

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา : กรณีศึกษา 2 ราย

## Nursing Care for Major Depressive Disorder with Alcohol Dependence Patients : 2 Case Study

วัลลภกษมณั พัทรวิชช์ พย.ม.  
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

### บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพทางจิตแสดงออกถึงความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า ซึม หดหู่ รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ถ้าอาการรุนแรงอาจมีการพยายามฆ่าตัวตายตามมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายใช้การดื่มสุราก็ปัญหาจากอาการของโรคและจากสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดภาวะซึมเศร้า จึงก่อให้เกิดภาวะติดสุราร่วมด้วย ดังที่ปรากฏในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับภาวะติดสุรา กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนำแนวคิดจิตบำบัดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยนอกจากการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงจากอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเองแล้ว การพยาบาลครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัวและสามารถแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยสามารถควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และโดยเหตุที่ผู้ป่วยมีภาวะติดสุราการแก้ไขปัญหาเป็นการนำแนวคิดการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based Cognitive Behavior Therapy: F-CBT) มาประยุกต์ใช้ในจิตบำบัดด้วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคและวิธีการในอันที่จะลดพฤติกรรมดื่มสุรา เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยอาการทุเลาจากโรคซึมเศร้า และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม จากการติดตามในระยะ 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถเลิกสุรา โดยดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ

**คำสำคัญ :** โรคซึมเศร้า, ภาวะติดสุรา

### Abstract

Major depressive disorder was a disease with mental pathology, showing mood disorders. Patients had depressed moods, depression, feeling bored, frustration, despair, and lack of interest in the environment which affected daily life. If the symptoms were severe, suicide attempts may follow. Some depressed patients used alcohol to solve problems from their symptoms and the causes of depression. Therefore, it caused alcohol dependence, as appeared in two patients with major depressive disorder and alcohol dependence. In the process of nursing care patients applied the concept of psychotherapy in combination with drugs according to the doctor's treatment plan. Including providing supportive care to reduce the severity of symptoms of depression to prevent a suicidal attempt. In addition, the nursing care process encourages the patients to develop self-esteem, learning to adaptive skills, solve problems that cause depression

by being able to control their life situations, as well as promoting family participation in caring for patients. Results of the nursing care process through the use of Family-based Cognitive Behavior Therapy (F-CBT) for both patients found that the patients had relieved symptoms of the disease. Depressed and without suicide risk, the patients were able to adapt and face appropriate psychological problems. In three-month follow-ups, the patients could give up alcohol and normally live in family and society.

**Keywords :** Major depressive disorder, Alcohol dependence

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ท้อแท้ ซึมเฉย รู้สึกล้อหนายสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว สมาธิและความสามารถในการทำงานลดลง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเองและมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนถึงอาจมีการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ จากการทบทวนทฤษฎีโรค<sup>(1,2)</sup> อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย คือ ด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่เกิดจากสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคิดในทางลบ มองเหตุการณ์รอบตัวในแง่ร้าย มองสังคมและอนาคตในแง่ลบ จึงทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ทำให้บทบาททางสังคมลดลงหรือทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และกิจกรรมทางสังคมลดลง นอกจากโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความคิดความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้านกล่าวคือ ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่างๆ ในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผลกระทบของโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียจากความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ และตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายพบได้ถึงร้อยละ 20-35 ในส่วนของความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายพบได้ 150,000 DALYs หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ประมาณ 5,500 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าอยู่เดิมอาจใช้สุราหนักขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้า<sup>(3)</sup> ภาวะติดสุราเป็นปัญหา

สำคัญในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยมีความชุกของทั่วโลกประมาณร้อยละ 8-144 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทบทปัญหาสุขภาพ ครอบครัว และหน้าที่การงาน นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ติดสุราโรคซึมเศร้าวร่วมด้วยถึง ร้อยละ 15.05 และในภาคเหนือร้อยละ 52.8 ของผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย<sup>(4)</sup> และจากรายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช<sup>(6)</sup> ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่ามีภาวะติดสุรารวมถึงร้อยละ 25.50, 28.08 และ 29.98 ตามลำดับ ปัจจุบันการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพคือการรักษาแบบผสมผสานระหว่างวิธีการต่างๆทางชีว-สังคม (Bio-psycho-social) เช่น การบำบัดทางยาร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจิตสังคมบำบัดเป็นขั้นตอนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุราสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลดปริมาณการดื่ม ลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่ม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(5,7,8,9)</sup> จากความสำคัญและเห็นประโยชน์จากการบำบัดรักษาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจที่จะศึกษารณีศึกษา 2 ราย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าวร่วมกับภาวะติดสุรา โดยนำแนวคิดการทำจิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based Cognitive Behavior Therapy: F-CBT)

จากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรม F-CBT (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program)<sup>(5,8,9,10)</sup> เป็นการบำบัดรายครอบครัว ผู้ติดสุรา

1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน ให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ปัญหา 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสมรวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา และมอบหมายการบ้าน โดยเอื้ออำนวยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหา การบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการบำบัด 2) การสร้างความเปลี่ยนแปลง 3) การคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงและระยะสิ้นสุดการบำบัดรักษา ช่วยลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มและป้องกันการฆ่าตัวตายได้<sup>(8,9)</sup> บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดสุราควรมีการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดการดื่มสุราอย่างยั่งยืนและป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนะแนวทางการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา

### วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัยการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่อายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F322) ที่มีภาวะติดสุรา (F1020) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม
3. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติผู้ป่วย การประเมินทางร่างกายและการประเมินทางจิตเวช ผลการตรวจสุขภาพจิตและการให้การพยาบาล ด้านร่างกายและจิตสังคม
4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างองค์รวมและสรุปกรณีศึกษา

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ระหว่างปี 2563-2564 จำนวน 2 ราย

### รายงานผู้ป่วย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย

ผลการตรวจร่างกายและการรักษาที่ได้รับดังนี้  
**กรณีศึกษาที่ 1** เพศชาย อายุ 45 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 ซม. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/60 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที

**อาการสำคัญ** นอนไม่หลับ ใจคอไม่ดี อ่อนเพลีย และมือสั่นทั้ง 2 ข้าง

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน** 2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยมีความเครียดเป็นห่วงบุตรชายคนเล็กที่ไปทำงานกรุงเทพฯ คิดมากจนนอนไม่หลับ แก้ไขความเครียดด้วยการสุรา 40 ดีกรี ดื่มทุกวัน ปริมาณการดื่มวันละ 1 ขวดใหญ่ มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว ถ้าไม่ได้ดื่มสุราจะมีอาการมือสั่น ใจคอไม่ดี จึงมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาคลายเครียด

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อ 2 ปีก่อนรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแผนการรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า แต่ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องและมีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารเคมี ไม่มีประวัติการชักหรืออุบัติเหตุทางสมอง ปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

**ประวัติส่วนตัวและครอบครัว** ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 3 ในจำนวนบุตร 5 คน ของพ่อแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย การศึกษาเข้าเรียนตามเกณฑ์ อุปนิสัยคือใจเย็น ไม่ค่อยพูด ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะเก็บไว้คนเดียว ผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราตอนอายุ 16 ปี เมื่อไปทำงานก่อสร้างที่กรุงเทพฯ โดยเพื่อนร่วมงานชวนดื่ม หลังจากนั้นจึงดื่มสุราทุกวันหลังเลิกงานเป็นเวลากว่า 10 ปี ผู้ป่วยมีบุตร 3 คน ผ่านการมีครอบครัวมาแล้ว 3 ครั้ง และการแยกทางกันทุกครั้ง ผู้คนรอบข้างจะกล่าวหาว่าเป็นเพราะมั่วแต่ดื่มสุรา จึงไม่มีใครอยากอยู่ด้วย ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก จึงยังดื่มสุรา



มากขึ้นทุกวัน โดยคิดว่าจะช่วยบรรเทาความทุกข์ใจและช่วยให้อิ่ม จากการดื่มสุราทำให้ไม่สามารถทำงานต่อได้ จึงกลับมาอยู่บ้านกับมารดา หลังออกจากงานครั้งนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร ประกอบกับบุคคลในครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจในปัญหาของผู้ป่วย เคยพยายามหางานทำ แต่ทำไม่ได้นานเพราะมักจะเกิดการเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา ทำให้หยุดงานบ่อย ปัจจุบันผู้ป่วยทำงานรับจ้างรายวันในสวนส้มโอ มีเงินพอใช้ไปวันๆ ไม่มีเงินเก็บ ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง

**การประเมินสภาพแรกรับ** ผู้ป่วยเดินมาคนเดียว สีหน้าเศร้าหมอง ท่าทางอิดโรยขอบตาคล้ำ พูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถามแต่พูดน้อย ถามคำตอบคำ เสียงเบา

**การประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า** ระดับรุนแรง

**การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** ระดับไม่มีความเสี่ยง

**การประเมินปัญหาการดื่มสุรา** (Alcohol use disorder identification test : AUDIT) ระดับมีความเสี่ยงอันตราย (Harmful drinking > 20 คะแนน)

**การตรวจสภาพจิตและการประเมินทางจิตเวช** ผู้ป่วยรับรู้อื่น เวลา สถานที่ และบุคคลดี มีหูแว่วนานๆ ครั้ง ปฏิเสธสภาพหลอน ไม่มีอาการกลัว ไม่มีอาการหวาดระแวง กระบวนการคิดและใช้เหตุผล พบว่าการพูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง พูดน้อยถามคำตอบคำ ไม่ค่อยมีสมาธิ มีบุคลิกภาพแบบปิด ท่าทางมีความทุกข์ เสียงเบา ความสามารถในการดำเนินชีวิตปกติ

**อัตมโนทัศน์** ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสามารถ ต้องทำงานรับจ้างไปวันๆ เป็นที่พึ่งให้ลูกไม่ได้ มองไม่เห็นอนาคต คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงมีความคิดท้อแท้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ เพราะคิดว่าการอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ใช่สิ่งสำคัญในชีวิตจึงไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การดำรงชีวิตมักแยกตัวอยู่คนเดียวในครอบครัว ไม่สังคมกับใคร จึงขาดที่พึ่ง และขาดทักษะในการปรับตัว

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ตรวจ LFT ผลปกติ

**การวินิจฉัยโรค** Depressive disorder with Alcohol dependence syndrome

**การรักษา**

- 1) Sertraline (50) 1xhs

- 2) Diazepam (5) 2xhs

- 3) Nortriptyline (10) 1xhs

- 4) เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบเปลี่ยน

ความคิดและพฤติกรรม (F-CBT)

**กรณีศึกษาที่ 2** เพศหญิง อายุ 40 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 ซม. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/65 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้งต่อนาที

**อาการสำคัญ** เวียนศีรษะ วูบหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก หลังจากกินยาฆ่าแมลงไป 2 อีกร

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยดื่มสุราจนเมา อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว ถูกมารดาบ่น จึงทะเลาะกับมารดาอย่างรุนแรงรู้สึกน้อยใจท้อแท้เบื่อหน่าย ตัดสินใจกินยาฆ่าหนอนเพื่อประชดมารดา

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารเคมี ไม่มีประวัติการชักหรืออุบัติเหตุทางสมอง ปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

**ประวัติส่วนตัวและครอบครัว** ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 2 ในจำนวนบุตร 2 คน ของพ่อแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย การศึกษาเข้าเรียนตามเกณฑ์ อุปนิสัยเรียบร้อย ไม่ค่อยพูด ไม่ค่อยคุย ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะเก็บไว้คนเดียว ผู้ป่วยแต่งงานตอนอายุ 18 ปี และอยู่กินกับสามี 10 ปี มีบุตรด้วยกัน 1 คน หลังจากนั้นแยกทางกับสามีเพราะปัญหาหนี้สินที่ตัวเองไม่ได้เป็นคนก่อแต่ต้องร่วมรับผิดชอบ จึงมีเพื่อนชวนไปทำงานที่พืดยา โดยเป็นการทำงานกลางคืนในสถานบันเทิงที่ต้องดื่มสุรากับนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติเริ่มแรกผู้ป่วยใช้การดื่มสุราเพื่อให้มีความกล้าในการที่จะพูดคุยและให้ความบันเทิงกับนักท่องเที่ยว หลังจากนั้นต้องดื่มสุราทุกวัน ถ้าไม่ได้ดื่มจะนอนไม่หลับ ตื่นเช้ามาไม่มีเรี่ยวแรง ไปทำงานไม่ไหว ทำงานไม่ไหว ทำแบบนี้อยู่ 10 กว่าปี จนอายุ 40 ปี ตัดสินใจคบหากับชาวต่างชาติฉันทันทีภรรยา จึงตัดสินใจกลับมาอยู่บ้าน แต่สามีไม่ได้มาอยู่ด้วยแยกกันอยู่คนละประเทศใช้วิธีติดต่อกันทางโทรศัพท์ และส่งเงินมาให้ใช้จ่ายในครอบครัว มารดาผู้ป่วยไม่ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและต้องการให้เลิกดื่มสุรา จึงมีปากเสียงกันบ่อยครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก จึงยิ่งดื่มสุรามากขึ้นทุกวัน โดยคิดว่าจะ

ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจและช่วยให้ลืม จากการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบว่าคนรอบข้างมองตนเองเป็นคนไม่ดีไม่ดี มีอาชีพที่น่าอับอาย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง จึงมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

**การประเมินสภาพแรกรับ** อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น มือสั่น สีหน้าเศร้าหมอง หน้ามืดวิงเวียน พุดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถาม พุดเสียงเบา

**การประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า** ระดับรุนแรง

**การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** ระดับปานกลาง

**การประเมินปัญหาการดื่มสุรา** (Alcohol use disorder identification test : AUDIT) ระดับมีความเสี่ยงอันตราย (Harmful drinking > 20 คะแนน)

**การตรวจสภาพจิตและการประเมินทางจิตเวช** ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลดี ไม่มีหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ไม่มีอาการกลัว ไม่มีอาการหวาดระแวง กระบวนการคิดและใช้เหตุผล พบว่าการพุดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง กระแสความคิดต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน มีบุคลิกภาพแบบพุดน้อย

เสียงเบา ความสามารถในการดำเนินชีวิตปกติ

**อัตมโนทัศน์** ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ทำงานที่สังคมไม่ยอมรับ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงมีความคิดท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ การดำรงชีวิตมักแยกตัวอยู่คนเดียวในครอบครัว เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาใคร จึงขาดที่พึ่ง และขาดทักษะในการปรับตัว

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ตรวจ LFT ผลปกติ  
**การวินิจฉัยโรค** Severe depressive disorder with Alcohol dependence syndrome

**การรักษา**

1) ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ 60 ml/hr

2) Fluoxetine (20) 2xpc เช้า

3) Nortriptyline (25) 1xhs

4) Diazepam (2) 1xhs

5) Suicidal precaution

6) เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (F-CBT)

**การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา 2 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีและหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากการพยาบาล สรุปดังนี้**

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. ลักษณะทั่วไป	ชายไทยอายุ 45 ปี สภาพสมรสหย่าร้าง อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา บุคลิกภาพแบบปิด พุดน้อย น่าเสียงเบาท่าทางมีความทุกข์ หน้าตาเคร่งเครียด การแต่งกายไม่ค่อยเรียบร้อย เสื้อผ้า และผมมีกลิ่นอับ ขึ้นเล็กน้อย	หญิงไทยอายุ 40 ปี สภาพสมรสคู่อาชีพเกษตรกรจบการศึกษาระดับประถมศึกษาบุคลิกภาพแบบปิด พุดคุยโต้ตอบแต่ค่อนข้างข้า สีหน้าหม่นหมอง คิ้วขมวด การแต่งกายค่อนข้างเรียบร้อย	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายอยู่ในช่วงวัยทำงาน วัยกลางคน ด้านการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ด้านบุคลิกภาพผู้ป่วยทั้ง 2 ราย บุคลิกภาพแบบปิด สังเกตเห็นสีหน้าหม่นหมอง อมทุกข์ การประเมินด้าน บุคลิกภาพจะเห็นว่าตรงตามทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า <sup>(1,2)</sup> ความรู้สึกด้านอารมณ์ที่แสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ชัดเจนในโรคซึมเศร้าคืออารมณ์เศร้า แสดงออกโดยสีหน้าท่าทางหรือคำบอกเล่า เช่นเดียวกับด้านการแต่งกายที่จะเห็นว่าใน

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
<b>2. อาการและอาการแสดง</b>	<p>นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ใจคอไม่ดีและมีอ้วนขึ้นทั้ง 2 ข้าง โดยมีพฤติกรรมดื่มสุรา 40 ดิกรีวันละ 1 ขวดทุกวัน</p> <p>จากการซักประวัติและสืบค้นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยพบว่า เป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 2 ปีก่อนเข้ารับการรักษาและได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าแต่การรักษาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งในระยะ 2 ปีที่เป็นโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน การประเมินทางจิตสังคม เมื่อมารับการรักษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการท้อแท้เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ เป็นที่ฟังให้ลูกไม่ได้</p> <p>การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (9Q) ได้ 19 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับ</p>	<p>หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารน้อย ไม่มีแรง โดยมีพฤติกรรมดื่มเบียร์วันละ 2-3 ขวด ทุกวัน</p> <p>จากการซักประวัติผู้ป่วยพบว่าเมื่อ 10 ปีก่อนไปทำงานกลางคืนในสถานบริการที่ต้องดื่มสุราทำให้มีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน ถ้าไม่ได้ดื่มสุราจะนอนไม่หลับ ทำงานไม่ไหว 2 ปีก่อนตัดสินใจคบหากับชาวต่างชาติ จึงออกจากงานกลับมาอยู่บ้าน มีรายได้จากที่สามีส่งให้ มารดาต้องการให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา จึงทำให้มีปากเสียงกันบ่อยครั้ง การประเมินทางจิตสังคม เมื่อมารับการรักษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วย น้อยใจที่มารดาไม่เข้าใจตนเอง มีอาการท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 แต่งกายไม่ค่อยเรียบร้อย เสื้อผ้ามีกลิ่น แสดงถึงความไม่สนใจในตัวเอง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามหลักการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอธิบายว่า<sup>(1,2)</sup> อาการหลักของโรคซึมเศร้าที่เห็นชัดเจนอีกด้านหนึ่งคือ ความสนใจใฝ่ดีในกิจกรรมในชีวิต ประจำวันลดลง และบุคคลอื่นสังเกตเห็นอาการนี้ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการแต่งกายเรียบร้อย อาจเป็นผลจากเหตุหญิงมีความสนใจในตัวเองดีกว่าจึงส่งผลให้การแต่งกายเรียบร้อยกว่า</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงเข้าได้กับอาการของโรคซึมเศร้าตามที่ศึกษาจากทฤษฎีโรค<sup>(1,2)</sup> ที่กล่าวว่าอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าประกอบด้วยอาการหลัก 2 อาการ ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน 2) ความสนใจใฝ่ดีลดลงในทุกกิจกรรม และอาการร่วม ได้แก่ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงรู้สึกตนเองไม่มีค่าความอยากอาหารลดลงทำให้น้ำหนักตัวลดลงและมีความคิดวนเวียนกับความตายซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงเหล่านี้คล้ายคลึงกันแต่ต่างที่รายที่ 2 มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน และความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ส่วนภาวะติดสุรา</p>

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>3. การวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษา</p>	<p>รุนแรง)การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้ 0 คะแนน (ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย)</p> <p>การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ได้ 32 คะแนน (มีภาวะติดสุรา)</p> <p><b>การวินิจฉัยโรค</b> Depressive disorder with Alcohol dependence syndrome</p> <p><b>การบำบัดรักษา</b> แผนการรักษาของแพทย์เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะแรกติดตามผล 2 สัปดาห์ จากนั้นพบว่าผู้ป่วยพร้อมนำเข้าบำบัดเพื่อเลิกสุราด้วยโปรแกรม F-CBT และวางแผนรักษาระยะยาวต่อเนื่อง 6 เดือน – 1 ปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</p>	<p>การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (9Q) ได้ 22 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้ 15 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง) การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ได้ 24 คะแนน (มีภาวะติดสุรา)</p> <p><b>การวินิจฉัยโรค</b> Severe depressive disorder with Alcohol dependence syndrome</p> <p><b>การบำบัดรักษา</b> แผนการรักษาของแพทย์ระยะแรกให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง และจำหน่ายเมื่อความรุนแรงของโรคลดลง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์นัดเข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกสุราด้วยโปรแกรม F-CBT และติดตามผลทุก 2 สัปดาห์จนเลิกสุราได้ และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงติดตามผลทุก 3 และ 6 เดือน ตามลำดับการรักษาด้วยยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ 60 ml/hr</li> <li>- Fluoxetine (20) 2xpc เข้า</li> <li>- Nortriptyline (25) 1xhs</li> <li>- Diazepam (2) 1xhs</li> </ul> <p><b>การบำบัดทางจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (F-CBT) ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์เป็นเวลา 5 สัปดาห์</li> </ul>	<p>ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาจากสาเหตุต้องการใช้สุราเพื่อบรรเทาความเครียดและช่วยการนอนหลับ จากการศึกษาทฤษฎีโรคอธิบายว่า<sup>(9,10)</sup> สุรามีฤทธิ์ลดความเครียด และความเศร้า ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการความรู้สึกลึกลับสับสนลดลง จึงใช้สุราแก้ปัญหาตนเองและสบายใจขณะดื่มจนเข้าจึงเกิดภาวะติดสุรา</p> <p>จากอาการแสดงของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่พบว่าอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า<sup>(2)</sup> โดยผู้ป่วยรายที่ 1 จัดอยู่ในประเภท Persistent depressive disorder คือมีอาการของโรคซึมเศร้านานกว่า 2 ปี ส่วนรายที่ 2 อยู่ในกลุ่ม Major depressive disorder ส่วนภาวะติดสุราของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค<sup>(9,10)</sup> ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราจะมีความรู้สึกอยากดื่มมากขึ้น เพื่อให้จิตใจสบายหรือหลีกเลี่ยงความไม่สบายใจ โดยมีระดับความรุนแรงสูง จากอาการแสดงที่พบว่ามือสั่น คอแห้งขอบตาคล้ำ ด้านการบำบัด รักษา จากการทบทวนทฤษฎี โรคเป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าอธิบายว่า<sup>(1,2,12)</sup> เป็นการช่วยเหลือให้อาการต่างๆ ของโรคหายได้อย่างสมบูรณ์ และไม่มี อาการหลงเหลือป้องกันอาการกำเริบซ้ำผู้ป่วยสามารถทำงานและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติใน</p>

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p><b>4. การพยาบาล</b></p> <p><b>4.1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล</b></p>	<p>จากการประเมินสภาพร่างกาย การตรวจสภาพจิต สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปดังนี้</p> <p><b>ระยะแรกเริ่ม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น</li> <li>2) ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า</li> <li>3) มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม</li> <li>4) มีโอกาสเกิดภาวะรุนแรง สืบสนจากภาวะขาดสุรา</li> <li>5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน</li> </ol> <p><b>ระยะต่อเนื่อง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง</li> <li>2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>3) การติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง</li> <li>4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพในตนเอง</li> </ol>	<p>จากการประเมินสภาพร่างกาย การตรวจสภาพจิต สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปดังนี้</p> <p><b>ระยะรักษาในโรงพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ</li> <li>2) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม</li> <li>3) ได้รับสารน้ำและอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซึมเศร้า</li> <li>4) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</li> </ol> <p><b>ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การสอนและทบทวนการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเมื่อประสบปัญหาทางใจ</li> <li>2) การติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง</li> <li>3) การเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง</li> <li>4) การสนับสนุนให้ครอบครัวยอมรับและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> </ol>	<p>สังคมได้ ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แผนการรักษาสอดคล้องทฤษฎีโรค ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และจิตบำบัดร่วมกับการปรับพฤติกรรมลดการดื่มสุรา โดยนำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (F-CBT) มาใช้ในการบำบัดทางจิตใจ</p> <p>การวิเคราะห์จิตพลวัตและกลไกการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีจิตสังคม<sup>(7)</sup> อธิบายว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จากการวิเคราะห์บุคลิกภาพจะเห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่น จากการที่ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบปิด เป็นคนเก็บตัว เพื่อนน้อย และขาดทักษะสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นจึงไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการและความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อประสบปัญหาทางใจ การใช้กลไกทางจิต จึงเป็นการโทษตัวเอง มองตัวเองทางลบ รู้สึกน้อยใจในชีวิต คิดว่าตนเองไร้ค่า การใช้กลไกในการปรับตัว ด้วยการแยกตัว ยิ่งทำให้สัมพันธภาพ ระหว่างสมาชิกครอบครัวไม่ดีการใช้กลไกหลีกเลี่ยงหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เครียดด้วยการดื่มสุราจึงเกิดภาวะติดสุรา</p> <p>ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 จากการที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่นเนื่องจากการตามักบ่นและตำหนิ เมื่อเกิดความเครียด ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตแก้ปัญหาด้วยการโทษตัวเอง</p>



ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
4.2 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล	<p>เป้าหมายการพยาบาลมุ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดทางลบที่ลดคุณค่าตนเองและสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาลนำหลักสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวแล้ว</p> <p>ระยะต่อเนื่องเป้าหมายคือผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ จึงเป็นการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ได้ในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาลมุ่งให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและภาวะขาดสุรา โดยสามารถปรับวิถีคิดเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาลในระยะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่การรักษาหลักอยู่ที่การรักษาด้านร่างกายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ แทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเป็นการประสานและร่วมมือกับทีมผู้ป่วยในโดยเอื้ออำนวยให้กระบวนการบำบัดเป็นไปตามแผน การรักษา เมื่อความรุนแรงของโรคลดลงจึงใช้หลักสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ในการแก้ไขปัญหตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวแล้ว การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจาก</p>	<p>วิพากษ์วิจารณ์ตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองตนเองด้านลบและจากการที่มีบุคลิกภาพแบบปิดพุดน้อย เมื่อมีปัญหาที่ทำให้มีความวิตกกังวลและคับข้องใจหรือสภาพอารมณ์ถูกรบกวนกระเทือนจะใช้กลไกการปรับตัวด้วยการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าด้วยการดื่มสุราเพื่อหวังจะบรรเทาความเครียดเมื่อหาทางออกไม่ได้จึงคิดทำร้ายตนเองเพื่อหนีปัญหาจากการวิเคราะห์จิตพลวัตรและกลไกทางจิตของผู้ป่วยดังกล่าว</p> <p>จึงนำสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในลำดับต่อไป</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 จากการประเมินที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้าระดับปานกลางจากปัญหาการปรับตัวและมีความผิดปกติจากการใช้สุรามากขึ้น การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จึงครอบคลุมในด้านการสนับสนุนการปรับตัว การพัฒนาคุณค่าในตนเอง ทักษะในการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ และการแก้ไขพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่นำไปสู่การใช้สุราในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีความรุนแรงของอารมณ์เศร้าระดับมาก โดยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล นอกจากกิจกรรมที่กล่าวในผู้ป่วยรายที่ 1 แล้ว</p>

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
		โรงพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความคิดทางบวก สามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม	ยังมุ่งเน้นการป้องกันความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสุรา ดังนั้นการปฏิบัติ การพยาบาลครอบคลุมไปถึงกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการทางกาย ร่วมด้วยการพยาบาลระยะต่อเนื่อง โดยเหตุที่ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าเรื้อรังดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลจึงเน้นการติดตามเฝ้าระวัง ระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมตนเองได้จริงส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ดี การพยาบาลจึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว คงความ สามารถในการดูแลทางสังคมจิตใจได้อย่างต่อเนื่อง
4.3 การทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน (F-CBT) เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา	<p><b>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย</b> มีภาวะติดสุรา แผนการบำบัดรักษาการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน (F-CBT)<sup>(4,7,8)</sup> โดยเป้าหมายการบำบัดมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรมและความเชื่อต่อการดื่มสุรา ไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ด้วยตนเอง</p> <p><b>รูปแบบการบำบัด</b> ประกอบด้วยการทำจิตบำบัดทั้งสิ้น 14 ครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวันรวม ระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45-90 นาที ดังนี้</p> <p><b>ครั้งที่ 1</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องการเกิดพฤติกรรมตามแนวคิดทางปัญญา (Cognitive model) และเข้าใจในการบำบัดตามโปรแกรม</p> <p>1.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย แนะนำตนเอง สนทนาเรื่องต่างๆ ไป และทำความรู้จักซึ่งกันและกัน</p> <p>1.2 ชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบสาเหตุของการติดสุราตามรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Interaction model) และการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน</p>	โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการดื่มสุรา <sup>(5,8,9)</sup> ที่ใช้กับผู้ป่วยเป็นการประยุกต์กิจกรรมและวิธีการให้เหมาะสมกับการจัดบริการของคลินิกจิตเวชโดยไม่ละเอียดหลักการสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยให้ถูกต้องและใช้เทคนิค วิธีการ ที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง นอกจากนั้นกระบวนการในโปรแกรมนี้อยังช่วยส่งเสริมการบำบัดทางจิตในการลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ดีอีกด้วย	

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
	<p>1.3 อธิบายขั้นตอนการบำบัด วัตถุประสงค์และกระบวนการของการบำบัด มอบหมายการบ้านทุกครั้งหลังการบำบัด</p> <p>1.4 ประเมินอารมณ์ที่มีผลต่อการเป็นผู้ติดยา</p> <p>1.5 มอบคู่มือสำหรับ อธิบายการใช้คู่มือ ทดลองจดบันทึกจากสถานการณ์สมมติ</p> <p>1.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย</p> <p>1.7 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกกิจกรรมประจำวัน</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวบอกวัตถุประสงค์และกระบวนการบำบัดตามโปรแกรมได้</p> <p>2) ผู้ป่วยและครอบครัวระบุอารมณ์ต่อการเป็นผู้ติดยาได้</p> <p>3) ผู้ป่วยจดบันทึกได้ถูกต้อง</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 2</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการ ผ่อนคลาย</p> <p>2.1 สอบถามและทบทวนการบ้านเรื่องการบันทึกกิจกรรมประจำวัน</p> <p>2.2 สะท้อนการใช้เวลาในแต่ละวันกับการทำกิจกรรมต่างๆ และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมลดการติดยา</p> <p>2.3 สอบถามวิธีการผ่อนคลายที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>2.4 แนะนำทักษะในการผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวและให้ทำการฝึกหัดพร้อมกัน</p> <p>2.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมโยงการทำกิจกรรมประจำวันกับพฤติกรรมลดการติดยาได้</p> <p>2) ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการผ่อนคลาย</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 3</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมลดการติดยา</p> <p>3.1 สอบถามและทบทวนการบ้านเรื่องการฝึกการผ่อนคลาย</p> <p>3.2 อธิบายการเกิดพฤติกรรมลดการติดยา</p> <p>3.3 อธิบายความเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกอยากติดยา</p> <p>3.4 อธิบายการบำบัดพฤติกรรมลดการติดยาตามโปรแกรมทั้ง 14 ครั้ง และบทบาทของครอบครัวที่ต้องเข้าร่วมการบำบัดทุกครั้ง ในการช่วยสนับสนุน เตือน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำการบ้าน</p> <p>3.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยเขียนรูปแบบการเกิดพฤติกรรมลดการติดยา 1 รูปแบบ</p>		



ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
	<p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวบอกความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และสรีระได้</p> <p>2) ผู้ป่วยเขียนรูปแบบการเกิดปัญหาในสมุดบันทึกของตนเอง ได้ด้วยความช่วยเหลือของครอบครัว</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 4</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่และวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก</p> <p>4.1 ทบทวนถึงการบ้านที่ให้ผู้ป่วยเขียน</p> <p>4.2 ทบทวน Interaction model ย้ำให้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์กับความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.3 ชวนให้ผู้ป่วยคิดถึงสถานการณ์ที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.4 ชวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันคิดถึงวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยเขียนถึงสถานการณ์ที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มอย่างน้อย 1 สถานการณ์ และวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าโดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวยกตัวอย่างและระบุสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 5</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการ ค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>5.1 ทบทวนถึงการบ้านที่ให้ผู้ป่วยเขียน</p> <p>5.2 ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดื่มของตัวเอง</p> <p>5.3 อธิบายและยกตัวอย่างความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่ทำให้อารมณ์อยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>5.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม เพื่อนำมาพูดคุยในครั้งต่อไป</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยยกตัวอย่างและระบุลักษณะความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 6</b> เพื่อทบทวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่อง วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และผลกระทบของความคิดอัตโนมัติทางลบต่อความรู้สึกอยากดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราและสรีระ</p>		

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
	<p>6.1 สอบถามและทบทวนถึงการบ้าน ปัญหาในการทำการบ้าน และหาทางแก้ไขร่วมกัน</p> <p>6.2 นำการบ้านมาวิเคราะห์ในการระบุมุมมองที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม และความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่ทำให้พฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>6.3 อธิบายวิธีการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>6.4 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกปฏิบัติ</p> <p>6.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยสามารถระบุมุมมองที่ไม่น่าเป็นประโยชน์และไม่ทำให้ความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>2) เข้าใจวิธีการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 7</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเรื่องการ แก้ปัญหา</p> <p>7.1 นำการบ้านมาทบทวน</p> <p>7.2 อธิบายการแก้ปัญหา มุมมองต่อปัญหา และรูปแบบของการแก้ปัญหา</p> <p>7.4 ถามมุมมองในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>7.5 สอบถามวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>7.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกปัญหามา 1 ปัญหา เพื่อฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>7.7 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกการฝึกเลือกปัญหาการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ปัญหา</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวยกตัวอย่างมุมมองในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเองได้</p>		
	<p><b>ครั้งที่ 8-13</b> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะ ค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>8.1 นำการบ้านมาพูดคุยถึงความเข้าใจและปัญหาที่เกิดขึ้นในการฝึก</p> <p>8.2 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและเกิดพฤติกรรมการดื่ม แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>8.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำการปรับแก้ปัญหาร่วมกัน เมื่อความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความจริง</p>		

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	<p>8.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม เพื่อฝึกการประเมิน พิสูจน์และปรับเปลี่ยนในครั้งต่อไป</p> <p>8.5 ประเมินผลการบำบัดในแต่ละครั้ง</p> <p>*ทำเช่นเดียวกันในครั้งที่ 8-13 เพื่อให้เกิดทักษะ โดยให้ผู้ป่วยฝึก โดยการช่วยเหลือของครอบครัว</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ติดสุราและครอบครัวค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและเกิดพฤติกรรมการดื่มได้</li> <li>2) ผู้ติดสุราและครอบครัวประเมินและปรับเปลี่ยนความคิดได้</li> </ol>		
	<p><b>ครั้งที่ 14</b> เพื่อสรุป ทบทวน และหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ</p> <p>14.1 ตรวจสอบความคิดที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม และเกิดพฤติกรรม การดื่ม บันทึกการตอบสนองต่อความคิดดังกล่าว</p> <p>14.2 ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุป ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา</p> <p>14.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ</p> <p>14.4 ให้ผู้ป่วยประเมิน Audit Time line</p> <p>14.5 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวหาคติประจำใจเพื่อให้ผู้ติดสุราไว้ใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>14.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินการบำบัดทั้งหมดและเปิดให้ซักถามข้อสงสัยที่อาจจะยังคงมีอยู่</p> <p>14.7 ผู้บำบัดกล่าวให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณเพื่อปิดโปรแกรม</p> <p><b>ประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยและครอบครัวสรุปทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาได้</li> <li>2) ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้</li> <li>3) ผู้ป่วยมีคติประจำใจในการลดพฤติกรรมการดื่มได้</li> </ol>		
	<p><b>การประเมินผลหลังการทำกิจกรรม</b> พบว่าผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิด ความเชื่อที่สนับสนุนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา สถานการณ์ที่ต้องเผชิญอย่างเหมาะสม และครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วย ในการค้นหาและจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบให้คำแนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนั้นถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT จะสิ้นสุดลง ครอบครัว ซึ่งได้รับการฝึกในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมยังคงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้</p>		

ประเด็นการศึกษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
5. การประเมินผล	<p>การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน จากผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการสอบถามญาติพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>การติดตามในเดือน ที่ 6 พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือนหลังบำบัดรักษา</p>	<p>การติดตามผลหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงในระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในเดือนที่ 3 พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>การติดตาม ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พบว่าไม่มีการดื่มสุรา</p> <p>การติดตามในเดือน ที่ 6 พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือนหลังบำบัดรักษา</p>	<p>ผลการประเมินในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่พบว่าความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน รวมทั้งไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และลดการดื่มสุราได้ แสดงถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมในโปรแกรมบำบัดสุรา</p> <p>อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังต้องการการติดตามประเมินในระยะยาวถึง 1 ปี เพราะปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยยังคงอยู่ ได้แก่ ในผู้ป่วยรายที่ 1 คือ การไม่มีงานทำที่แน่นอนต้องรับจ้างรายวัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับมารดาบ้าง ปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำได้โดยทฤษฎีโรคที่สนับสนุนอธิบายว่า<sup>(1,2)</sup> ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกำเริบใน 1 ปีหลังการติดตาม โดยเฉพาะในกลุ่มอาการหลงเหลือ ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี จึงมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ</p>

## วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะปัจจุบันสภาพสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายและรุนแรงมากขึ้น อาการแสดงของโรคซึมเศร้าครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบคือ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการแสดงออกทางกาย ดังที่ปรากฏในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคซึมเศร้าโดยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง โดยเฉพาะในรายที่ 2 มีเหตุการณ์ทำร้ายตนเองด้วย การบำบัดรักษาจึงเป็นการรักษาด้วยยาควบคู่

กับจิตบำบัด นอกจากนั้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา จากพื้นฐานความเชื่อว่าการใช้สุราจะช่วยบรรเทาความเครียด ผลจากการติดสุราอาจทำให้รบกวนการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นในแผนการรักษาจึงนำการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบครวัเป็นฐาน (F-CBT) มาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสุรา แผนการพยาบาลมีจุดเด่นที่การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ไม่มีการฆ่าตัวตาย และสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือน ซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลนำบทบาทตนเองมาใช้อย่างครบถ้วนทั้งด้านการบำบัดด้วยยาทางจิตเวช การบำบัดทางจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต และการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ สอดคล้องกับแนวคิดบทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันระดับตติยภูมิ<sup>(10)</sup> ที่อธิบายว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความซับซ้อนคือ การมุ่งเน้นกิจกรรมลดภาวะแทรกซ้อนที่มีความยุ่งยากหรือความรุนแรง ให้บุคคลสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมด้วยตนเองได้อย่างปกติสุข ซึ่งผลลัพธ์จากการพยาบาลที่พบว่านอกจากผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคซึมเศร้าและภาวะติดสุราแล้ว ยังเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีตัวตน มีคุณค่า พุดถึงตัวเองด้วยความพอใจ โดยกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ มีความเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง บอกว่าหยุดดื่มสุราแล้วมีแรงทำงานช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้ ไม่เป็นภาระกับคนอื่น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ การที่จะคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยให้เข้าใจตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ทัศนคติในตนเอง และไม่มีความคิดลบที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา อีกทั้งเป็นการป้องกันโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำนั้น ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางพัฒนาและยอมรับตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยกำหนดแผนระยะยาวให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำหน้าที่และดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล

### สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอารมณ์แสดงออกในลักษณะเศร้าหมอง เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ และหากมีอาการรุนแรงจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราเพื่อหวังให้ช่วยบรรเทาอาการจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะติดสุราในโรคซึมเศร้านอกจากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมตามมาด้วย จึงจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นำความรู้ทฤษฎีโรคซึมเศร้าที่มุ่งการบำบัดรักษาด้วยยาและการนำแนวคิดการทำจิต

บำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบครัวเป็นฐาน (F-CBT) มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสุรา ผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการของความรุนแรงโรคซึมเศร้าวลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ มีความเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนในด้านภาวะติดสุราพบว่า ผู้ป่วยมีแนวทางที่จะควบคุมพฤติกรรม การดื่มสุราอย่างชัดเจนและสามารถลดการดื่มสุราได้จากการติดตามในระยะ 6 เดือนหลังการบำบัดรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกสุราได้ โดยดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ รายงานผู้ป่วยนี้จึงนำเสนอผลสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุราและนำไปสู่การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามานธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลรามานธิบัติ; 2560.
2. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2558.
3. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุศลพรรณ, พรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้าพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร 2561;45(4):144-158.
4. รินทราย อรุณรัตน์พงศ์, ขวัญนท์ ชาญศิลป์. ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(1):27-34.
5. อัญชลี ฉัตรแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2565;37(1):100-113.
6. โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช. รายงานประจำปี. 2564.
7. สายฝน เอกวางกุล. สัมพันธภาพและการ



- สื่อสารเพื่อการบำบัด. ใน สายฝน เอกวารางกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา; 2559.
8. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม. เอกสารการอบรมการพัฒนาสมรรถนะ : ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย CBT ON FAMILY BASE วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2562. เชียงใหม่: มปท.; 2562. (เอกสารอัดสำเนา).
  9. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, ณัฏฐพิทยรัตน์เสถียร, เซาวณี ล่องชุมผล. โปรแกรมกปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานเพื่อบำบัดผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: มปท.; 2563.
  10. ภรภัทร สิมะวงศ์, และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;37(1):1-18.
  11. โรงพยาบาลสวนปรุง. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. [สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม 2563]. สืบค้นได้จาก [www.suanprung.go.th](http://www.suanprung.go.th)>func\_c
  12. อรัญญา แพ้จ้อย, พิทักษ์ สุริยะใจ, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, เสาวลักษณ์ ใจฟอง. รายงานวิจัยสถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. เชียงใหม่: กรมการแพทย์; 2558.
  13. อุ๋นจิตร คุณารักษ์. ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวารางกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา; 2559.