้างการเรียนรู้แก่ทีมพยาบาล ตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) โดยการสื่อสารและสร้างการเรียนรู้วิธีปฏิบัติจากพยาบาลเจ้าของผลงานไปยังทีมพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมและนำนวัตกรรมมาใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของหน่วยงานต่อไป

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลขนาด 700 เตียง ตั้งอยู่ที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ขนาดเนื้อที่ 51 ไร่ รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน 13 จังหวัดภาคเหนือ ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จะมีการรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยในที่ให้การดูแลอยู่ 2 แห่งคือ 1)หอผู้ป่วยฝ้ายคำ ดูแลผู้ป่วยชายที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากสุรา 2) หอผู้ป่วยจิระ ดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (รหัสโรค ICD - 10 F10.2) มีแนวโน้มนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2552 – 2554 คิดเป็นร้อยละ 79.5, 82.9 และ 86.8 ตามลำดับ จากผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจากสุราทั้งหมด จำแนกเป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย เท่ากับ ร้อยละ 2.9, 3.0 และ 7.7 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554) แต่พบว่าการลงบันทึกข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับบริการจริง เนื่องจากแพทย์ผู้ทำการรักษาไม่ได้บันทึกการวินิจฉัยโรครองในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าทุกราย ในบางรายมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรอง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองโรคซึมเศร้าทุกราย ส่งผลทำให้การวินิจฉัยไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วยขณะเข้ารับการรักษา (เวนิช ศรีบุรินทร์, 2553) ซึ่งตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ทีม PCT ของโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติของผู้เข้ารับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าทุกราย คัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถามและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ที่จุดคัดกรองผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกแล้วทำการจำแนกข้อมูลสถิติผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละโรค รวมถึงผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลทำให้ผู้เข้ารับบริการได้รับการดูแลบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากการดำเนินงานของตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุงที่ผ่านมา ยังไม่มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรงมาใช้ ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกัน อีกทั้งยังมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหากผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเอง ซึ่งแนวปฏิบัตินั้นสอดคล้องตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่ได้วางแผนไว้ ขณะนี้แผนการดำเนินการกำลังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาจากทีม PCT โรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2555ก) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีแนวทางการบำบัดรักษาคือ มีการคัดกรองเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะติดสุราเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนให้การรักษา ทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ภายใต้การทำงานของสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เมื่อค่าคะแนนภาวะถอนพิษสุรามากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป วัดโดยแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา CIWA-Ar ผู้ป่วยจะได้รับยาในกลุ่มเบนโซไดซีปีน (benzodiazepine) ในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ diazepam, lorazepam และ chlordiazepoxide โดยระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยา จะมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากพ้นจากระยะถอนพิษสุราแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ จนกระทั่งสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามประเมินอาการและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention)

2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีแนวทางในการรักษาคือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้าและการรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยยาต้านเศร้า แพทย์นิยมใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs เนื่องจากยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสูงแต่ผลข้างเคียงน้อย โดยให้ fluoxetine เริ่มต้นวันละ 20 มก. เป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นให้เพิ่มเป็นวันละ 40 มก. ขนาดสูงสุดที่ให้ได้คือ 60 มก. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจนหายจากอาการซึมเศร้า จะให้ยาขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน สำหรับผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะรับประทานยาขนาดนี้ไปนานกว่า 6 เดือน และต้องคำนึงถึงโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีก ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วยจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

3) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายคือ มีการคัดกรองปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความคิดฆ่าตัวตาย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หาวิธีการฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะมีขั้นตอนดังนี้ 1) ขณะรับใหม่จะต้องซักประวัติจากญาติว่าผู้ป่วยเคยมีความคิด/พฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่ 2) ประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพิจารณาให้การพยาบาล 3) ให้ผู้ป่วยที่ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใส่ชุดสีแดงสื่อความหมายให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ จัดให้อยู่บริเวณห้องสังเกตอาการใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและปิดล็อคกุญแจตลอดเวลา 4) จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้สงบ ปลอดภัย ปราศจากอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจะสามารถนำมาทำร้ายตัวเองได้ 5) มอบหมายให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกเวร 6) มีการส่งเวรผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกราย 7) ติดป้ายเฝ้าระวังฆ่าตัวตายที่หน้าแฟ้มผู้ป่วยให้เห็นชัดเจน 8) ตรวจเยี่ยมอาการเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามกำหนดเวลาและความรุนแรงที่ประเมินได้ 9) ให้การพยาบาลติดตามระดับความรุนแรงและบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกให้ครบถ้วน 10) พิจารณาให้ยาฉีดตามความจำเป็นเมื่อมีอาการแสดงรุนแรง 11) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกันทุกอาทิตย์ 12)ปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลตามปัญหาความเร่งด่วน โดยจะมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจนกว่าระดับความเสี่ยงจะลดลง

ถึงแม้ว่าทางตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการตามแผนดังกล่าว จากสถิติในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่ามีรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระดับ 5 จำนวน 1, 0, และ 1 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2555ข) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหารุนแรงต่อหน่วยงานที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความซับซ้อนในการบำบัดรักษา ถ้าหากมีความล่าช้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบทั้งต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ถ้าผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไป จะเพิ่มโอกาสการหายจากการติดสุราและลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้อีกด้วย ซึ่งการเลือกใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหากับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมในการนำมาใช้ จากการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D' Zurilla,1988) และเนซูและเนซู (Nezu & Nezu, 2008) กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปุณยาภา คำบุญเรือง, 2552) ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในตึกฝ้ายคำ มองเห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าว ที่จะเข้ามาช่วยในการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าขณะเข้ารับการรักษาเพื่อให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมุ่งหวังผลเพื่อลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในตึกฝ้ายคำตามมา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการพิจารณาอย่างรอบคอบ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ตลอดจนความคุ้มค่าของการนำมาใช้โดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ โดยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ตรงกับปัญหาของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุติ 3 ท่าน และได้ผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน อีกทั้งการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของปุณยาภา คำบุญเรืองและ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) ยังมีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน เหมาะสมที่จะนำมาบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุงมากที่สุด เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และผลของการทดลองใช้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และช่วยพัฒนาระบบบริการอย่างมีคุณภาพในหน่วยงานต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางของตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุงที่ผ่านมา มีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการดังกล่าว แต่ยังพบปัญหาในหน่วยงานดังปรากฏในรายงานการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 5 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวปฏิบัติการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) ของเดอซูเรลลา (D'Zurilla, 1998) และเนซูและเนซู (Nezu & Nezu, 2008) ที่ผ่านการศึกษาวิจัยแล้ว พบว่ามีประสิทธิภาพทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราลดลง เป็นแนวปฏิบัติที่เชื่อว่าเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีอยู่ 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) ฝึกการทำความเข้าใจในปัญหา 2) ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา 3) ฝึกการสร้างและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) ฝึกการตัดสินใจ 5) ฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล การศึกษาครั้งนี้ได้นำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ของปุณยาภา คำบุญเรืองและดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) มาใช้ โดยผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ของโรเจอร์ (Roger' s theory diffusion innovation based model) ในการเผยแพร่และนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม มีขั้นตอนอยู่ 5 ระยะ (Roger, 2003) ได้แก่ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) ผู้ศึกษาเสนอการทบทวนวรรณกรรม การนำไปใช้ และผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคติดสุราเสนอต่อทีมการพยาบาลตึกฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการใช้ 2)ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) ผู้ศึกษานำเสนอประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) ทีมการพยาบาลร่วมกันตัดสินใจยอมรับการใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของปุณยาภา คำบุญเรืองและดาราวรรณ ตั๊ะปินตา (2552) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) ทีมการพยาบาลนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) ผู้ศึกษาประเมินประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยประเมินจากคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2550) หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด และประเมินความคิดเห็นของทีมการพยาบาลผู้ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของโรเจอร์ได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) 2) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) 4) การทดลองได้ (trialability) และ 5) การสังเกตได้ (observability) ซึ่งหากการศึกษาครั้งนี้ได้ผลก็จะเป็นการยืนยันที่จะใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในงานประจำต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved