

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิสระ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยชาย ที่มีอาการทางจิต จากการซักประวัติพบว่าการเสพติดสุราก่อนมี อาการทางจิตและมีภาวะซึมเศร้า ได้รับความรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยชาย ที่มีอาการทางจิต จากการซักประวัติพบว่าการเสพติดสุราก่อนมีอาการทางจิตและมีภาวะซึมเศร้า ได้รับความรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ อายุระหว่าง 19 - 59 ปี ใช้แบบประเมิน AUDIT (มีคะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1967) (มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน การมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย มีการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว การควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยระดับประคองสนับสนุน ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้ พุคคุยหักทหายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้ โดยเริ่มต้นเอง ใ้วางใจพยาบาล ฟังและโต้ตอบได้ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองได้ ไม่หลงตน (narcissistic) และไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และเต็มใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

สมมุติฐานในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะมีภาวะซึมเศร่าลดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์ตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ ยาลอม (Yalom, 1995) มาปรับให้เหมาะสมกับการศึกษา กำหนดโครงสร้างวัตถุประสงค์ และมีขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมเป็น 3 ระยะและ 6 กิจกรรม ได้แก่

ระยะเริ่มกลุ่ม	กิจกรรมที่ 1. สร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม
ระยะการทำงานร่วมกันในกลุ่ม	กิจกรรมที่ 2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา กิจกรรมที่ 3. การรู้จักและเข้าใจในตนเอง กิจกรรมที่ 4. การเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 5. การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง
ระยะยุติกลุ่ม	กิจกรรมที่ 6. พัฒนาเป้าหมายและควมมีคุณค่าในชีวิต

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นเครื่องมือใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มสุรา ตั้งแต่ มีความเสี่ยงต่ำ นักดื่มที่เสี่ยง และมีความเสี่ยงสูงหรือเสพติด ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ของการดื่ม อาการของการติดสุรา ระดับคะแนน 0-7 หมายถึงภาวะการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ 8-12 หมายถึง ภาวะการดื่มแบบนักดื่มที่เสี่ยง และ 13-40 หมายถึงภาวะการดื่มแบบความเสี่ยงสูงหรือเสพติด การทดสอบคุณสมบัติของ AUDIT พบว่าที่จุดตัด 8 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัย การดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ เท่ากับ 96 % และ 98 % ส่วนในการดื่มแบบนักดื่มที่เสี่ยงเท่ากับ 87 % และ 81 % ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์คะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าเป็นผู้เสพติดสุรา ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.71

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 11 ข้อคำถาม (รายละเอียดในภาคผนวก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ซึ่ง อุบล กิ่งแก้ว (2547) ได้นำไปประเมินกับกลุ่มผู้เสพติดสุรา เรือร้างจำนวน 10 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

นี้จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.74

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (Self Esteem Inventory) ของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ซึ่งเป็นแบบวัดสำหรับผู้ใหญ่ได้รับการแปลและดัดแปลงโดย นาดชา วงศ์หลิภักย์ (2532) ผู้ศึกษานำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง(Reliability) เท่ากับ 0.70

การดำเนินการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ เตรียมการในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ ขอความร่วมมือจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินโครงการ จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง แจกวัสดุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงรายละเอียดรูปแบบการในแต่ละกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาอิสระ อธิบายขั้นตอนในการดำเนินโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการมาเข้าร่วมโครงการ

2. ขั้นดำเนินการ ผู้ศึกษาดำเนินโครงการโดยใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ศึกษาคือผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้ศึกษาคือผู้ช่วยนำกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน (รวมผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยนำกลุ่ม) กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม กลุ่ม 1 ตั้งแต่วันที่ 5, 7, 9, 12, 14, 16 กันยายน 2548 (วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์) ห้องกิจกรรมกลุ่มของหอผู้ป่วยรสตถุคุณธ์ กลุ่ม 2 ตั้งแต่วันที่ 6, 8, 10, 13, 15, 17 กันยายน 2548 (วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์) กิจกรรมกลุ่มของหอผู้ป่วยพยัคฆ์หมอกช่วงเวลา 17.00-18.00 น. อาคาร 111 ปี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีผู้ช่วยผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินแบบประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

3. ขั้นสรุปการดำเนินโครงการ ผู้ช่วยผู้ดำเนินโครงการให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภายหลังเสร็จสิ้น โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มมาคำนวณสถิติดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับคะแนนประเมิน ความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ก่อนและหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ก่อนและหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง โดยการทดสอบค่า t (t -test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาระดับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนในผู้ป่วยโรคจิตที่ติดสุราเรื้อรัง

คะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หลังจากเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.75 (S.D. = 9.63) มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าภาวะซึมเศร้าลดลงความสำนึกในคุณค่าแห่งตนจะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มเดือน เนตรแหม (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

2. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มากที่สุด การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของเอ็มเดือน เนตรแหม (2542) ที่พบว่า ผู้เสพติดสุราเรื้อรังมีอายุระหว่าง 41–50 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงอายุอยู่ในวัยทำงาน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยปัจจุบันคนเริ่มทำงานตั้งแต่อายุ 20 – 29 ปีขึ้นไป ซึ่งแตกต่างจากในอดีต ผู้ทำงานต้องมีความรับผิดชอบสูง ทั้งในเรื่องหน้าที่การทำงานและครอบครัว รวมทั้งเป็นช่วงอายุที่ต้องผ่านประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น บทบาททางสังคม การงาน ที่สำคัญ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดอารมณ์หวั่นไหวมาก มีความเครียด วิตกกังวล เศร้าและเบื่อหน่ายในชีวิต อาจมีการใช้สุราหรือสารเสพติดได้ (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535)

ในเรื่องของการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 สถานภาพ โสด คิดเป็นร้อยละ 75 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542 ที่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สถานภาพโสดอยู่ในระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป การดำเนินชีวิตของผู้ติดสุรานี้ หากดำเนินไปในลักษณะที่เป็นปัญหา ก่อให้เกิดความเครียด อยากฆ่าตัวตาย และคนที่มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ($p < 0.05$)

การศึกษาประวัติการเสพติดสุราของบิดามารดาหรือการอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยที่ดื่มสุราจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีภาวะซึมเศร้านี้ส่วนใหญ่มีประวัติเสพติดสุราของบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 80 และการอยู่อาศัยร่วมกับผู้ที่ติดสุรา คิดเป็นร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้เสพติดสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จะพบว่า มีประวัติบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา ร้อยละ 73 (Woodruff, Guze, Clayton & Carr, 1973 อ้างใน เอี่ยมเดือน เนตรแหมม, 2545)

กลุ่มตัวอย่างเห็นบิดาหรือมารดาดื่มสุรามาดังแต่ด้วยเด็ก และเห็นเป็นเรื่องปกติ อีกทั้งบิดาและมารดาที่ไม่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม เมื่อเติบโตขึ้นตนเองจึงดื่มสุราตามแบบอย่างของบิดามารดา หรือคนในบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมด้วย (เอี่ยมเดือน เนตรแหมม, 2545)

การศึกษารายได้และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดื่มสุรา จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 -3,00 และ 3,001-6,000 บาท ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ขั้นต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ, 2542 ที่ศึกษาเรื่องความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราและเอี่ยมเดือน เนตรแหมม, 2545 ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ส่วนในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดื่มสุราอยู่ในช่วง 1,001-2,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานุพงษ์ จิตสมบัติ, 2535 กลุ่มงานที่มีเศรษฐฐานะต่ำ มักดื่มสุราในลักษณะดื่มปริมาณมาก แต่การศึกษาของ Wiggins ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าสภาพเศรษฐฐานะไม่มีผลต่อการเสพสุราในกลุ่มดังกล่าว

จำนวนของการนับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการในช่วง 1-5 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมเดือน เนตรแหมม, 2545 ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่าจำนวนครั้งของการมารับการรักษา จะมารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง โดยเมื่ออยู่ระหว่างการรักษาก็สามารถจะเลิกดื่มสุราได้ แต่เมื่อกลับบ้านไปอยู่สังคมเดิม ๆ เจอเพื่อนที่เคยดื่มสุรด้วยกันหรือเจอปัญหาที่จัดการไม่ได้ จะหันไปดื่มสุราซ้ำ อีกทั้งทั้งการมารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ถูกล้อเลียนหรือถูกมองว่าเป็นคนเสียสติ คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่

อาจเกิดการไม่ยอมรับ ทำให้เกิดความน้อยใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงหาทางระบายออกด้วยการดื่มสุรา เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้ตนเองลืมปัญหาต่าง ๆ และความไม่สบายใจลงได้ และยังพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้กลับไปดื่มสุราอีกคือ การมีอารมณ์ในทางลบ (Negative emotional stages) ความขัดแย้งในตนเอง (interpersonal conflict) และความกดดันทางสังคม (social pressure)

3. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังใช้โปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

จากการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราลดต่ำลง ดังเห็นได้จากผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อน และหลังการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\bar{X} = 27.65, 14.80$ ตามลำดับ $t = 9.49$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี เนื่องจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิดจากการปรับตัวผิดปกติ และมีอารมณ์ผิดปกติ โดยมีการกระตุ้นในรูปแบบความคิดหลัก 3 ประการ คือ 1. รูปแบบการแปรประสพการณ์แบบลบ ผู้ที่มีความเศร้าจะมีการแปรปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ การเห็นชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่เจ็บปวด ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าในตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสพการณ์ที่ตนเองเคยประสพมาจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 2. รูปแบบการมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีความเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ส่งผลต่อไปให้มีความบกพร่องในด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านี้จะมองว่าตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งจะมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดของตนเองทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา 3. รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีความเศร้าจะทำนายว่าความลำบากในปัจจุบันหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีความยากลำบาก ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใน (มณวิภา สารินทร์, 2538 ; Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เป็นภาวะความเศร้าแบบปิดบัง (Masked depression) ซึ่งจะสังเกตหรือรู้ได้ยากพวกเขาจะพยายามปฏิเสธหรือหนีจากความเศร้านั้น โดยพฤติกรรมที่ขบขันไม่ได้ในเรื่องการใช้เหล้า และชอบการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและอุบัติเหตุ(ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่จัดขึ้นพบว่าในระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ (initiating phase) ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธ์ภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเองแจ้งกฎกติกา วัตถุประสงค์วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่

ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ได้แก่ สมาชิกกลุ่มมีท่าทีลังเล ความสงสัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษา มีการยึดผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องมีการกระตุ้นสมาชิกให้แสดงความคิดเห็น หรือร่วมกันตอบคำถามภายในกลุ่ม เชื่อมโยงให้สมาชิกรู้ถึงแนวทางในการดำเนินกลุ่ม ที่สมาชิกมีการช่วยเหลือกัน ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) การให้ข้อมูล (imparting of information) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) และการรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope)

ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่มในแต่ละกลุ่ม มีการเสนอเรื่องที่ไม่สบายใจกับข้อใจ ซึ่งหัวข้อที่เสนอนั้นสัมพันธ์กับประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ออกมาเต็มที่ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนมากที่สุดจากการยกมือ จะเป็นผู้นำเสนอ สอบถามเพิ่มเติม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้คำแนะนำกันในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การประคับประคองกัน เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม อยู่ในสภาวะของการทำกลุ่ม เข้าใจกลไกทางจิตของบุคคล (defense mechanism) ช่วยกลุ่มหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้ได้ ให้กลุ่มทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ในขณะนั้นได้อย่างถูกต้องและตรงกัน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่สมาชิกอภิปรายไม่ครบหรือไม่เหมาะสม

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การให้ข้อมูล (imparting of information) การได้ระบายออก (catharsis) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of primary family group member) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors)

ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) ในระยะนี้สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยบอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อนอันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่ม และรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทาง ในการกลับไป

ดำเนินชีวิตต่อเนื่องกลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และ ความประทับใจต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดี ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การให้ข้อมูล (imparting of information) การได้ระบายออก (catharsis) การพัฒนาเทคนิค เพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors)

ผลการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ครั้งนี้ คือ การมีความเป็นสากล การผูกพันจิตใจต่อกัน และการให้ข้อมูล ปัจจัยที่พบรองลงมาเป็นอันดับที่ 2 คือ การได้ระบายออกและ การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม ปัจจัยที่พบรองลงมาเป็นอันดับที่ 3 คือ การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ปัจจัยที่พบน้อยที่สุดคือ การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์สามารถนำมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้ กลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ รวมถึงการได้รับข้อมูล ได้ ระบายความรู้สึก มีการยอมรับ มีการสนับสนุนระดับประจักษ์ซึ่งกันและกัน มีผลกระทบช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความมีคุณค่าในตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์สามารถนำมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้ ดังนั้นจึงควรมีการประยุกต์แนวทางการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ปฏิบัติที่จะเป็นผู้บำบัดควรจะเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์มาก่อน

2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาที่เป็นรูปแบบการวิจัยที่สมบูรณ์ เช่น การศึกษาที่มีทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย เพื่อสามารถวิเคราะห์และอ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้อย่างแท้จริง