

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE INTERNET-SUPPORTED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
PROGRAM ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS

Mrs. Rungarun Thowannang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพ ติดยา
โดย	นางรุ่งอรุณ ไทวันนัง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีรัตน์)

รุ่งอรุณ โทวันนัง : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา (THE EFFECT OF THE INTERNET-SUPPORTED CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล, 174 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรารายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต 2) ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรารายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับการจับคู่ด้วยระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) 3) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Thought Questionnaire) และ 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของคอนบรอกเท่ากับ .81 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรารายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรารายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677206736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: COGNITIVE BEHAVIOR / INTERNET-SUPPORTED / DEPRESSION / ALCOHOL
DEPENDENCE CLIENTS

RUNGARUN THOWANNANG: THE EFFECT OF THE INTERNET-SUPPORTED
CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL
DEPENDENCE CLIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., CO-
ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 174 pp.

This study is a quasi-experimental pretest-posttest control group desing. The objectives were to compare: 1) depression of males with alcohol dependence before and after received the internet-supported cognitive behavior therapy program, and 2) depression of males with alcohol dependence who received internet-supported cognitive behavior therapy program and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 male alcohol dependence with depression, who met the inclusion criteria, and were receiving treatment in outpatient unit, Thanyarak Khonkaen hospital. They were matched-pairs by depression score and randomly assigned to the experimental and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the internet-supported cognitive behavior therapy program developed by the researcher, whereas the control group received regular caring activities. Research instruments comprised of: 1) the Internet-supported cognitive behavior therapy program, 2) Beck Depression Inventory, 3) the Automatic Thought Questionnaire, and 4) the Personal information questionnaire. The 2nd and 3rd instrument had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .81 and .89, respectively. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

The findings of this research are as follows:

1. depression of males with alcohol dependence who received the internet-supported cognitive behavior therapy program was significantly lower than that before ($p < .05$).

2. depression of males with alcohol dependence who received the internet-supported cognitive behavior therapy program was significantly lower than those who received the regular nursing care ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมาทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอุตสาหะพยายามทำการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาและความเสียสละที่ท่านมอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านทั้ง 2 เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่ กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาล ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และ ประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกใน การติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเพื่อนนิสิตสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) รหัส 56 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ เกื้อหนุนร่วม ทุกข์สุขแบ่งปัน คอยเกื้อหนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของ บิดามารดาผู้ให้กำเนิดที่ช่วย อบรมสั่งสอนให้สติปัญญาและความมุ่งมั่น และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ช่วยเป็นแรง สนับสนุนที่สำคัญในความสำเร็จในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัย ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
ตัวแปรที่ใช้ศึกษา.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1. แนวความคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา.....	18
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	28
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	38
4. โปรแกรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต.....	48
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51

6. กรอบแนวคิดการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	57
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	64
การกำกับการทดลอง.....	97
ระยะประเมินผลการวิจัย	99
การวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
สรุปผลการวิจัย.....	118
อภิปรายผลการวิจัย	118
ข้อเสนอแนะทั่วไป	136
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	137
รายการอ้างอิง	138
ภาคผนวก.....	149
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	150
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	152
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	168
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	172

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 174



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought) (Stuart, 2005)..	42
ตารางที่ 2	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตาม คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	56
ตารางที่ 3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต.....	66
ตารางที่ 4	คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (n = 20) ..	98
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ..	103
ตารางที่ 6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ สาเหตุการดื่ม ความต้องการในการเลิกดื่ม ประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว.....	104
ตารางที่ 7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา..	106
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งการเลิกดื่มที่สำเร็จ/ไม่สำเร็จ จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บทบาทในครอบครัว การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา.....	107
ตารางที่ 9	ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายคู่	109
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (n = 20). ..	111
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	112

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนเตรียมการทดลอง.....	100



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเสพสุราเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้เสพติดสุราเพิ่มมากขึ้น ดังผลสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นและดื่มเป็นประจำ โดยร้อยละ 80 เป็นเพศชาย และมีปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้นจาก 37 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2540 เป็น 52 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2554 ถือเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 ต่อปี (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) ซึ่งสถานการณ์การดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นนี้ ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในประเทศไทยซึ่งเป็นโรคจากการดื่มสุราหรือเป็นผู้เสพติดสุรามีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสุราหรือเหล้าจัดเป็นสารเสพติดประเภทหนึ่ง คือ เมื่อดื่มบ่อยครั้งเป็นเวลานานๆ บุคคลจะไม่สามารถควบคุมการดื่มได้จึงต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นและทำให้เสพติดสุราได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยสุราในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (ชื่อเดิมคือ สถาบันธัญญารักษ์) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านบำบัดยาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษาเป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยแอมเฟตามีน โดยมีผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2556-2559 จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,388 ราย 1,245 ราย 1,226 ราย และ 1,182 ราย ตามลำดับ โดยบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 544 ราย 563 ราย 591 ราย และ 639 ราย ตามลำดับ และบำบัดแบบผู้ป่วยใน 844 ราย 682 ราย 635 ราย และ 543 ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559) สำหรับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นนั้น พบว่ามีผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษา 2557-2559 มีจำนวนผู้ป่วยนอกรายใหม่ทั้งหมด 560 ราย 334 ราย 216 ราย ตามลำดับ และบำบัดแบบผู้ป่วยใน 558 ราย 677 ราย และ 509 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2559)

การดื่มสุราก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการเนื่องจากการดื่มสุราเป็นสาเหตุการเกิดโรค มากกว่า 60 โรค (WHO, 2014) ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดื่ม รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและต่อสังคมตามมา (Lowe & Kranzler, 1999; Stern & Herman, 2004) โดยผลกระทบต่อร่างกาย คือ ก่อให้เกิดโรคทางกายต่างๆ เช่น เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) สอดคล้องกับ รายงาน

ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) พบว่าปัญหาของการเสพติดสุรา ร้อยละ 20-30 คือโรคมะเร็ง หลอดอาหาร โรคตับแข็ง และโรคลมชัก อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เนื่องจากการป่วยด้วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโรคหนึ่ง โดยผู้ที่ดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ จนเกิดภาวะพึ่งสุราหรือติดสุรา อาจเกิดอาการทางจิตจากสุราตามมาได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) สอดคล้องกับ สมภาพ เรื่องตระกูล (2553) ที่กล่าวว่า การบริโภคสุรายังเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ เนื่องจากผู้เสพติดสุรามีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) มีลักษณะที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีความยากลำบากในการคิดตัดสินใจ และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง การบริโภคสุราจึงเป็นความต้องการทางด้านจิตใจที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า ถ้าได้บริโภคสุราจะทำให้รู้สึกคลายความเครียด อารมณ์หงุดหงิด รวมถึงการนอนไม่หลับ ทำให้เพิ่มโอกาสในการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำได้อีก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบมากที่สุด chez ผู้เสพติดสุรา ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ซึ่งในต่างประเทศจะพบในอัตราที่สูงถึง ร้อยละ 70 (Gratzer et al., 2004; Preuss et al., 2002) ในขณะที่ผลการศึกษาในประเทศไทยอาจพบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น ผลการสำรวจในประชาชนทั่วไปของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ติดสุราร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้า (ปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ, 2542) ในขณะที่ผลการศึกษาของ เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) พบว่าผู้ที่เสพติดสุราเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งหากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ไม่ได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอาจจะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังผลการศึกษาของ Sher et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป 60-120 เท่า และผู้ป่วยโรคร่วมสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 40 ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัญหาความรุนแรงและการฆ่ากันตายในครอบครัวนั้น ผู้ก่อเหตุมีความเกี่ยวข้องกับการติดสุราถึงร้อยละ 87.2 (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2552) ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการคัดกรองและการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการด้านการบำบัดรักษาและลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง รวมถึงผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาได้

Beck (1967) ให้คำจำกัดความว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเป็ยเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต จนนำไปสู่การเกิดความเป็ยเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลัก 2 ประการที่ทำให้ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยสุราเป็นสารเสพติดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กด

ระบบประสาทส่วนกลาง (Depressant) ทำให้ความเข้มข้นของสารสื่อประสาทบางตัวที่ช่วยให้คนรู้สึกมีความสุข มีปริมาณลดลง ได้แก่ อะเซทิลโคลีน โดปามีน ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Delgado & Moreno, 2002) อีกทั้งพบว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการที่ผู้เสพติดสุรา มีกระบวนการคิดที่บิดเบือน คือ มีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ มองตนเองในแง่ลบ ไร้คุณค่า แปรประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินปัจจุบัน (Beck, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มเดียน เนตรแซม (2541) ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังในระดับสูง และ อุบล ก่องแก้ว (2547) พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสุราเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือนในลักษณะต่างๆ เช่น คาดว่าจะถูกลงโทษ ต่ำห็นตนเอง และรู้สึกถึงความล้มเหลวในชีวิต สำหรับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่พบว่าอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านอารมณ์ในครอบครัว ประสบการณ์ในวัยเด็ก แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราเกิดภาวะซึมเศร้า (Pomerantz & Rudolph, 2003)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับไปดื่มซ้ำสูง อีกทั้งหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (เอ็มเดียน เนตรแซม, 2541) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นการรักษาทางร่างกาย เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้าและยาต้านเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (McLoughlin et al., 2007) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมนั้นพบว่า ได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy_CBT) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดื่ม/ผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anderson, 2009) เนื่องจากช่วยลดโครงสร้างความคิดความเชื่อที่บิดเบือนหรือที่ไร้เหตุผลซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต (Longabaugh & Morgenstern, 1999) เพราะเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นแก้ไขความคิดหลักในทางลบ 3 ประการ ตามแนวคิด Beck (1967) คือ 1) การแปรประสบการณ์ในทางลบ 2) การมองตนเองในทางลบ และ 3) การมองอนาคตในทางลบ โดยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม เมื่อมีการปรับความคิดใหม่ ก็สามารถปรับอารมณ์และพฤติกรรมใหม่ได้ ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดและการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979) ด้วยเหตุนี้ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเหมาะกับการนำมาใช้

ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า (Butler et al., 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุทธิไชยา (2550) พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Beck & Alford (2009) พบว่า CBT ที่มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าต้องประกอบด้วย การบำบัด 9-12 ครั้ง ขึ้นไป เป็นเหตุให้ผู้รับการบำบัดบางส่วนหมดกำลังใจและถอนตัวก่อนการบำบัดสิ้นสุดลง (Stevens & Craske, 2002) ดังการศึกษาในประเทศอิตาลีซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดเข้ารับการบำบัดก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 สูงถึงร้อยละ 15 (Ammerman et al., 2005) ส่วนในประเทศไทย ก็พบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่นมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2552) พบว่าการบำบัดด้วย CBT ตามโปรแกรม 14 ครั้ง มีผู้ป่วยหยุดเข้ามารับการบำบัดก่อนสัปดาห์ที่ 12 สูงเกินครึ่ง คือร้อยละ 57.1 ทำให้การบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการบำบัดที่ยาวนานที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าบำบัดได้ครบตามโปรแกรม ด้วยเหตุนี้ ต่อมาจึงมีการพัฒนา CBT รูปแบบใหม่ให้กระชับขึ้นหรือมีรูปแบบซึ่งน่าสนใจมากขึ้น เช่น พ็ชราวลัย กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2557) ใช้การบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราในผู้ป่วยสุราได้ ส่วน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และคณะ (2556) ใช้การบำบัด CBT แบบหลายช่องทาง ได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่ม ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตาม และการเยี่ยมบ้าน พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง แต่การศึกษาดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของการกำกับจากตัวผู้บำบัดเป็นหลัก จึงอาจมีข้อจำกัดต่อประสิทธิผลในระยะยาวได้

จากช่องว่างของการบำบัดด้วย CBT รูปแบบต่างๆ ดังข้างต้น ปัจจุบันในต่างประเทศจึงมีการนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาประยุกต์กับ CBT เพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) อันจะส่งผลให้การบำบัดเกิดประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องและยาวนานมากขึ้น เช่น การบำบัดแบบให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองล้วนๆ ผ่านโปรแกรม Computer-based (Kay-Lambkin et al., 2014) Web-based (Louise- Farrer et al., 2012) หรือ Internet-based (Deady et al., 2014) และการบำบัดที่ใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตช่วยเสริมการบำบัดแบบพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) ซึ่งพบว่ารูปแบบการบำบัดทั้งสองแบบช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าคงอยู่ในการบำบัดครบตามโปรแกรม จนส่งผลให้ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะต่อๆ มา ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัด (Serensen et al., 2014) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีการนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมจากการบำบัดแบบกลุ่ม

จากการทบทวนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในประเทศไทย นั้น ข้อมูลการรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559 พบว่าในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการสื่อสารด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน จำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจจากผู้เข้ามาตอบแบบสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559 ด้วยความสมัครใจ ทั้งหมดจำนวน 16,661 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.3) เพศชาย (ร้อยละ 41.1) โดยช่วงอายุที่ใช้สูงสุดคืออายุระหว่าง 19-36 ปี รองลงมา อายุระหว่าง 37-51 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 36.3 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย อยู่ที่ 45.0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อวัน สำหรับประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้นั้น ได้แก่ YouTube คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ Facebook และ Line มีผู้ใช้งานคิดเป็นร้อยละ 94.8 และ 94.6 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านความถี่ในการเข้าใช้งานพบว่า Facebook เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 รองลงมา เป็น Line และ YouTube คิดเป็นร้อยละ 84.2, 82.0 และ 76.9 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์องค์การมหาชน, 2559)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าประชาชนไทยมีความนิยมนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อการสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์เพื่อบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น การศึกษาของ พงศธร เนตราคม (2544) ได้ทำการศึกษาโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือช่วยในการบำบัดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคกลัวสังคม ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเข้าสังคมได้ดี เนื่องจากการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคล้ายกับโลกที่เป็นจริง แต่มีข้อดีกว่า คือ เป็นการสนทนาที่ลดความรู้สึกถูกควบคุมเนื่องจากไม่ต้องเผชิญหน้ากัน วิธีนี้น่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่น่าไปใช้เพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ รวมถึงผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการบำบัดแบบ CBT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสุรา แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดแบบ CBT ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีทดแทนผู้บำบัดที่เป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด (Andersson, 2009) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตตามการศึกษาของ Serensen et al. (2014) ซึ่งผู้บำบัดใช้การบำบัดแบบกลุ่มในลักษณะการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) และเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองโดยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาและฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง (self-help) ผ่านการสื่อสารด้วยช่องทาง Internet ร่วมกับการกำกับและให้คำปรึกษาจากผู้บำบัด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ช่องทางเฟซบุ๊ก (face book) ซึ่งพบว่ามีการใช้บ่อยที่สุดเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ผู้ป่วยสุราชายวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18 - 49 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตทางเฟซบุ๊ก สูงสุดตั้งข้อมูลข้างต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้เสพติด

สุราที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยได้รับการบำบัดไปพร้อมๆ กับการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง ได้อย่างเหมาะสม จนสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้เสพติดสุรา พบอัตราที่สูงร้อยละ 70 ในต่างประเทศ (Gratzer et al., 2004; Preuss et al., 2002) และร้อยละ 48.6 ในประเทศไทย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) โดยมีสาเหตุหลักมาจากการมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน หรือมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ มองตนเองในแง่ลบ ไร้คุณค่า แปรประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินปัจจุบัน (Beck, 1979) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy_CBT) ซึ่งมีการใช้อินเทอร์เน็ตร่วมด้วย (Internet _CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราได้ในระยะยาว (Anderson, 2009) เพราะช่วยลดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน (Longabaugh & Morgenstern, 1999) อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-help) เนื่องจากการสื่อสารการบำบัดทางอินเทอร์เน็ตเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคล้ายกับโลกที่เป็นจริง จึงมีข้อดี คือ เป็นการบำบัดที่ลดความรู้สึกถูกควบคุมเนื่องจากไม่ต้องเผชิญหน้ากันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด แต่ผู้รับการบำบัดจะถูก

กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้การเผชิญปัญหาจากสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริงที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ศักยภาพที่มีในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจนก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยผู้บำบัดใช้อินเทอร์เน็ตในช่องทางเฟซบุ๊ก เพื่อการสนับสนุน กำกับติดตามและให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้แต่ละกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแบบการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) ในแต่ละครั้ง และฝึกทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้นจริง และสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดเป็นรายบุคคลได้ทางกล่องข้อความของเฟซบุ๊กขณะที่ประสบปัญหาได้ทันที เพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้บำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Serensen et al. (2014) ซึ่งใช้การบำบัดตามแนวคิด CBT ของ Beck (1979)

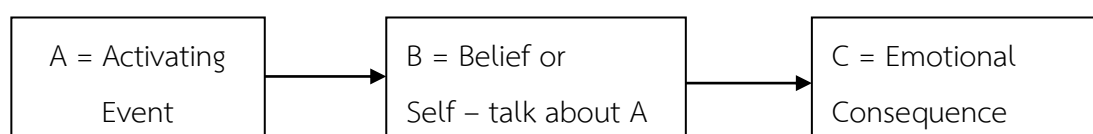
โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่มด้วยการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้าน ทางเฟซบุ๊กเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้ของครั้งนั้นๆ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้การสื่อสารทาง Internet ผ่านสื่อเฟซบุ๊ก (face book) ในการโพสต์เนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยควรทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมในแต่ละครั้ง พร้อมโจทย์คำถามซึ่งเป็นการบ้านให้ผู้ป่วยได้ตอบกลับมายังผู้บำบัดภายใน 4 วันหลังการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งก่อนตอบคำถามผู้ป่วยสามารถเข้าไปศึกษาเนื้อหาที่มีการโพสต์ไว้ด้วยตนเองจนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ซึ่งการส่งเนื้อหาเพื่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้านนี้ จะดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง หลังการบำบัดแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1 - 5 นอกจากเนื้อหาเพื่อการทบทวนและฝึกเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยยังใช้การสื่อสารผ่านทางเฟซบุ๊กเพื่อมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ศึกษาเนื้อหาของการบำบัดล่วงหน้าก่อนมารับการบำบัดแบบกลุ่ม ในครั้งต่อไปด้วย สำหรับผู้รับการบำบัดรายที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนระหว่างดำเนินการศึกษา สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับการบำบัดได้โดยตรงเป็นรายบุคคล โดยมีการกำหนดช่วงเวลาสนทนาผ่านทางเฟซบุ๊ก ในช่วงเวลา 18.00 - 20.00 น. ของทุกวัน

โดยมีรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกลุ่มด้วยพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) ร่วมกับการใช้อินเทอร์เน็ตช่องทางเฟซบุ๊กเสริม เพื่อสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองได้ตลอดเวลาหลังการบำบัดแต่ละครั้ง โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการและขั้นตอนของการเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ ซึ่งในกิจกรรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมภาพเล่าเรื่องราวของฉันทน์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเองพร้อมทั้งทบทวนพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมาซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เนื่องจากการที่ผู้เสพติดสุรารับรู้ถึงความรุนแรงจากการดื่มสุราจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุรามีการปฏิบัติตนเองเพื่อลดการดื่มสุราลดลง (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา และผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์โดยมีหลักการพื้นฐานตามทฤษฎีของ Beck (1979) ว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์ แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนตามกระบวนการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งการประเมินความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Assessment) (Stuart, 1998; Stuart, 2005) ในกระบวนการบำบัดแบบ CBT จะให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์และประเมินการพฤติกรรมของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ความคิดและความรู้สึกในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการฝึกทักษะการค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้เสพติดสุราด้วยการวิเคราะห์ ABC Model ดังนี้

ABC Model (Lewinsohn et al., 1978; Beck, 1995; Wright & Beck, 1995)



A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief) C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences) ซึ่งการใช้ให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้เสพติดสุราที่มีความรู้และเกิดทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์หรือความคิดที่บิดเบือนซึ่งส่งผลให้มีอารมณ์แย่ง โดยการฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ จากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตจริงด้วยการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองผ่านแบบฝึกหัดที่โพสต์ไว้บนเฟซบุ๊ก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดทักษะในการวิเคราะห์หาสาเหตุว่ามีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา

ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยเทคนิคของกระบวนการปรับความคิดใหม่ที่ส่งผลต่ออารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น โดยใช้ให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ซึมเศร้า ในการบำบัดตามกิจกรรมครั้งนี้ผู้บำบัดจะช่วยผู้เสพติดสุราพิจารณาความคิดของตัวเอง และแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ทั้งนี้ต้องเริ่มจากการให้ผู้ป่วยเสพติดสุราได้ทบทวนว่าตนมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Grant et al., 2004; Wright, et al, 2009) อย่างไรบ้าง (ดังทักษะที่ได้พัฒนาจากการบำบัดในครั้งที่ 2) จากนั้นเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะจากสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเกิดในการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด ด้วยการจัดการความคิดบิดเบือน 3 ประการ ได้แก่ ความคิดด้านลบต่อตนเองในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (mechanism of change) ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาให้ผู้เสพติดสุราสามารถใช้ทักษะการปรับโครงสร้างความคิด ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการประเมินระดับความจริง หรือตรวจสอบความเป็นจริงในความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือพฤติกรรม ตลอดจนปฏิบัติการทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์อันนำไปสู่ความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามค้นพบความคิดใหม่ๆ ด้วยตัวของเขาเองมากกว่าที่จะค้นพบความคิดใหม่ๆ อันเนื่องมาจากการเชื่อตามคำบอกเล่าของผู้บำบัดหรือผู้ที่อยู่รอบตัวเขา (Cognitive restructuring) (Joyce, 1996; Stuart, 2005)

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมซึ่งใช้จัดการความคิดที่บิดเบือน ได้แก่ ความคิดด้านลบต่อตนเองในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยในการเรียนรู้จะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดกิจกรรม จะช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามค้นพบเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่จะมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ การมอบหมายงานเพื่อช่วยให้บุคคล

ได้พัฒนาตนเองอย่างช้าๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายในที่สุด และการชักจูงพฤติกรรมใหม่จะช่วย
 ให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรม เช่น การฝึกสื่อสารกับคนอื่น ๆ ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ การฝึก
 ปฏิบัติและการสะท้อนกลับภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น (Sharon &
 Arthur, 2005) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลให้เกิด
 อารมณ์ซึมเศร้า จากนั้นให้ความรู้และฝึกเทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยลดความคิด
 บิดเบือน เช่น การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม (assertiveness) และการแสดงบทบาท
 สมมติเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อันจะ
 ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
ความเครียด เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต
 ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเพื่อลดภาวะเครียดที่ส่งผลต่อ
 อารมณ์ซึมเศร้า เนื่องจากพบว่าผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการ
 จัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดจากปัญหาต่างๆ มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการ
 ปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้สุราช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้ลืมความทุกข์
 ได้ชั่วคราว และดื่มซ้ำๆ จนติดในที่สุด (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545) ดังนั้นการให้ความรู้ในการพัฒนา
 ทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งขณะที่เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากจะ
 ช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลงแล้วยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ได้อีกด้วย นอกจากนี้
 ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราที่มีการรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง และมีความมั่นใจใน
 ความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะอารมณ์และสถานการณ์ที่เครียด มีวิธีการในการเผชิญ
 ความเครียด และเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง จนสามารถแสวงหา
 ทางออกให้กับปัญหาทางด้านอารมณ์โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ และเมื่อผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญความเครียด
 ที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดื่มแอลกอฮอล์และอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (Hester,
 2003)

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว เป็น
 กิจกรรมที่ผู้บำบัดดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตและการสร้าง
 สัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้เสพติดสุราซึ่งเป็นผู้รับการบำบัดมีความรู้และเกิดทักษะในการ
 แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาและฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยน
 ประสบการณ์พร้อมคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา รวมถึงความรู้เกี่ยวกับหลักการสร้างสัมพันธภาพ
 ภายในครอบครัว โดยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ
 ในการเรียนรู้การดำเนินชีวิตในสังคม เริ่มจากสังคมใกล้ตัว คือครอบครัว ตามบทบาทหน้าที่ของ
 ตนเอง เพื่อให้เกิดการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวไปในทิศทางที่ดี

ขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบย่อมทำให้ครอบครัวมีแบบแผนที่ชัดเจน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maina et al. (2005) การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้ ทั้งยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าลดลง

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตที่ผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดแบบกลุ่มที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมายทิศทางของการบำบัดชัดเจน มุ่งแก้ไขสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) ร่วมกับการใช้ Internet_CBT (Andersson, 2009) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-help) และสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดได้ทางกล่องข้อความของเฟซบุ๊คขณะที่ประสบปัญหาได้ทันทีเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จึงเป็นรูปแบบการบำบัดที่คาดว่าจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในประเทศไทยได้

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ประชากร คือผู้ป่วยเสพติดสุราชายอายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเสพติดสุราชาย อายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติในการคัดเข้ากลุ่ม ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก (มีคะแนน BDI 10-29 คะแนน) 3) สามารถใช้อินเทอร์เน็ตทางเพชบุ๊ค ได้ 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางทางด้านความคิดและการรับรู้ เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเองสิ่งแวดล้อมและอนาคต จนนำไปสู่การเกิดความเปราะบางด้านร่างกายและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุรา (alcohol dependence) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า(Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) มีคะแนนอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงมาก (มีคะแนน BDI 10-29 คะแนน)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต หมายถึง กระบวนการดำเนินการพยาบาลแก่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งสามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการเข้าสังคมโดยเริ่มจากครอบครัว ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่

เกิดขึ้น โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่มด้วยการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้าน ทางเฟซบุ๊กเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ากลับไปทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้ของครั้งนั้นๆ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้การสื่อสารทาง Internet ผ่านสื่อเฟซบุ๊ก (face book) ในการโพสต์เนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยควรทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมในแต่ละครั้ง พร้อมโจทย์คำถามซึ่งเป็นการบ้านให้ผู้ป่วยได้ตอบกลับมายังผู้บำบัดภายใน 4 วันหลังการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งก่อนตอบคำถามผู้ป่วยสามารถเข้าไปศึกษาเนื้อหาที่มีการโพสต์ไว้ด้วยตนเองจนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ซึ่งการส่งเนื้อหาเพื่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านนี้ จะดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง หลังการบำบัดแบบกลุ่มด้วยการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) ครั้งที่ 1 - 5 นอกจากเนื้อหาเพื่อการทบทวนและฝึกเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยยังใช้การสื่อสารผ่านทางเฟซบุ๊กเพื่อมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ศึกษาเนื้อหาของการบำบัดล่วงหน้าก่อนมารับการบำบัดแบบกลุ่ม ในครั้งต่อๆ ไปด้วย สำหรับผู้รับการบำบัดรายที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนระหว่างดำเนินการศึกษา สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับการบำบัดได้โดยตรงเป็นรายบุคคล โดยมีการกำหนดช่วงเวลาสนทนาผ่านทางเฟซบุ๊ก ในช่วงเวลา 18.00 - 20.00 น. ของทุกวัน

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า หมายถึง การดำเนินการแบบรายกลุ่มด้วยการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและระหว่างผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ายื่น ๆ ภายในกลุ่ม และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผลของความคิดที่ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** กิจกรรมในการบำบัดครั้งนี้ประกอบด้วยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำวิจัย และให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแนะนำตนเองจากกิจกรรมภาพเล่าเรื่องราวของฉันทัน พร้อมทั้งทบทวนพฤติกรรมการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมาซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนอินเทอร์เน็ต ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า จุดประกายความสนใจโดยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายพฤติกรรมการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมา ให้ความรู้ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ เพื่อให้สมาชิกภายในกลุ่มเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการเรียนรู้ ตั้งเป้าหมายของการบำบัดร่วมกัน การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก ให้ผู้ป่วยศึกษาเนื้อหาเพิ่มเติมอีก

ครั้งตามเนื้อหาการเรียนรู้คู่มือทาง Internet (face book) พร้อมบันทึกความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ ซึมเศร้าในแต่ละวันของตนและส่งการบ้านนั้นแก่ผู้บำบัดพร้อมศึกษาเนื้อหา ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนตามกระบวนการเรียนรู้ถึงสาเหตุของภาวะ ซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา การประเมินความคิดและพฤติกรรม โดยวิเคราะห์และประเมินการพฤติกรรม ของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ ABC Model โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าจากการบ้านที่ได้ฝึก จากนั้นให้ความรู้ถึงโครงสร้างของความคิด ประเภทของความคิดที่บิดเบือน และให้แต่ละคนวิเคราะห์และตระหนักถึงความคิดที่บิดเบือนที่ ตนเองมีตามรูปแบบ ABC Model และอภิปรายร่วมกันเพื่อหาวิธีการจัดการกับความคิดเหล่านั้นด้วย การปรับวิถีคิดแบบใหม่ **การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** โดยมอบหมายให้ พบทวนเนื้อหาการเรียนรู้อีกครั้งที่ 2 และส่งการบ้านเกี่ยวกับการฝึกบันทึกความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้น พร้อมวิธีการแก้ไขผ่านทาง Internet (face book) พร้อมศึกษาเนื้อหากิจกรรม ครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด หมายถึง การ ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยเทคนิคของกระบวนการปรับความคิด ใหม่ที่ส่งผลต่ออารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น โดยชี้ให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับ ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking จะทำให้เกิดผลกระทบต่อ อารมณ์ซึมเศร้า ในการบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้พิจารณาความคิดของตนเอง และแก้ไขความคิดที่ ผิดพลาดไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกพบทวนว่าตนเองมีความคิดอัตโนมัติด้านลบอย่างไรบ้าง และให้ความรู้และฝึกทักษะจาก สถานการณ์ที่เป็นจริงในการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด ด้วยการจัดการความคิดบิดเบือน 3 ประการ ได้แก่ ความคิดด้านลบต่อตนเองในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้ผู้ เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง **การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** ให้ผู้ป่วย ศึกษาเนื้อหาเพิ่มเติมอีกครั้งตามเนื้อหาการเรียนรู้อีกครั้งที่ 2 โดยพบทวน เนื้อหาความรู้กิจกรรมครั้งที่ 3 แก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด ให้ทำและส่งการบ้าน ในการฝึกทักษะจากการดำเนินชีวิตประจำวันจริง พร้อมศึกษาเนื้อหากิจกรรม ครั้งที่ 4

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน หมายถึง การให้ ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมซึ่งใช้จัดการความคิดบิดเบือน ได้แก่ความคิดด้าน ลบต่อตนเองในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนด กิจกรรม การมอบหมายงาน และการชักจูงพฤติกรรมใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางพฤติกรรมที่ใช้ จัดการกับความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังให้ความรู้และการฝึกเทคนิค

ทางพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดความคิดที่บิดเบือน เช่น การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม และการแสดงบทบาทสมมติ โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิด บิดเบือนที่พบและวิธีการแก้ไขจากการบ้านที่ได้ฝึก ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทาง พฤติกรรมซึ่งใช้จัดการความคิดบิดเบือน ได้แก่ความคิดด้านลบต่อตนเองในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดกิจกรรม การมอบหมายงาน และการซักซ้อม พฤติกรรมใหม่ จากนั้นให้เรียนรู้และฝึกเทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยลดความคิด บิดเบือน เช่น การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม (assertiveness) และการแสดงบทบาท สมมติเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน **การ เรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** ให้ผู้ป่วยศึกษาเนื้อหาเพิ่มเติมอีกครั้งตามเนื้อหาการ เรียนรู้คู่มือทาง Internet (face book) โดยศึกษาบทวนเนื้อหาความรู้กิจกรรมครั้งที่ 4 ให้ทำและ ส่งการบ้านในการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน พร้อมศึกษา เนื้อหากิจกรรม ครั้งที่ 5

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด หมายถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ส่งผลต่ออารมณ์ ซึมเศร้าและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเพื่อลดภาวะเครียดที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า โดย ดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกทักษะการสื่อสารที่ เหมาะสมและการสร้างความภาคภูมิใจในเหตุการณ์จริง ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการเผชิญ ความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งขณะที่เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงเทคนิคผ่อนคลาย ความเครียดแบบต่างๆ **การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** มอบหมายศึกษาเนื้อหา การเรียนรู้ผ่านทาง Internet (face book) เพิ่มเติมให้ทำและส่งการบ้านในการฝึกทักษะการประเมิน เหตุการณ์เครียดในชีวิตและการผ่อนคลาย พร้อมศึกษาเนื้อหา กิจกรรม ครั้งที่ 6

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว หมายถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตและการสร้างสัมพันธภาพ ภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเรียนรู้การดำเนินชีวิตในสังคมโดยเริ่มจากสังคมใกล้ ตัว คือครอบครัว โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึก ทักษะจากการบ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการแก้ไขปัญหาและฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยน ประสบการณ์พร้อมคำแนะนำในการแก้ไข รวมไปถึงความรู้เกี่ยวกับหลักการสร้างสัมพันธภาพภายใน ครอบครัว ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกในภาพรวมทั้งหมดโดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากเฟซบุ๊ก ของตนเองเพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงและให้สมาชิกแต่ละคนวางเป้าหมายพร้อม แผนการดำเนินชีวิตของตน ผู้บำบัดให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กล่าวสรุปและยุติสัมพันธภาพ

ผู้เสพติดสุรา หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งแพทย์วินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา F10.2 (alcohol dependence) และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึงการพยาบาลที่ผู้เสพติดสุราได้รับขณะเข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจำนวน 6 ครั้ง กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติดจำนวน 4 ครั้ง การให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว 6 ครั้ง หรือการได้รับคำปรึกษารายบุคคลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในการดูแลตนเองให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา
 - 1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา
 - 1.2 การวินิจฉัยการติดสุรา
 - 1.3 ปัจจัยของการเสพติดสุรา
 - 1.4 ผลกระทบของการเสพติดสุรา
 - 1.5 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสุรา
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา
 - 1.7 การบำบัดผู้เสพติดสุราแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3 เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.4 รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.5 การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา

1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา (alcohol dependence) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของโรคติดสุรา ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO,2014) ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ เป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของการความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น และไม่สามารถควบคุมการดื่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiation Association, 2005) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะของการติดสุราด้านร่างกายที่ต้องมีการเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุรา หรือมีอาการและอาการแสดงของการขาดสุราภายใน 24 - 72 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่มได้แก่อาการทนต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) อาการขาดสุรา (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการทางด้านร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราเกิดขึ้นอย่างชัดเจนก็ตาม

ธรณินทร์ กองสุข (2547) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ การดื่มสุราจนติด ซึ่งการติดสุราจะไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคสุราแบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้สุราได้ มีความรู้สึกอยากดื่มรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดสุราในบางราย และยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

พิชัย แสงชาญชัย (2548) กล่าวว่าโรคติดสุราก็เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ จนทำให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงสุราหรือติดสุราและอาจจะมีอาการโรคจิตจากสุราได้

พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ให้ความหมายของโรคติดสุรา หมายถึง การดื่มสุราในปริมาณมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม มีอาการขาดสุรา หากหยุดดื่ม ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้จนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

จากความหมายของโรคติดสุราดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า โรคติดสุราเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้โดยจะมีปริมาณการดื่มที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์การดื่มเท่า ๆ เดิม เมื่อลดหรือหยุดดื่มจะมีอาการทางกายหรือการขาดสุราเกิดขึ้น และยังคงดื่มต่อเนื่องแม้จะรู้ว่าผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนเอง ก่อให้เกิดความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก หากสามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดสุราจะเกิดผลดีในเรื่องการวางแผนบำบัดรักษาต่อไป

1.2 การวินิจฉัยการเสพติดสุรา

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสุราในปัจจุบันสำหรับประเทศไทยนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และใช้การวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) (American Psychiatric Association, 2005) อธิบายได้ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) อธิบายอาการและอาการแสดงของโรคเสพติดสุราว่าเป็นโรคที่เกิดจากบุคคลมีรูปแบบของการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกายและเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งจะแสดงออก 3 อาการหรืออาจมากกว่าในช่วงเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา (มาโนชน์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2550) ได้แก่

1. มีอาการดื้อยา ซึ่งจะต้องมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการดื่มเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก เพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ
 - 1.2 ฤทธิ์จากการดื่มลดลงหากดื่มในปริมาณเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา ซึ่งจะต้องมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการถอนพิษสุรา
 - 2.2 การดื่มสุราหรือสารที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงสามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมากหรือใช้เวลาในการดื่มมานานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม การฟื้นจากอาการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจอื่น ๆ เนื่องจากการดื่มสุรา
7. ยังคงดื่มอยู่แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้นหรือกำเริบขึ้น เช่น การดื่มสุราอยู่แม้จะทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่งลง

การวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

- F 10.0 Acute Intoxication ภาวะพิษสุราเฉียบพลัน
- F 10.1 Harmful Use การใช้สุราอย่างอันตราย
- F 10.2 Dependence Syndrome กลุ่มอาการติดสุรา
- F 10.3 Alcohol withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา
- F 10.4 Alcohol withdrawal with delirium ภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง
- F 10.5 Alcohol- induced psychotic disorder โรคจิตจากสุรา
- F 10.6 Alcohol- reduced persisting amnesic disorder อาการหลงลืมจากการสุรา
- F 10.7 Alcohol- induced residual and late- onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง
- F 10.8 Alcohol-induced mood disorder function กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ
- F 10.9 Alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นที่ไม่ได้ระบุจำแนกไว้ชนิดใดชนิดหนึ่งดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น

สำหรับการศึกษาคำวินิจฉัยครั้งนี้ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) (American Psychiatric Association, 2005) และมีการบันทึกตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) รหัส F 10.2 (APA, 2005) โดยมีอาการสำคัญ 3 อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นในเวลาใดก็ตาม ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่

- 1) มีความต้องการอยากดื่มสุรามามาก หรือต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำๆ
- 2) มีการควบคุมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งในปริมาณการดื่ม การหยุดดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากดื่มตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มสุรา แต่ทำไม่สำเร็จ
- 3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดสุรา หรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือหากดื่มสุรา หรือสารใกล้เคียง จะช่วยบรรเทาอาการขาดสุราที่เกิดขึ้นได้
- 4) มีการทนต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น ได้แก่ ต้องการการดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ของการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม
- 5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มสุรา โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม หรือเคยสนใจ

6) ยังคงดื่มสุร่าอยู่ทั้งที่ทราบว่าจะเกิดผลกระทบต่ออันตรายจากการดื่มสุร่าเกิดขึ้น

สรุปการศึกษาในครั้งนี้ ผู้เสพติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุร่า (Alcohol dependence) F 10.2 และมีภาวะซึมเศร้าประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI I) ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 10-29 คะแนน ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น

1.3 ปัจจัยของการเสพติดสุร่า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดสุร่ามีปัจจัยที่มีผลต่อเนื้องกัน แบ่งเป็นปัจจัยหลัก ๆ 2 หมวด คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

1.3.1.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factor) จากการศึกษาของ Sadock and Sadock (2016) พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมในผู้ดื่มสุร่า ร้อยละ 50 พบว่ามีปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมด้วย โดยมีการศึกษาทั้งในฝาแฝดและบุตรบุญธรรมทางครอบครัว สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งติดสุร่า อีกคนมีโอกาสดูดด้วยถึงร้อยละ 60 บุตรบุญธรรมซึ่งบิดา มารดาแท้ ๆ ติดสุร่าและได้รับการเลี้ยงดูห่างไกลจากบิดามารดาของตน มีโอกาสติดสุร่าสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า

1.3.1.2 ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factor) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะติดสุร่า ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) กล่าวว่า ความเข้มข้นของสุร่าในเลือดขึ้นอยู่กับปริมาณสุร่าที่ดูดซึมเข้าร่างกายกับปริมาณน้ำในร่างกายในผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานจะมีน้ำในร่างกายน้อยกว่าปกติ หากดื่มสุร่าปริมาณเท่ากับคนอื่นจะมีระดับของสุร่าที่สูงกว่าได้ ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเนื่องจากมีรูปร่างอ้วนหรือมีไขมันมากจะได้ฤทธิ์ของสุร่ามากเพราะเนื้อเยื่อของไขมันมีน้ำน้อย สอดคล้องกับ สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และนันทนา ขาวล่อ (2549) กล่าวว่าอัตราการเผาผลาญสุร่า ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว โดยปกติร่างกายผู้ใหญ่จะเผาผลาญสุร่าบริสุทธิ์ได้ 10 ซีซี ต่อชั่วโมงหรือ 1 ตีมาตรฐานต่อชั่วโมง

1.3.1.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors) ด้านบุคลิกภาพ (personality factor) อธิบายว่าผู้ที่ติดสุร่ามักมีบุคลิกภาพแบบตรึงแน่น (fixation) จึงใช้การกินและการดื่มเป็นการลดความคับข้องใจ ผู้ที่ติดสุร่ามักมีบุคลิกภาพในลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง มีความกลัวอยู่ในระดับลึกซึ่งอาจมีปมด้อยของตน ดื่มเพื่อต้องการลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถเผชิญได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเมื่อเริ่มดื่มสุร่าแอลกอฮอล์จะทำให้ภาวะซึมเศร้าหายไปชั่วคราว แต่เมื่อหยุดดื่มระดับความซึมเศร้าของผู้ติดสุร่าจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังดื่มเพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ติดสุร่ามักมีความคิดด้านทำลายตนเองสูง (self destructive) ซึ่งอยู่ภายใต้จิตใจร้ายสำนึกของตน จึงดื่มสุร่าเป็นประจำจนติดทั้งที่

สามารถบอกได้ว่าโทษ พิษภัย หรือผลเสียที่มีต่อตนเองและครอบครัวเป็นอย่างไร แต่ก็ไม่สามารถหยุดดื่มได้ (Frosch cited in Keltner, 1995) ด้านจิตใจ (psychological factors) พบว่า ลักษณะการดื่มสุราของผู้ติดสุรามักเป็นการดื่มที่มีรูปแบบที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorder) มีการเพิ่มปริมาณความถี่หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางด้าน ร่างกาย พฤติกรรม ความคิด การแสดงออก บกพร่องต่อหน้าที่การทำงานและหน้าที่ทางสังคม ความรับผิดชอบบกพร่อง การตัดสินใจในการจัดการกับชีวิตลดลงหรือไม่สามารถจัดการได้ เมื่อยังมีการดื่มอย่างต่อเนื่อง และการดื่มรุนแรงขึ้นจะทำให้เกิดอาการทางจิตหรือโรคจิตจากสุราได้ (Moore & Jefferson, 2004) สอดคล้องกับ สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่าผู้เสพติดสุราเมื่อได้ดื่มสุราจะรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุข รวมทั้งไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหาทางด้านจิตใจซึ่งเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยดื่มสุราเพิ่มขึ้น

1.3.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว (Family background factors) ชีวิตความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูของครอบครัว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนเป็นโรคติดสุรา คือ การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวในวัยเด็กเมื่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ขาดความรักความอบอุ่นในวัยเด็ก ได้รับความกดดัน ความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้การที่บิดามารดาเป็นผู้ติดสุรามักเป็นต้นแบบให้ลูกติดสุราด้วย ทำให้ลูกที่เป็นวัยรุ่นจะดื่มสุราบ่อย ๆ และดื่มมากจนกลายเป็นโรคติดสุราได้ (Martin & Prithchad, อ้างใน ภาณุพงษ์ จิตสมบัติ, 2553) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and culture factors) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรามาก เนื่องจากวัฒนธรรมได้เชื่อมโยง การดื่มสุราเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยมาช้านานจนถึงเป็นประเพณีอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นงานมงคลหรืองานอวมงคลมักพบการดื่มสุรา แทบทั้งสิ้น (สุนทร ศรีโกสโย, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา พบว่า การดื่มสุราสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานหลังเลิกงาน ที่ทำงานอยู่ใกล้ร้านจำหน่ายสุรา เป็นสาเหตุของการเป็นโรคติดสุรา ร้อยละ 35

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรานั้น เกิดจากปัจจัยหลัก ๆ 2 หมวด คือปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ส่วนอีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม สภาพสิ่งแวดล้อม สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลติดสุราได้

1.4 ผลกระทบของการเสพติดสุรา

โรคติดสุราจัดเป็นโรคที่เกิดจากการดื่มอย่างต่อเนื่องและการดื่มสุราจะมีผลทำให้เกิดการติดทางใจ (psychological dependence) ที่แสดงออกในรูปของความอยาก ความเคยชิน มีพฤติกรรมแสวงหาสุรามาดื่ม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) มีผลต่อสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย 2) ผลกระทบด้านจิตใจ 3) ผลกระทบต่อครอบครัว 4) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย การดื่มสุราระยะเวลานานเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเมเร็งในช่องปากหลอดอาหารและกล่องเสียง หากดื่มสุราเป็นเวลานานมากเกินไป ทำให้เกิดโรคตับแข็งหรือตับอ่อนอักเสบ เบาหวาน และความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองบางชนิด การดื่มสุรามากเกินไปยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การตกจากที่สูง หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรจำนวน 5.2 ล้านคน ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีผลมาจากการดื่มสุรา (WHO, 2007) ด้านปัญหาสุขภาพที่พบจากการดื่มสุรา คือ โรคตับอักเสบ หรือโรคตับแข็ง อุบัติเหตุ และแผลในกระเพาะอาหาร (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) และอาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ร้อยละ 73.3 เมื่อหยุดดื่มอาจเกิดอาการขาดสุรา คือมือสั่น ตัวสั่น และประสาทหลอน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ การติดสุราทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน โดยปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด และมักพบปัญหาโรคจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (depressive disorder) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) บุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) มีอาการประสาทหลอน (alcoholic hallucination) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับตัวที่ไม่ดีก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าหรือก้าวร้าวนำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้ การทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2552) สอดคล้องกับ การศึกษาของปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ (2542) พบว่าผู้ที่ดื่มสุราแบบติดจะมีความเครียดร้อยละ 51.2 และมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 48.6

1.4.3 ผลกระทบทางด้านครอบครัว เมื่อศึกษาถึงความรุนแรงในครอบครัว พบการเกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน โดยจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว ร้อยละ 48.8 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน ร้อยละ 23.2 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร้อยละ 48.3 (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ บัณฑิตศรีไพศาล (2552) พบว่าการฆ่ากันตายในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 53.3 ผู้ก่อเหตุมีความเกี่ยวข้องกับการติดสุราถึงร้อยละ 87.2

1.4.4 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามักจะมีการดื่มที่ส่งผลเสียต่อสังคม รวมถึงปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพ การทำงาน หรืออาจขมขื่น (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) การรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรามีความจำเป็นในด้านความต้องการการรักษาพยาบาลมากกว่าคนปกติ และมักจะทำงานได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคติดสุรา (สาวตรี อัจฉรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ เรื่องตระกูล (2543) พบว่ารัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวข้องสุรารวมถึงโรคติดสุราด้วยเป็นจำนวนถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคเสพติดสุราเมื่อมีการดื่มเป็นระยะเวลานาน ผลของการดื่มจะส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบที่ได้รับจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดื่มสุราของแต่ละบุคคล ผู้ที่เป็นโรคติดสุราควรได้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงผลเสียในด้านต่าง ๆ จากการดื่มสุราของตนเพื่อปรับพฤติกรรมในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา

1.5 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสุรา

โรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อยในผู้เสพติดสุราสรุปได้ดังนี้ (Lowe & Kranzler, 1999)

1.5.1 Mood disorder/Affective disorder โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ได้แก่ depression, dysthymia, mania พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุรา โดยมีตั้งแต่ปฏิกิริยาที่เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราจนทำให้เกิดปัญหาหรือเป็น mood disorder แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรืออาการของ mood disorder เกิดจากการถอนพิษสุรา หรือเกิดจากฤทธิ์ของสุราโดยตรง จากการสำรวจของ Wang & Guebally (2004) พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 30.5 มีปัญหาการติดสุรา

1.5.2 Anxiety disorder โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ได้แก่ generalized anxiety disorders, panic disorder, phobia, obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder จากการศึกษาของ Schneider et al. (2001) พบว่าผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดสุรามีภาวะโรควิตกกังวลร่วมร้อยละ 42.3

1.5.3 Personality disorders ผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพมักพบปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย สาเหตุที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องเช่น ทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความรู้สึกกังวลและซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและปริมาณความถี่ของการดื่ม โดยถ้ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีอารมณ์ทางลบสูง (Holdcraft et. al., 1998)

1.5.4 Psychotic disorders การดื่มสุราและการเสพสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชมักมีการกล่าวถึงน้อย ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการดื่มสุราหรือสารเสพติดที่มีอาการทางจิต

1.5.5 Suicidality โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปจะพบบ่อยในผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Borderline และต่อต้านสังคม จากการศึกษาผู้ที่ติดสุราและมีปัญหาความผิดปกติทางบุคลิกภาพพร้อมด้วยพบว่าการฆ่าตัวตายมักจะพบได้บ่อยในผู้เสพติดสุราเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าปัจจัยโน้มเอียงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้เสพติดสุราคือ ความก้าวร้าวหรือแรงขับ ความรุนแรงของการติดสุรา รวมไปถึงผลกระทบทางด้านลบและความสิ้นหวัง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และเหตุการณ์ชีวิตที่ตึงเครียด จึงถือเป็นปัจจัยเร่งรัดให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Sher, 2006)

จะเห็นได้ว่า ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติทางด้านจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมที่สำคัญของผู้เสพติดสุราโดยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ผู้เสพติดสุราที่มี

ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะทำให้การบำบัดรักษาซับซ้อนมากกว่าการบำบัดรักษาเฉพาะการเสพติดสุราหรือภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545)

1.6 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา

การบำบัดดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราได้มีทางเลือกในการบำบัดรักษา มุ่งให้กำลังใจและมีการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและทักษะการปฏิเสธ (Shand et al, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้เสพติดสุรา ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (สาวิตรี อักษรณงค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1.6.1 ขั้นเตรียมการบำบัดรักษา โดยการประเมินผู้ป่วยดูความพร้อมที่จะรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการบำบัดรักษา

1.6.2 ขั้นถอนพิษสุรา มีรูปแบบการบำบัดรักษา ตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา เริ่มจากระดับเล็กน้อย มักเกิดหลังหยุดดื่ม 6-36 ชั่วโมง ในระยะนี้แนวทางการบำบัดรักษา จะมีการประเมินภาวะทางกายร่วมด้วยและมีการดูแลแบบประคับประคอง การให้กำลังใจ เน้นที่การประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีการเฝ้าระวังอันตรายจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายมีการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

1.6.3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจสังคม เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราเป็นช่วงที่ต้องฟื้นฟูด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะนี้จะรักษาการใช้ยา ร่วมกับการรักษาด้วยจิตบำบัด อาการที่มักพบหลังหยุดดื่มสุราคือ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอนไม่หลับกระวนกระวาย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไป แต่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำหรือมีอาการทางจิตตามมา (Barick & Conners, 2002) ซึ่งแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อการฟื้นฟูทางจิตใจและสังคม เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคเสพติดสุราสามารถควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราในระยะฟื้นฟูสภาพ ไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งสามารถช่วยลดอันตราย และผลกระทบจากการดื่มในผู้เสพติดสุรา สำหรับผู้เสพติดสุราที่ยังไม่ยอมรับบำบัดจะช่วยจูงใจให้เข้ารับ การบำบัดต่อไป โดยแนวทางการรักษาทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูทางจิตใจและสังคม มีรูปแบบการบำบัดตามรายละเอียดดังนี้

1.6.3.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral Therapy:CBT) และการป้องกันการเสพติซ้ำ(Relapse Prevention) เป็นวิธีการบำบัดเพื่อให้บุคคลเกิดความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการดื่มสุราที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สำคัญในชีวิต แต่ละบุคคลซึ่งได้รับการฝึกในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง (Shand et al, 2003)

นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุราโครงสร้าง การบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมาย พฤติกรรมการให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ปัญหาและมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Longabaugh & Morgenstern (1999) ศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมนั้น พบว่า ได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy_CBT) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดื่ม/ผู้ ดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดโครงสร้างความคิดความเชื่อที่บิดเบือนหรือที่ไร้ เหตุผลซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต สอดคล้องกับ Cilente (2010) พบว่าการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมนั้น ได้ผลดี ทั้งระยะสั้น และระยะยาว ครอบคลุมหลายกลุ่ม เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่

1.6.3.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing:Motivation enhancement Therapy:MI:MET) โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาเพื่อการ สร้างแรงจูงใจในผู้เสพติดสุราให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) สอดคล้อง กับสุนทรี ศรีโกไสย และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ลดปัญหาการดื่มสุราของผู้เสพติดสุราที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าการบำบัดเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจมีผลลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุราเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

1.6.3.3 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ได้แก่ การเสริมแรง ทางบวกแต่พฤติกรรมเป้าหมาย (Positive Reinforcement) การบำบัดแบบ Behavioral marital and family therapy การบำบัด Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)การให้คำปรึกษาที่เน้นกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดสุรา เพื่อเรียนรู้วิธี แก้ปัญหาที่ถูกต้อง เผชิญกับสิ่งกระตุ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกพร้อมกันกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อคลายเครียด จนไม่เกิดความอยากดื่ม ใช้ทฤษฎีแรงเสริมโดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไปที่รางวัลที่ตนต้องการ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1.6.3.4 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็น โปรแกรมการบำบัดที่ใช้ทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถให้การบำบัดรักษาที่ใช้ทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถให้ การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) หรือ case manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรค ติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยัง ผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่การรักษาด้วย

ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การปรับตัวให้ในสถานบำบัดระยะยาว หรืออาชีพะบำบัด เป็นต้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1.6.4 การดูแลรักษาหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวของตนเอง การรักษาจะเน้นในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร หรือสามารถควบคุมการดื่มให้น้อยลง ป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเสพติดสุรา อยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราจะต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วม ซึ่งภาวะโรคร่วมที่มักพบในผู้เสพติดสุรา และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการบำบัดรักษาจึงต้องมีความซับซ้อนขึ้น

1.7 การบำบัดผู้เสพติดสุราแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

การให้บริการบำบัดผู้เสพติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นสามารถให้บริการได้ใน 2 ลักษณะคือ แบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

1.7.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกแบบของการบำบัดได้แก่

- 1) ความสามารถและความตั้งใจต่อความร่วมมือในการบำบัด
- 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง
- 3) สภาพแวดล้อมทางสังคม (เกื้อหนุนหรือหลีกเลี่ยง)
- 4) ความต้องการกรอบการดูแล การสนับสนุนและการนิเทศติดตามเพื่อให้ปลอดภัยและไม่ไปใช้สุรา
- 5) ความจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดเฉพาะสำหรับปัญหาทางกายหรือจิตเวช
- 6) ความจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดเฉพาะหรือเข้มข้น
- 7) ความพอใจกับการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นพิเศษ

นอกจากนี้การเลือกโปรแกรมการบำบัดได้คำนึงถึงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพกายจากการใช้สุรา ความสามารถในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและเป้าหมายการบำบัดที่กำหนดในแผนการบำบัดของผู้เสพติดสุราร่วมด้วย สิ่งสำคัญคือ การคงอยู่ต่อเนื่องกับการบำบัด (Retention) ช่วยเพิ่มความสำเร็จของการบำบัด

1.7.2 ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- 1) มีอาการขาดสุราที่มีความรุนแรงน้อย (ระยะที่ 1 หรือ 2 ที่มี CIWA-Ar ในช่วง 8-15 คะแนน) หรือในกรณีที่มีอาการขาดสุรารุนแรงได้รับการรักษาในระยะถอนพิษยาในโรงพยาบาล เมื่อหมดระยะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยต้องการรับบริการระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกแบบผู้ป่วยนอก
- 2) สามารถรับประทานยาได้

- 3) มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลใกล้ชิดระหว่างนอนพิษสุรา (ประมาณ 3-5 วัน) และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
- 4) สามารถพบแพทย์ตามนัดได้
- 5) ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
- 6) ไม่มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วมด้วยจนอาจมีอาการขาดสารเสพติด เช่น อาการขาดยานอนหลับ
- 7) ไม่มีประวัติ DTs หรือชักมาก่อน
- 8) อายุน้อยกว่า 60 ปี

1.7.3 แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกคือ มีการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสอบสภาพจิตให้การวินิจฉัยโรค และมีการประเมินโรคทางกาย และโรคทางจิตเวช รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS ซึ่งหากพบผู้เสพติดสุรามีระดับคะแนน CIWA-Ar มากกว่า 15 คะแนน จะแนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและญาติ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น รักษาตามอาการเช่นนอนไม่หลับ วิดกกังวล การติดตามอาการจะติดตามเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และเริ่มจิตสังคมบำบัดเช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือให้เข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช หลังจากนั้นจะมีการติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว (2544) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึง หมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้า คือการที่บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์อย่างเด่นชัดโดยแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

Videbeck (2001) ให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการนอนหลับ การรับประทานอาหาร สมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป้าหมายการดำเนินชีวิต อาการจะเกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์

Beck (1967) ซึ่งให้ความหมาย เป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระ ได้แก่มีมโนทัศน์ด้านลบ ตีเดียตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงการที่บุคคลมีการเบี่ยงเบนด้านการคิดการรับรู้ นำไปสู่การเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ร่างกายและพฤติกรรม เช่นเมื่อมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต ส่งผลให้รู้สึกไร้ค่า เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีต่างๆ มากมายหลายประการโดยใช้หลักแนวคิดทฤษฎีพิจารณา แตกต่างกันออกไปโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.2.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน โดพามีน ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนพริน ลดลง การลดลงของนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มี ความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งการลดลงของซีโรโทนิน (serotonin) จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย และการควบคุมตนเองลดลง

2.2.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็น ลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งจากการศึกษาพบว่าในฝาแฝดถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ฝาแฝดอีกคนมีโอกาพบความผิดปกติร้อยละ 70 และถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่บุตรมีโอกาสป่วยร้อยละ 43 (ดวงใจ กษานติกุล, 2543)

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (Social theory) อธิบายว่าเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การเรียนรู้ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการได้แก่ 1) การมีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิตหรือภาวะยุ่งยากลำบาก หมายถึงเหตุการณ์คุกคามในชีวิตประจำวันได้แก่ ความเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นที่รัก การตกงาน 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability factors) 3) องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้า (symptom formation factors) สภาพแวดล้อมทางจิตสังคมมีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การสูญเสีย สภาวะทางเศรษฐกิจ

2.2.4 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจจะเป็นการสูญเสียในชีวิตจริงหรือเพียงสูญเสียในมโนภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รักที่พึง การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณอายุราชการ หรือการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป (สวินีย์ เกียวกิงแก้ว, 2544) ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธและมีความเชื่อว่าสาเหตุของความโศกเศร้าเกิดจาก ความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธภาพ เกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

2.2.5 ทฤษฎีสถาน (field theory) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพลังไฟฟ้าต่างจากบุคคลอื่นที่ปกติ พลังงานนี้ทำให้ต่างกัน พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีความหนาแน่นของกลีบสมองลดลง ส่วน temporal lobe และ hippo campus โดยเฉพาะด้านขวาเป็นมากกว่าด้านซ้าย การตรวจสอบสมองโดย เพท สแกน (pet scan) ขณะมีภาวะซึมเศร้าพบว่าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนลิมบิกเพิ่มขึ้น ส่วนนีโอคอร์เทคลดลง และจะเห็นตรงข้ามเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

2.2.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจเกิดจากถูกลงโทษ พ่ายแพ้ ล้มเหลว สูญเสีย ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) ทำให้ตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาชีวิตอย่างไรก็ไม่ประสบความสำเร็จทั้งสิ้นจนทำให้เกิดการรู้สึกหมดหวัง หรือสิ้นหวังจนไม่แก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากการเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยตนเองได้ และไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Davison อ้างในสวินีย์ เกียวกิงแก้ว, 2544)

สำหรับการศึกษานี้ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1979) ได้เสนอ ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) และความคิดที่ บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการที่บิดเบือนในทางลบ คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง ประสบการณ์ที่กำลังดำเนินไปและอนาคตของตนเองในทางลบ 1) การมองตนเองในทางลบ (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายด้าน

จิตใจ จริยธรรมในตนเอง มองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนาเนื่องมาจากความบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2) การมองเหตุการณ์ที่เผชิญในทางลบ (negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและถูกเรียกร้องจากสังคมรอบตัวจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด โดยมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อบุคคลต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะไปแปลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ ตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาจึงส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) การมองอนาคตในทางลบ (negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดและทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็พบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อจึงเป็นสาเหตุความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลเรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน

Beck กล่าวว่าความคิดทางด้านลบทั้งสามประการนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเกิดขึ้นเองโดยไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรองมาก่อนเรียกว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ ลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งเป็นผลจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด โดยบุคคลจะเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกในชีวิตซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างไม่สามารถควบคุมได้ และบุคคลเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้ประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง เมื่อประสบภาวะวิกฤติการประมวลเรื่องราวผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้นมา นำไปสู่การบิดเบือนข้อมูลและจะพาลำนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม (ลัดดาแสนสีหา, 2536)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวัน ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ ต่ออนาคตในทางลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม จึงขออธิบายเป็นปัจจัยของภาวะซึมเศร้านี้

2.3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีระดับโมโนแอมินออกซิเดส (monoamine oxidase) สูงกว่าเพศชาย (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; Klerman cited in Rothschild, 1999) จากการศึกษาของ Beck (1967) กล่าวว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า ($r = 0.189$) และแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2.3.2 บุคลิกภาพส่วนตัว บุคคลที่มีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีบุคลิกลักษณะ เช่น ความรู้สึกในคุณค่าตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นแบบพึ่งพาหรือยึดติด มีวุฒิภาวะไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพแบบอื่นๆ อีกเช่น การขาดทักษะในการเผชิญความเครียด และการจัดการกับความโกรธ หวาดระแวง ไวต่อความรู้สึก แยกตนเองออกจากสังคม ต่ำห็นตนเอง และบุคลิกภาพย้ำคิด (Weissman, 1989) และพบว่า บุคลิกภาพผิดปกติแบบภาวะซึมเศร้า (depressive personality disorder) มักมองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด มีปมด้อย บวกกับการมีถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก การสูญเสียในขวบปีแรกของชีวิตนั้นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2.3.3 ความเจ็บป่วย การเสพติดสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดอาหาร โรคกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคลมชัก เป็นต้น (WHO, 2003) การเสพติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gold อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งผลของการเสพติดสุราทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ก่อให้เกิดความเครียดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.3.4 การเสพติดสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดสุราเป็นระยะเวลาานาน ทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง พบว่าซีโรโตนินและนอร์อิพิเนฟรินลดลง สมองไม่ได้รับการกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Delgado & Morence, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้าของสุรานั้นทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงมีผลทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีความคิดก้าวร้าวรุนแรง เกิดความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้และในผู้เสพติดสุราเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลาานานทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาทางการเงินและการทำงาน (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ กล่าวว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตการสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและความไว้วางใจของตนเองต่อผู้อื่น จะทำให้เกิดความวิตกกังวล หมกมุ่นอยู่กับตนเองจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อ้างใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ดังนั้นการสูญเสียหน้าที่ของตนเองและบทบาททางสังคมและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยติดสุรานั้นมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ขึ้นมาได้จากที่กล่าวมาข้างต้นการเสพติดสุรานั้นอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

2.3.5 เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การที่มีรายได้น้อย ขาดที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) และจากหลายการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีปัญหาทางการเงิน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งในผู้เสพติดสุรานั้นจะมีปัญหาด้านการทำงานและมักทำงานได้น้อยและไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการเลิกจ้าง มีปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต

2.4.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะแรกๆ ที่ใช้อย่างกว้างขวางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและใช้ในงานวิจัย มีคำถาม 24 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ซึมเศร้า อาการทางกาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15 นาที แต่ความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลงเมื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้าแต่อาการซึมเศร้าในแบบประเมินนี้ยังขัดแย้งกับคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และในบางข้อคำถามที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะเหมาะสม (Burt & IsHak, 2002)

2.4.1.2 Raskin Depression Scale สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การประเมินจะครอบคลุมเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า มีคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยใช้เวลาประเมิน 5 นาที มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 ใช้ง่ายสะดวก เนื่องจากมีคำถามน้อย แต่แบบประเมินนี้เกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และการประเมินสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะซึมเศร้าบางอาการได้เท่านั้น (Burt & IsHak, 2002)

2.4.1.3 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ความเปลี่ยนแปลงในการรักษา มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ข้อดี คือ ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ซึ่งนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลายๆ กลุ่ม เช่น ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และมีข้อจำกัด คือ ให้นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมกับที่ใช้ในปัจจุบันและต้องใช้ในการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ (Burt & IsHak, 2002)

2.4.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง นิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลซ้ำได้ ประกอบด้วย

2.4.2.1 Beck Depression Inventory I (BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดยเบ็คและคณะเพื่อวัดอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่และได้ออกแบบเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะอาการเจ็บป่วยในภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดแบบ จิตวิเคราะห์ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

2.4.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นโดย Zung (2006) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ด้านความคิดและด้านร่างกาย มีคำถาม 20 ข้อ ใช้เวลา 15 ถึง 20 นาที ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 แบบประเมินนี้นิยมใช้ ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย แต่แบบประเมินจะมีความไวต่ำในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในระดับ

รุนแรง เมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่นและ ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัย และสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่อง ของความคิดฆ่าตัวตายและอาการทางจิต

2.4.2.3 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(CES-D) พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมิน อาการ เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้ในประชากรโดยทั่วไป ใช้เวลาประเมิน 5 ถึง 10 นาที มีข้อดี คือ ใช้ระยเวลาน้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อจำกัด คือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติ สำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่าย การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด และอาการทางด้านร่างกาย (Burt & IsHak, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1 (BDI-IA) แพลโดย (ลัดดา แสนสีหา, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาผู้เสพติดสุรา โดยเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ รวมทั้งผู้วิจัยศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) ดังนั้นการใช้แบบประเมิน ตามแนวคิดของเบ็คจึงมีความเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้มากที่สุด นอกจากนี้แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1 (BDI-IA) เป็นแบบประเมินที่มีความตรงและมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นที่ ยอมรับอย่างกว้างขวาง ไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม

2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และความเป็ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว่าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวังในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่ หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยทั่วไป และมักพบร่วมกับการ เสพติดสุรา จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเสพติดสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ที่เสพติดสุราอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าก็ทำให้ เสพติดสุราได้ ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด กับปัญหาทางจิตเวช (Lehman อ่างในเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545)

จากการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้า ของ Devies (1998) กล่าวว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง มีผลทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ บางครั้งมีความก้าวร้าวรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Delgado&Morence (2002) พบว่าการลดลงของซีโรโตนิน หรือ

นอร์อิพิเนพรีนทำให้สมองไม่ได้รับกระตุ้นจึงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลาเวลานานก็จะส่งผลต่อปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัว ปัญหาการเงิน และปัญหาในการทำงาน (สาวิตรี อัจฉรงค์กรชัย และสุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัวและสังคม มีความคิดด้านลบต่อตนเอง จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น จะทำให้มีความวิตกกังวล หมกมุ่นอยู่กับตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อังใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว, 2544)

นอกจากนี้ผู้เสพติดสุรายังรู้สึกไม่มีความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้เสพติดสุรา มีการกลับไปดื่มซ้ำได้สูง เนื่องจากการหยุดดื่มสุราตลอดไป หรือหยุดดื่มเป็นระยะเวลาสั้น ๆ นั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก และมักล้มเหลวในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดดื่มสุราได้ไม่นานแล้วกลับมาดื่มสุราอีก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลจากภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) จากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุลและสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2542) กล่าวว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ภาวะซึมเศร้าของการเสพติดสุรา ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 สอดคล้องกับ Lowe & Kranzler (1999) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาด้านสัมพันธภาพ การกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา การต่อต้านด้านการรักษา และที่สำคัญคือ เสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญจากการศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่ามีลักษณะรายงานคล้ายกับของต่างประเทศ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าและการเสพติดสุรา เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายที่สำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากการศึกษาของ Barick & Connors (2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้เสพติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีคือ ระดับของภาวะซึมเศร่าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุรา และลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ ถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้ผู้เสพติดสุราได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับของภาวะซึมเศร่าลดลง ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาดีขึ้น

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา จึงเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการคัดกรองและการบำบัดรักษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดค่าใช้จ่ายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมา

2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการในผู้ดื่มสุรา มักมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็น

สาเหตุมีส่วนร่วมในการเกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อร่างกายต่าง ๆ จากการตีศีรษะ ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ควรต้องประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาเพื่อให้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป ตามการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2553) สรุปได้ดังนี้

2.6.1 การซักประวัติ โดยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับประวัติการตีศีรษะ เช่น ชนิดของศีรษะ ระยะเวลาการตี ปริมาณการตี และลักษณะการตี เวลาและปริมาณที่ตีครั้งสุดท้าย อาการขาดศีรษะเมื่อหยุดตี ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการแพ้ยาและประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว เป็นต้น

2.6.2 การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางร่างกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.6.3 การประเมินสภาพจิต อาการทางจิตอาจพบได้ในระยะมีอาการเมาสุรา ภาวะถอนพิษสุรา หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเวชร่วมซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาการตีศีรษะและการกลับตีซ้ำบ่อยๆ ทั้งนี้มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่นในผู้ตีศีรษะ มักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคจิตเวชมักมีการตีศีรษะหรือเสพยาเสพติดอื่นร่วมเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการตีศีรษะทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย

2.6.4 การประเมินทางด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เพื่อรวบรวมในการวางแผนการพยาบาลแต่ละระยะต่อไป

ด้านการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติแบ่งขั้นตอนของการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ที่มีปัญหาการตีศีรษะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะเตรียมผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการตีศีรษะให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น
2. การพยาบาลระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย/ทางจิต เป้าหมายเพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและทางจิต ที่พบร่วมในผู้ติดสุรา
3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาเสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

4. การพยาบาลระยะหลังการรักษา (After care service) เป็นการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำเพื่อให้ผู้ติดสุร่าสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง ที่มีมุมมองว่าคนเราจะตอบสนองทั้งทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้ และตีความสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเขาอย่างไร กระบวนการคิด (cognitive process) และการตีความ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึก บุคคลสามารถรับรู้ สังเกตความคิดของตนเอง และพิจารณาไตร่ตรองได้ แนวคิดนี้มองว่า กระบวนการรู้คิดและเนื้อหาของความคิดคนเราสามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา (Beck, 1976) โดยการบำบัดมีโครงสร้างมีเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น การบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุภาวะซึมเศร้า คือการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้มีนักวิชาการหลายท่านนำหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุร่า และพัฒนาชนิดของการบำบัด ที่มีรากฐานมาจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้แก่การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (Behavioral coping skill Training) และการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

3.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ยูทธนา งามอาจสกุลม่น (2548) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์ แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

Beck (1976) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (ตัวอย่างเช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎี

โดยใช้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหา มากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนๆ นั้น

สรุปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคตปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

3.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ความคิดรวบยอดทางด้านความคิด เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดในการเข้าใจแบบแผนการคิดของผู้ป่วย ได้แก่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995; Grant et al., 2004)

ความเชื่อที่เป็นแกนกลาง (Core Belief) เป็นความเชื่อที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่มีความสำคัญกับบุคคลในวัยนั้น และพัฒนาจากการที่บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อที่เป็นแกนกลาง 2 ประเภท คือ 1) คิดว่าตนเองไม่มีใครช่วยเหลือได้แล้ว (helplessness) และ 2) ไม่มีใครรักฉันเลย (unlovability) ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่ง หรืออาจมีความเชื่อรวมกันทั้ง 2 แบบก็ได้ ความเชื่อเหล่านี้สามารถพัฒนากลายเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยการมองทุกอย่างไปในแง่ร้ายหรือเชิงลบ

ความเชื่อที่อยู่ระหว่างกลาง (Intermediate Belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อที่เป็นแกนกลาง และความคิดอัตโนมัติ กลุ่มความเชื่อระหว่างกลางนี้ได้แก่ ทศนคติ กฎหรือความคาดหวังและการสันนิษฐานไปเอง (assumptions) กลุ่มนี้พัฒนาขึ้นมาจากความเชื่อที่เป็นแกนกลาง และมักจะไม่พูดออกมาเป็นคำพูดอย่างชัดเจน (unarticulated) ฉะนั้นแนวทางในการรักษาขั้นแรกจะต้องจัดการกับความเชื่ออัตโนมัติ

ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) เป็นความคิดอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นตามความจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความคิดที่บิดเบือน (distorted thinking) ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยค้นหาหรือจับความคิดของตนเองได้ แล้วประเมินว่ามีผลเสียต่อตนเองอย่างไร แล้วจึงตัดแปลงความคิดนั้นเพื่อจะทำให้อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติเช่นเดิม

จากแนวคิดรูปแบบทางความคิด (Cognitive Model) ได้กล่าวถึงว่า คนเราจะมี ความเข้าใจเหตุการณ์หรือเข้าใจสถานการณ์เป็นอย่างไร ให้พิจารณาจากความคิดอัตโนมัติของคนๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่อถึงการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีรวิทยา ในการบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้พิจารณาความคิดของตนเอง และแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป จากนั้น

ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ทั้งนี้ต้องค้นหาว่ามีความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ซึ่งแบบแผนความคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Grant et al., 2004; Wright, et al, 2009)

- 1) การคิดว่าตนสามารถรู้ว่ามีอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยปราศจากหลักฐานมายืนยัน (Mind-reading) ตัวอย่างเช่น “เขาคิดว่าฉันไม่มีความรู้อะไรเลยเกี่ยวกับเรื่องนี้”
- 2) การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยขาดหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune-telling)
- 3) ความเชื่อในผลลัพธ์บางสิ่งบางอย่าง หรือการมองเหตุการณ์การมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
- 4) การยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปรว่านักเรียนเพื่อการสอนของตนทั้งๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีทำที่เปื้อนหน้า
- 5) การสรุปในทางลบโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Arbitrary inference)
- 6) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/ minimization)
- 7) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น ฉันประสบความสำเร็จล้มเหลวถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ
- 8) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก (Externalization of self worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”
- 9) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
- 10) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization)
- 11) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่ง ตรงข้ามกันชัดเจน (Dichotomous thinking)

สำหรับการศึกษานี้ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของ (Beck, 1967) กล่าวว่าการซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (cognitive triad) ในที่นี้หมายถึง การมองตนเอง มองโลก มองอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบนั่นเอง (negative thought) (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) องค์ประกอบทางด้านความคิดดังกล่าว จะมีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า

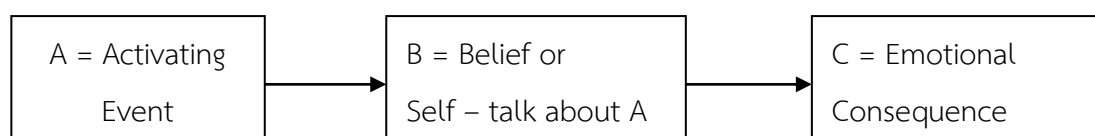
3.3 เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การประเมินความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Assessment) (Stuart, 1998; Stuart, 2005) CBT ให้ความสำคัญกับการประเมินการกระทำของผู้ป่วย ความคิด และความรู้สึกในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การประเมินรวมถึงการรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาจากข้อมูลที่ได้ อธิบายถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ระบุถึงสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นๆ

รวมถึงการทบทวนความเข้มแข็งและจุดบกพร่อง ที่ผู้ป่วยใช้เป็นข้อสันนิษฐานโดยไม่มีการตรวจสอบหาหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเป็นข้อยืนยันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะได้มาซึ่งปัญหาที่ชัดเจน พยาบาลต้องใช้คำถามดังต่อไปนี้ อะไรคือปัญหา ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร ใครหรืออะไรที่ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ อะไรที่เป็นผลตามมาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ในการประเมินนี้ พยาบาลต้องประเมินความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลาของการเกิดปัญหาด้วย

ขั้นตอนต่อไปพยาบาลต้องค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ ABC Model ดังนี้

ABC Model (Lewinsohn et al., 1978; Beck, 1995; Wright & Beck, 1995)



A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น B คือ ความเชื่อ ความคิด หรือการบอกตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา

ทักษะในการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีทักษะสำคัญ ดังนี้ (Joyce, 1996; Sharon and Arthur, 2005; Stuart, 2005)

1) การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ประกอบไปด้วยกระบวนการต่างๆ ในการบำบัดแต่ละครั้งมีระเบียบวาระที่ชัดเจน ช่วยให้การใช้เวลาในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

2) การกำหนดเป้าหมายในการบำบัด (Set goal) เป็นการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดว่าต้องการให้เกิดผลลัพธ์อย่างไรต่อผู้รับบริการ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งในการกำหนดเป้าหมายต้องดำเนินการร่วมกับผู้ป่วย

3) การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าในการบำบัด

4) การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จักการบำบัดในรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) และเตรียมการให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร

5) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้นอาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

6) การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุป ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงของตนเองได้ชัดเจนขึ้น หรือคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติตนเอง

7) การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แย่ลง โดย A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief) C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences) โดยมี วัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง

8) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence หรือ evidence – counter evidence technique) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน เหตุผลมาสนับสนุนความคิด ความเชื่อทั้งในด้านบวกและด้านลบ ว่ามีความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา

9) การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

10) การสะท้อนกลับ (Feed back) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัด และเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย

11) การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งที่ในการพบกัน ผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้

ทักษะในการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) (Joyce, 1996; Stuart, 2005) ประกอบด้วยทักษะย่อย 6 ประการ ดังนี้

1) การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring thought and feelings) ขั้นตอนแรกในการดำเนินการ คือ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบความคิดและความรู้สึกของตนเอง

ตารางที่ 1 การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought) (Stuart, 2005)

ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ ที่เกิดขึ้น	อารมณ์ที่เกิดขึ้น	ความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล	อารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่
	ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ค่าคะแนนความรู้สึก จาก 0-100 คะแนน	ค่าคะแนน ความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ค่าคะแนนความรู้สึก จาก 0-100 คะแนน

เมื่อผู้ป่วยบันทึกตามแบบฟอร์มนี้เพื่อ ผู้ป่วยจะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้นว่า ความคิด ความเชื่อของตนเองที่แสดงออกโดยความคิดอัตโนมัติจะเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด การปรับตัวที่ไม่ดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ความเชื่อคงอยู่ คำถามจะเกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของข้อมูลความคิดที่บิดเบือน การให้ผู้ป่วยหาหลักฐานอาจต้องให้ค้นหาจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย สู่ความคิดความเชื่อที่เป็นจริง และมีการแปลความหมายอย่างเหมาะสม

3) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป (Examining alternatives) ผู้ป่วยจำนวนมากมองตนเองว่าเป็นผู้ที่สูญเสียหมดทุกอย่าง ความคิดแบบนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ป่วยไปสู่การเผชิญปัญหาที่เข้มแข็ง

4) ความไม่ล้มเหลว (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการช่วยผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือโชคร้ายมากกว่าความเป็นจริง คำถามที่พยาบาลสามารถถาม ได้แก่ “สิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับคุณคืออะไร” “มันคงเป็นเรื่องร้ายแรงถ้าสิ่งนั้นเกิดจริงๆ กับทุกคน” “คนอื่นๆ เผชิญปัญหากับมันอย่างไร” เป้าหมายของการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นผลที่ตามมาของการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดได้ทั่วไปไม่ใช่เกิดกับผู้ป่วยคนเดียวหรือไม่เคยเกิดกับใครเลย ดังนั้นจึงเป็นความล้มเหลวหรือโชคร้ายที่เกิดเพียงเล็กน้อย

5) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframing) เป็นกลวิธีในการเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเน้นประเด็นปัญหาหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เช่น แนะนำลูกให้เข้าใจมารดาที่ไปยุ่งเกี่ยวกับลูกมากเกินไป เป็นเพราะความรักลูกมาก มุมมองใหม่นี้ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น

6) วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) เน้นที่แรงจูงใจของผู้ป่วยที่ยอมรับความคิดความเชื่อด้านลบ เมื่อพบว่ามีความคิดความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักว่าหากคิดในด้านลบแล้วมีแต่โทษต่อร่างกายจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่

การปรับพฤติกรรม (Behavioral procedures) การปรับพฤติกรรมปกติจะใช้ในการบำบัดแบบรายบุคคล แต่ก็สามารถใช้ในการบำบัดแบบกลุ่มได้เช่นกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดกิจกรรมการมอบหมายงาน และองค์ประกอบของพฤติกรรม (Sharon & Arthur, 2005)

1) การกำหนดกิจกรรม (Activity scheduling) การกำหนดกิจกรรมตามโปรแกรมของ CBT มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ กำหนดกิจกรรมของสมาชิกกลุ่มในแต่ละวัน จัดระบบความคิดของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือแยกตนเอง มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น เป็นการกำหนด

กิจกรรมให้สมาชิกมีความพึงพอใจ โดยการฝึกให้สมาชิกรู้ว่าตนเองเป็นผู้จัดการปัญหา และรู้สึกเพลิดเพลินในการเรียนรู้ (Mastery and pleasure) สอนให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ตรวจสอบตนเอง การกำหนดกิจกรรมเป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าในการบำบัดสิ่งที่พบบ่อยในการกำหนดกิจกรรม คือ ช่วยให้ค้นพบเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่จะมากระตุ้นความคิดอัตโนมัติ ความรู้ความเข้าใจที่ได้สามารถนำไปร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อหาข้อสรุปในการยุติปัญหา

2) การมอบหมายงาน (Graded task assignments) การมอบหมายงานช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองอย่างช้าๆ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในที่สุด การมอบหมายงานจะดำเนินการเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีปัญหาให้มีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

3) การชักจูงพฤติกรรมใหม่ (Behavioral component) กลุ่มบำบัดทางความคิดสามารถนำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติ เพื่อการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วย เช่น การฝึกสื่อสารกับคนอื่น ๆ ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ การฝึกปฏิบัติและการสะท้อนกลับภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกพัฒนาด้านตนเองในทางที่ดีขึ้น

3.4 รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในปัจจุบัน ทางกายภาพได้มีการประยุกต์รูปแบบการบำบัดได้หลายรูปแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

3.4.1 รูปแบบการบำบัดโดยพบกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เป็นการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบเป็นการพบกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดพบกันประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการนัดพบกันแต่ละครั้งโดยเว้นระยะ 1-3 สัปดาห์ หลังบำบัดครบโปรแกรมการบำบัด สามารถติดตามได้หลายครั้ง เช่น 1 เดือน 3 เดือน การบำบัดจะมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ (Therapeutic- relationship) ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (Bender and Messner, 2003) เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นไม่เหมือนการบำบัดทางจิตอื่น ๆ ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลการบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างยิ่งของผู้รับการบำบัด

3.4.2 รูปแบบการบำบัดผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต โดยองค์กรที่กำหนดแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์แห่งราชอาณาจักร (National Institute for Health and Clinical Excellence ตัวย่อ NICE) ให้ความหมายว่า การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized cognitive behavioral therapy ตัวย่อ CCBT) หมายถึง การบำบัดตามกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านระบบคอมพิวเตอร์โดยที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต หรือระบบผ่านเสียง (interactive voice response system) แทนการพบกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดหรือรู้จักอีก

อย่างหนึ่งว่า internet-delivered cognitive behavioral therapy (ICBT) (Nordgren et al., 2014) และพบว่า การบำบัดรูปแบบ Computerized cognitive behavioral therapy ด้วยย่อ CCBT หรือ internet-delivered cognitive behavioral therapy ด้วยย่อ ICBT ช่วยให้ผู้ใช้บริการบำบัดที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเข้าถึงการบริการเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดต่ำกว่า การบำบัดแบบพบกับผู้บำบัด (Marks et al., 2003)

3.4.3 รูปแบบการบำบัดโดยการศึกษาด้วยการอ่านเขียนเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ให้ผู้รับการบำบัดศึกษาด้วยการอ่านเขียนสรุปความด้วยตนเอง (Williams et al., (2013). ; Williams (2001).) มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า

3.4.4 รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้รับการบำบัดจากกลุ่มโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเปลี่ยนการรับรู้ ส่งผลต่อการปรับความคิดและการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ (Marram, 1978) และส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดสามารถเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ (ทัศนคติ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Houghton & Saxon (2007) พบว่ารูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม หรือการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience) ประกอบด้วย 3 ระยะ (Marram, 1978) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะนำ เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยตนเอง ผู้นำกลุ่มเป็นผู้บรรยายความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัย เน้นย้ำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และแนวทางในการปฏิบัติในฐานะของสมาชิกกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ ในการดำเนินกลุ่มระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญเป็นขั้นตอนการสร้างบรรยากาศความเป็นมิตร ความไว้วางใจ สมาชิกจะรู้สึกอิสระในการแสดงออกและทราบว่าสิ่งที่พูดหรือพฤติกรรมแสดงออกเป็นความลับอยู่ในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน และเต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ในระยะนี้สมาชิกมีการตอบสนองและเกิดการเปลี่ยนแปลง กล้าระบายความรู้สึก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญห และเลือกวิธีการแก้ปัญหามีสมาชิกอื่น ๆ คอยสนับสนุน การได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง ระยะนี้สมาชิกจะเกิดการเรียนรู้จากกลุ่มทำให้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น ตลอดจนมีการพัฒนาตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความสำเร็จของกลุ่ม การประเมินอาจจะประเมินจากคำพูดของสมาชิกภายในกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก การประเมินของคนอื่น ก่อนที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกล่วงหน้า เพื่อขจัดความวิตกกังวลของสมาชิก เนื่องจากระยะสิ้นสุดของกลุ่ม ผู้นำควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ และเสนอแนะข้อคิดเห็นก่อนสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยบูรณาการรูปแบบการบำบัดจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ได้แก่ รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม รูปแบบการบำบัดโดยการศึกษาด้วยการอ่านเรียนรู้ด้วยตนเอง และรูปแบบการบำบัดผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนเกิดความต่อเนื่องในการบำบัดไม่ขาดการรักษา ก่อเกิดการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อเนื่องและยั่งยืน

3.5 การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า อินเทอร์เน็ตหรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่มนุษย์คิดค้นขึ้น และพัฒนาเพื่อการใช้งาน พบว่ามีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ ดังนี้

Tseng et al. (1996) ได้ให้ความหมายของอินเทอร์เน็ตว่าอินเทอร์เน็ต เป็น Metanewoek หรือเครือข่ายของเครือข่าย ซึ่งรวบรวมเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกันเพื่อนำไปสู่ผู้ใช้ร่วมกัน รวมทั้งเป็นการส่งข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรสารสนเทศบนคอมพิวเตอร์ไปทั่วโลก

พิรุมา พันธุ์วีและคณะ (2544) ได้ให้ความหมายของอินเทอร์เน็ตว่า เป็นเครือข่ายคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ ประกอบด้วยเครือข่ายจำนวนนับไม่ถ้วน ซึ่งแต่ละเครือข่ายอาจมีขนาดและประสิทธิภาพในการส่งผ่านสัญญาณประเภทของสื่อรับ ส่งสัญญาณ และครอบคลุมติดต่ออยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งในขอบเขตพื้นที่เดียวนั้นก็อาจมีเครือข่ายย่อยๆ

การประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตในปัจจุบันทำได้หลากหลาย อาทิ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือ อีเมล (email) สนทนา (chat) อ่านหรือแสดงความคิดเห็นในเว็บบอร์ด การติดตามข่าวสาร การสืบค้นข้อมูล / การค้นหาข้อมูล การชม หรือซื้อสินค้าออนไลน์ การดาวน์โหลด เกม เพลง ไฟล์ข้อมูล ฯลฯ การติดตามข้อมูล ภาพยนตร์ รายการบันเทิงต่าง ๆ ออนไลน์ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์ การเรียนรู้ออนไลน์ (e-learning) การประชุมทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต (video conference) โทรศัพท์ผ่านอินเทอร์เน็ต (VoIP) การอัปโหลดข้อมูล หรืออื่น ๆ แนวโน้มล่าสุดของการใช้อินเทอร์เน็ตคือการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์เพื่อสร้างเครือข่ายสังคม ซึ่งพบว่าปัจจุบัน

เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าวกำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายเช่น เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ ไฮไฟฟ์ และการใช้เริ่มมีการแพร่ขยายเข้าไปสู่การใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ (Mobile Internet) มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีปัจจุบันสนับสนุนให้การเข้าถึงเครือข่ายผ่านโทรศัพท์มือถือทำได้ง่ายขึ้นมาก

ในต่างประเทศได้นำมาประยุกต์ใช้ในการแพทย์ เช่น Andersson et al. (2009) กล่าวว่า การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ยึดหลักการการเรียนรู้ด้วยตนเอง(self-help) ตามหนังสือ คู่มือแนวทางการปฏิบัติ โดยผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล ตอบคำถาม ร่วมกับการบำบัดแบบ face-to-face ขั้นตอนการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองใช้ตามลำดับขั้น 5 ขั้น ดังนี้ ขั้นที่ 1 จุดประกายความสนใจ เป็นกิจกรรมสร้างความรู้สึกอยากรู้ อยากเรียน ทำให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าความสำคัญและประโยชน์ของสิ่งที่จะเรียน ขั้นที่ 2 วางแผนการเรียนรู้ ผู้เรียนวางแผนการเรียนรู้ของตนเองโดยร่วมกันกำหนดขอบเขตแนวทาง วิธีการเรียนรู้ ประเด็นเนื้อหาย่อย แนวทางการบันทึกและสรุปผลการเรียนรู้พร้อมทั้งจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ ขั้นที่ 3 ลงมือเรียนรู้ตามแผน ผู้เรียนลงมือศึกษาค้นคว้า ศึกษารวบรวมข้อมูลศึกษาปัญหา ศึกษาทดลอง ตามแผนที่วางไว้เพื่อแสวงหาและค้นพบความรู้ ข้อคิดแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง ขั้นที่ 4 นำเสนอข้อมูลการเรียนรู้ ข้อค้นพบที่ได้จากการเรียนรู้มาร่วมกันวิเคราะห์อภิปราย เปรียบเทียบเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ประเมินค่า สรุปความคิดรวบยอด คุณค่าความสำคัญ แนวคิดแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และสรุปขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง ขั้นที่ 5 จัดทำชิ้นงานเพื่อรายงานผลการเรียนรู้ของผู้เรียน ได้แก่ความรู้ ข้อค้นพบข้อสรุป ที่ได้จากการเรียนรู้มานำเสนอในรูปแบบต่างๆ ตามความสนใจ พร้อมทั้งบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการเรียนรู้ แสดงความรู้สึกต่อผลงาน แล้วนำผลงานมาแสดงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยตนเอง มีจุดเน้นที่สำคัญคือผู้เรียนเรียนด้วยความรู้สึกอยากรู้ อยากเรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง การเรียนรู้ที่ดีเกิดจากการสร้างพลังความรู้ในตนเอง และด้วยตนเองของผู้เรียน ความรู้ที่ผู้เรียนสร้างขึ้นในตนเองนี้ จะมีความหมายต่อผู้เรียน จะอยู่คงทน ผู้เรียนจะไม่ลืมง่าย และจะสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจความคิดของตนเองได้ดี นอกจากนั้นความรู้ที่สร้างขึ้นเองนี้ ยังจะเป็นฐานให้ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ใหม่ต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

สำหรับประเทศไทยพบว่าประเภทของ Internet ที่มีจำนวนผู้ใช้ มากที่สุดในปัจจุบันคือ Facebook ถึงร้อยละ 93.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ต่อมาดวงกมลชาติประเสริฐและศศิธร ยุวโกศล (2556) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้และการใช้ประโยชน์จากเฟซบุ๊กพบว่า การใช้ประโยชน์เฟซบุ๊กสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้หลายด้าน โดยผู้ใช้ส่วนใหญ่ใช้เฟซบุ๊กเพื่อติดต่อสื่อสารกับเพื่อนที่รู้จักมาก่อน แบ่งกลุ่มการใช้ประโยชน์ออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ความสนุกสนานและผ่อนคลาย การแสวงหาและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การ

รักษาความสัมพันธ์เดิม การเรียนรู้ การสนองตัวตนและความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การสร้างความสัมพันธ์ใหม่ และการซื้อขายสินค้า ข้อดีที่พบ สามารถติดต่อสื่อสารหรือหาแหล่งข้อมูลข่าวสารได้เร็วขึ้น

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ช่องทางเฟซบุ๊ก ร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยรูปแบบการบำบัดเป็นดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง หลังดำเนินการกลุ่มเสร็จผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าศึกษาด้วยการอ่านเขียนเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-help) เพิ่มเติมโดยใช้การบำบัดผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต ช่องทางเฟซบุ๊ก เป็นช่องในการบำบัดเนื่องจากการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้มีประสิทธิภาพป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราต่อเนื่องในระยะยาว เกิดจากผู้เสพติดสุรานำความรู้ของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและแก้ไขปัญหาก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ร่วมกับการฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันจริงโดยการรับคำแนะนำปรึกษาจากผู้บำบัด ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากขึ้น เป็นผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง

4. โปรแกรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

การประยุกต์โปรแกรมตามการศึกษา Serensen et al. (2014) โดยใช้แนวคิด CBT รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม และเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองโดยมอบหมายให้ผู้ป่วย ศึกษาและฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง (self-help) ผ่านช่องทาง Internet (face book) เน้นการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการกำกับให้คำแนะนำจากผู้บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้เกิดประสิทธิผลระยะยาว โดยอาศัยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมายทิศทางของการบำบัดชัดเจน มุ่งแก้ไขสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) และอาศัยการบำบัดแบบ Internet_CBT (Andersson, 2009) ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราเกิดความรู้และทักษะจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมและปรับระยะเวลาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ดังนั้นการบำบัดดังกล่าวจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ดังนั้นผู้วิจัยมีแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการประยุกต์โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

โปรแกรม Internet CBT		การประยุกต์ของผู้วิจัย
กิจกรรม ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม	
1	สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยให้ผู้รับการบำบัดเข้าไปศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทาง web-based CBT program Mood GYM version พร้อมวิธีส่งบ้าน การบ้านและการขอรับคำปรึกษาทาง emails และให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามรูปแบบ CBT model (beck, 1979)	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งกิจกรรมในการบำบัดครั้งนี้ประกอบด้วยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำวิจัย ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนอินเทอร์เน็ต ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า จุดประกายความสนใจโดยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายพฤติกรรม การดื่มสุราที่ผ่านมา ให้ความรู้ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ เพื่อให้สมาชิกภายในกลุ่มเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการเรียนรู้ ตั้งเป้าหมายของการบำบัดเสริมด้วยเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต
2	ให้ศึกษาเรียนรู้ตามโปรแกรม พร้อมฝึกทักษะเกี่ยวกับประเภทการวิเคราะห์ รูปแบบความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิดใหม่ตามรูปแบบ CBT model (beck, 1979) พร้อมส่งบ้านการบ้านและขอรับคำปรึกษาทาง emails	ครั้งที่ 2 การเรียนรู้การวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมความคิดความรู้สึกตามรูปแบบ ABC Model เสริมด้วยเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต พร้อมฝึกทักษะกับสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริง
		ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ด้วยการปรับความคิด ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดโดยเรียนรู้ และฝึกทักษะจากสถานการณ์ใกล้ตัว เสริมด้วยเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปการประยุกต์โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

กิจกรรมครั้งที่	โปรแกรม Internet CBT รายละเอียดกิจกรรม	การประยุกต์ของผู้วิจัย
3	ให้ศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน CBT model (beck, 1979) ตามโปรแกรมพร้อมส่งบ้านและขอรับคำปรึกษาทาง emails	ครั้งที่ 4 ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่ภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่าง ๆ เช่นการแสดงออก และการสื่อสารที่เหมาะสม เสริมด้วยเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊ค พร้อมฝึกทักษะกับสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริง
4	ให้ศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด stress and relaxation technique ตามโปรแกรมพร้อมส่งบ้านและขอรับคำปรึกษาทาง emails	ครั้งที่ 5 การเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้ความรู้การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ เสริมด้วยเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊ค พร้อมฝึกทักษะกับสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริง
5	ให้ศึกษาเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ ตามโปรแกรมพร้อมส่งบ้านและขอรับคำปรึกษาทาง emails	ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตและการสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินชีวิตในสังคมโดยเริ่มจากสังคมใกล้ตัวคือครอบครัว

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสุราที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน จากผลการศึกษาพบว่าผู้เสพติดสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 90 และระดับความซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราในระดับสูง

ปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ (2542) ศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,789 คน พบว่าในกลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ที่ติดสุราแล้ว ร้อยละ 51.2 ของคนที่ติดสุราจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น

อุบล ก่องแก้ว (2547) ได้ทำการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน ศึกษาในผู้เสพติดสุราที่ไม่ได้รับยาต้านเศร้าจำนวน 96 ราย พบว่าร้อยละ 66.67 ของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีระดับปานกลางถึงมาก และมีผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 8.34 ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

สุภาวดี ธัมมะรักขิต (2550) ได้ทำการศึกษากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พัชรวัลย์ กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2557) ใช้การบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราในผู้ติดสุราพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราในผู้ป่วยสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และคณะ (2556) ใช้การบำบัด CBT แบบหลายช่องทาง (การบำบัดแบบกลุ่ม ใช้โทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ค่าคะแนน 7-18 คะแนน อายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าลดลง

Longabaugh & Morgenstern (1999) ได้ศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมนั้นพบว่าได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะ การบำบัดทางความคิดและ

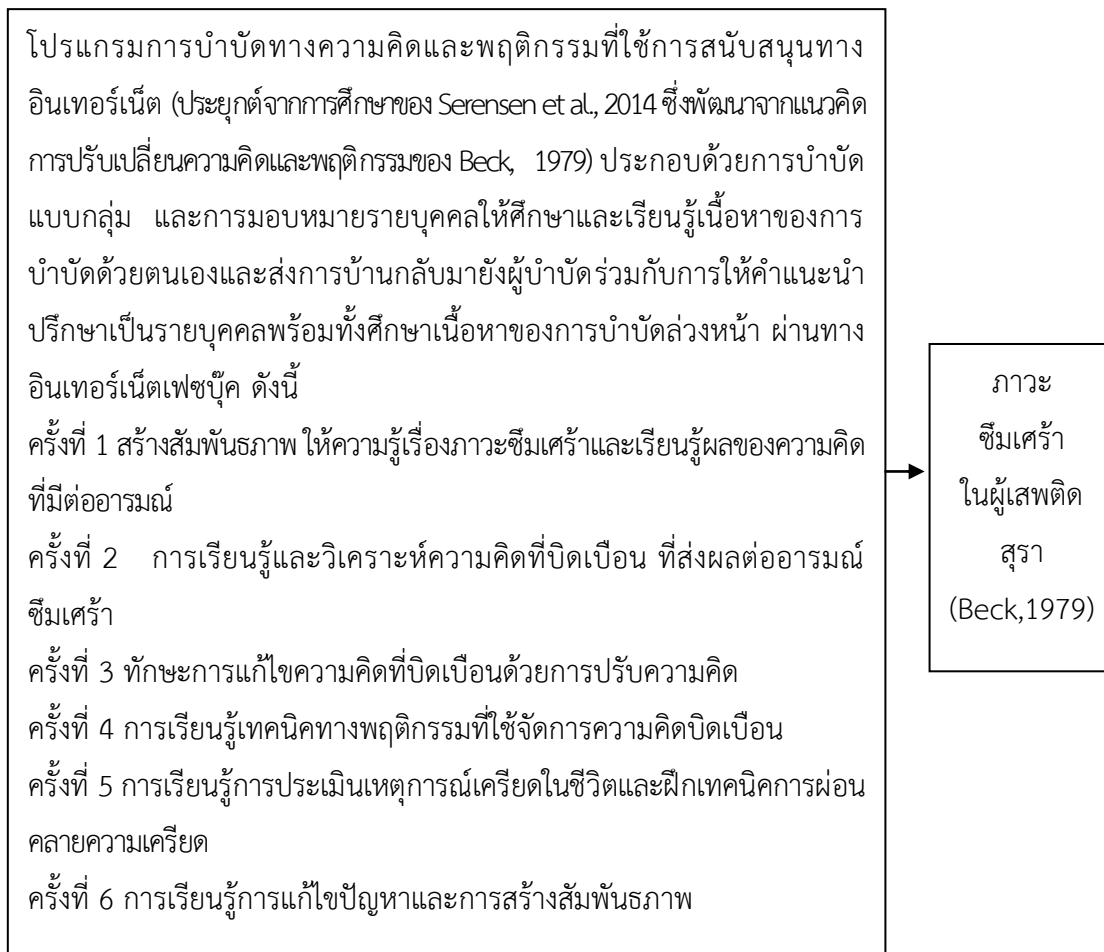
พฤติกรรม (cognitive behavior therapy_CBT) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดื่ม/ผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดโครงสร้างความคิดความเชื่อที่บิดเบือนหรือที่ไร้เหตุผลซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต

Deady et al. (2014) ได้ทำศึกษาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองล้วนตามหลัก self-help ผ่านโปรแกรม Internet-based ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง

Serensen et al. (2014) ได้ศึกษาโดยการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยเสริมการบำบัดแบบ face-to-face โดยผู้บำบัด โดยเน้นหลักการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับความคิดพฤติกรรมด้วยตนเองและมาพบผู้บำบัดเป็นระยะ โดยมีเนื้อหาการเรียนรู้ 5 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้รูปแบบของความคิดความเชื่อที่บิดเบือนผลกระทบบต่ออารมณ์ ครั้งที่ 2 เรียนรู้ประเภท การวิเคราะห์ และการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดครั้งที่ 3 เรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือนครั้งที่ 4 เรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดครั้งที่ 5 เรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าทั้งสองแบบช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามองอยู่ในการบำบัดครบตามโปรแกรม ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังสิ้นการบำบัดทันทีและในระยะต่อมา

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตเพื่อใช้บำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Serensen et al. (2014) ซึ่งใช้การบำบัดตามแนวคิด CBT ของ Beck (1979) ประกอบด้วย การบำบัดแบบกลุ่ม 6 ครั้ง และมอบหมายให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง อีกทั้งสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามที่ต้องการผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก ซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราต่อไป ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



CHULALONGKORN UNIVERSITY

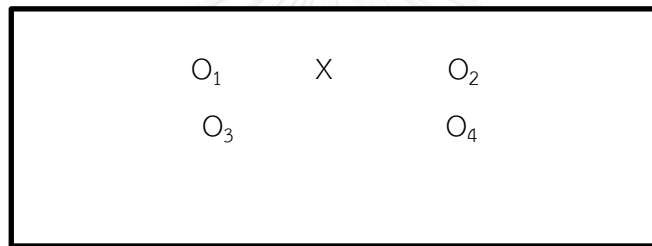
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

O₂ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

O₃ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรากลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรากลุ่มควบคุม หลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ป่วยเสพติดสุรชายอายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสุรชาย อายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-49 ปี
- 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก (มีคะแนน BDI 10-29 คะแนน)
- 4) สามารถใช้อินเทอร์เน็ตทางเฟซบุค ได้
- 5) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria

- 1) เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วย
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.60 ตามการศึกษาของ Serensen et al. (2014) เรื่อง The Clinical Effectiveness of Web-Based Cognitive Behavioral Therapy With Face-to-Face Therapist Support for Depressed Primary Care Patients ซึ่งการวิจัยทางการแพทย์ที่จะสามารถเห็นผลการวิจัยทางคลินิกที่ชัดเจน จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาอยู่ในระดับ 0.40 ถึง 0.60 (Burns & Grove, 2005) จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย และการกำหนดขนาดตัวอย่งนั้นใช้หลักการที่ว่าในการวิจัยเชิงทดลองต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คนเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2550) ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คนรวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อพร้อมทั้งประเมินกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคเสพติดสุราซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน(Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็นคะแนนระดับ 10-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) จำนวน 3 คู่ คะแนนระดับ 16-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) จำนวน 5 คู่ และ คะแนนระดับ 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) จำนวน 12 คู่ รวมทั้งหมด 20 คู่ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการจับฉลากทีละคู่จนครบ 20 หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตาม คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	29	29
2	29	29
3	29	29
4	29	29
5	29	29
6	28	28
7	27	28
8	27	26

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คู่ที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
9	26	26
10	25	24
11	24	23
12	21	21
13	19	20
14	19	19
15	18	18
16	17	17
17	16	16
18	16	15
19	15	14
20	11	12

จากตารางที่ 2 ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งสองกลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน คือ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากัน จำนวน 12 คู่ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่างกัน 1 คะแนน จำนวน 8 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะบอกวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงว่าในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง

ทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ซึ่งได้รับการอนุมัติเอกสารใบรับรองเลขที่ 013/2560 เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2560

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยสอบถามความสมัครใจพบว่าผู้เสพติดสุราทั้งหมด 20 รายไม่สะดวกเนื่องจากไม่สะดวกในเรื่องระยะเวลาการเดินทางมารับการบำบัดตามโปรแกรมไม่สอดคล้องกับระยะเวลาที่นัดตามโปรแกรมของโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา, 2536)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาเป็นแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามการศึกษาของ Serensen et al. (2014) ซึ่งผู้บำบัดใช้การบำบัดแบบกลุ่ม และเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองโดยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาและฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเองตาม self-help ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก เนื่องจากเชื่อว่าการบำบัดแบบ CBT ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีทดแทนผู้บำบัดที่เป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด (Andersson, 2009)

โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการและกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การเสพติดสุรา ภาวะซึมเศร้า

1.2 สร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตามการศึกษาของ Serensen et al. (2014) ซึ่งผู้บำบัดใช้การบำบัดแบบกลุ่มและเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองโดยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาและฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเองตาม self-help ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต (face book) เนื่องจากเชื่อว่าการบำบัดแบบ CBT ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีทดแทนผู้บำบัดที่เป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด (Andersson, 2009) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านโดยให้ใบกิจกรรมทางเฟซบุ๊กให้ผู้ป่วยกลับร่วมกับทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้ของครั้งนั้นๆ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้การสื่อสารทาง Internet ผ่านสื่อเฟซบุ๊ก (face book) ในการโพสต์เนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยควรทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมในแต่ละครั้ง พร้อมใบกิจกรรมทางเฟซบุ๊กซึ่งเป็นการบ้านบิกทิกให้ผู้ป่วยได้ตอบกลับมายังผู้บำบัดภายใน 4 วันหลังการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งก่อนตอบคำถามผู้ป่วยสามารถเข้าไปศึกษาเนื้อหาแต่ละกิจกรรมที่มีการโพสต์ไว้ ด้วยตนเองจนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ซึ่งการส่งเนื้อหาเพื่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้านนี้ จะดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง หลังการบำบัดแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1-5 นอกจากเนื้อหาเพื่อการทบทวนและฝึกเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยยังใช้การสื่อสารผ่านทางเฟซบุ๊กเพื่อมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ศึกษาเนื้อหาของการบำบัดล่วงหน้าก่อนมารับการบำบัดแบบกลุ่มในครั้งต่อไปด้วย สำหรับผู้รับการบำบัดรายที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนระหว่างดำเนินการศึกษา สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับการบำบัดได้โดยตรงเป็นรายบุคคล โดยมีการกำหนดช่วงเวลาการตอบกลับการสนทนาในช่วงเวลา 18.00-20.00 น ของทุกวัน โดยมีรายละเอียดเนื้อหา ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** เริ่มจากแนะนำรูปแบบการบำบัด สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมา ให้ความรู้ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ แล้วมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าในแต่ละวันของตนและส่งการบ้านนั้นแก่ผู้บำบัดพร้อมศึกษาเนื้อหาครั้งต่อไป (45-60 นาที) **การเรียนรู้**

ด้วยตนเองผ่านเฟซบุ๊ก ศึกษาทบทวนในเนื้อหาการเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ ส่งการบ้านผ่านกล่องข้อความแก่ผู้บำบัด พร้อมศึกษาล่วงหน้าประเภท การวิเคราะห์ และการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด

ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** โดยการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าจากการบ้านที่ได้ฝึก จากนั้นให้ความรู้ถึงประเภทของความคิดที่บิดเบือน และให้แต่ละคนวิเคราะห์และตระหนักถึงความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมี ค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ ABC Model และอภิปรายร่วมกันเพื่อหาวิธีการจัดการกับความคิดเหล่านั้น (45-60 นาที) **การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** ศึกษาทบทวนในเนื้อหาการเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ส่งการบ้านผ่านกล่องข้อความแก่ผู้บำบัด พร้อมศึกษาล่วงหน้าทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด

ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ซึมเศร้า กระบวนการปรับความคิดใหม่ที่ส่งผลต่ออารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น โดยเริ่มจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ(45-60 นาที) **การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก** ศึกษาทบทวนในเนื้อหาการเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน ส่งการบ้านผ่านกล่องข้อความแก่ผู้บำบัด พร้อมศึกษาล่วงหน้า การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือนได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดบิดเบือนที่พบและวิธีการแก้ไขจากการบ้านที่ได้ฝึก จากนั้นให้เรียนรู้และฝึกเทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยลดความคิดบิดเบือน เช่น การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม (assertiveness) และการแสดงบทบาทสมมติเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากนั้นมอบหมายให้ทำและส่งการบ้านในการฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมและการสร้างความภาคภูมิใจจากสถานการณ์จริงในครอบครัว (45-60 นาที)**การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเฟซบุ๊ก** ศึกษาทบทวนในเนื้อหาการเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน ส่งการบ้านผ่านกล่องข้อความแก่ผู้บำบัด พร้อมศึกษาล่วงหน้าการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมและการสร้างความภาคภูมิใจในเหตุการณ์จริง ตามด้วยการเรียนรู้และฝึกประเมิน

เหตุการณ์เครียดในชีวิต รวมถึงเทคนิคผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ จากนั้นมอบหมายให้ทำและส่ง การบ้านในการฝึกทักษะการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและการผ่อนคลาย (45-60 นาที) **การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเฟซบุ๊ก** ศึกษาทบทวนในเนื้อหาการเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึก เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ส่งการบ้านผ่านกล่องข้อความแก่ผู้บำบัด พร้อมศึกษาล่วงหน้าการแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว โดย ดำเนินการดังนี้ **การบำบัดแบบกลุ่ม** ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกทักษะจากการบ้าน เรียนรู้และ ฝึกวิธีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นและการสร้างสัมพันธภาพ ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกใน ภาพรวมทั้งหมด และให้สมาชิกแต่ละคนวางเป้าหมายพร้อมแผนการดำเนินชีวิตของตน ผู้บำบัดให้สมาชิก ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กล่าวสรุปและยุติสัมพันธภาพ (45-60 นาที)

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ด้านปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้เสพติดสุรา 1 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของ เนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหากิจกรรม ความเหมาะสม ของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีประเด็นแก้ไขดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของ ความคิดที่มีต่ออารมณ์ แก้ไขโดยการปรับเนื้อหาใบความรู้ที่ 1/2 ให้มีความสอดคล้องกับภาวะ ซึมเศร้ามากขึ้น โดยเพิ่มความหมายของ รูปแบบความคิดที่บิดเบือน และใบกิจกรรมที่ 1/2 ปรับ เนื้อหาเชิงสำรวจภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงของเหตุการณ์ประจำวัน

ครั้งที่ 2 เรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า แก้ไขโดย ปรับเนื้อหาในใบกิจกรรมที่ 2/1 โดยให้สัมพันธ์กับเนื้อหา การประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตามหลัก ABC Model

ครั้งที่ 3 ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด แก้ไขโดยปรับเนื้อหา ให้มีความสอดคล้องกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนมากขึ้น โดยปรับจากชื่อกิจกรรม “ใบ ความรู้ที่ 3/1 เทคนิคการปรับความคิดที่ใช้จัดการความคิดที่บิดเบือนและ ใบความรู้ที่ 3/2 ทักษะการ

ปรับโครงสร้างความคิด ซึ่งเนื้อหาไม่ตรงประเด็นและเข้าได้ยาก” ปรับเป็นกิจกรรม 3/1 “ทักษะการปรับโครงสร้างความคิด” โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราแล้วแยกรายละเอียดในการวิเคราะห์เป็นข้อ ๆ เพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ใบความรู้ที่ 3/3 ปรับเป็น ใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้มีความชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น โดยจัดหมวดหมู่ เป็นการสื่อสารทางลบ ที่ไม่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ทางทางการแสดงออก คำพูด และการสื่อสารทางบวก ที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ทางทางการแสดงออก คำพูด ใบกิจกรรมที่ 3/1 เรื่อง ผลกระทบที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน ปรับชองกิจกรรมจากเดิม “ความคิดที่บิดเบือน เป็นความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ” ใบกิจกรรมที่ 3/2 และ 3/3 ปรับเนื้อหาในรายละเอียดกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน แก้ไขโดยและปรับเนื้อหาใบความรู้ที่ 4/1 ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด แก้ไขโดยปรับใบกิจกรรมที่ 5/4 ทางเลือกใหม่ในการเผชิญความเครียด โดยแยกรายละเอียด จากเดิม “ภาวะอารมณ์” “ทางเลือกในการเผชิญความเครียด” เป็น “สถานการณ์ที่ทำให้เครียด” “ความคิด” “อารมณ์” “ทางเลือกในการเผชิญความเครียด”

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว แก้ไขและปรับโดยใบความรู้ที่ 6/1 ทักษะการแก้ไขปัญหา ใบความรู้ที่ 6/2 การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อให้มีความชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาและเวลา

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้เสพติดชายชายที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดยทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา จนครบ 6 ครั้งเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา สาเหตุการดื่มสุรา ความต้องการในการเลิกดื่มสุรา จำนวนครั้งการเลิกดื่มสุรา จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา บทบาทในครอบครัว และการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกายซึ่งอุบล ก่องแก้ว (2547) ได้นำไปประเมินกับกลุ่มผู้ติดสุราจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ

- 0-9 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าที่พบได้ในคนปกติ (normal range)
- 10-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)
- 16-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)
- 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)
- 30-63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง .81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาเป็นแบบประเมินนี้ในปี 1980 และมีการนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปินดา(2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้ากับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิต อื่น ๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงสูง และมีความเชื่อมั่นจากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงถึง 0.90 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck และมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดซึมเศร้าอื่น ๆ ด้วย (ลัดดา แสนสีหา; 2536; Blackburn, 1968; Dobson, 1988; Hollon & Kendall 1980)

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน การคิดคะแนนจะคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 – 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน คะแนนที่คิดอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือไม่มีความคิดด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไป ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์กำกับการทดลอง ไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต กลุ่มทดลองต้องมีคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน ทั้งนี้หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุรารายดังกล่าวต่อไป จนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง .89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง โดยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด เป็นระยะเวลา 4 เดือน อบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยสุรา เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์จากสถาบันฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดประทุมธานี และ อบรมภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับ ผศ.น.พ.ณัฐธร ทิพย์รัตน์เสถียร และ ผศ.ดร.ดาราวรรณ ตะปินตา แบ่งเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะใช้เวลาอบรม 3 วัน /เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังอบรมแต่ละระยะได้นำมาฝึกปฏิบัติให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ที่โรงพยาบาลรัฐญารักษ์อุดรธานี แล้วส่งการบ้านพร้อมการให้คำแนะนำช่วยเหลือจากวิทยากรในการบำบัดรักษา

2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน แห่งสถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

4. จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐรักษ์ขอนแก่น เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขอ อนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน แห่งสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการ ดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

5. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็น พยาบาล วิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกสุราของโรงพยาบาลรัฐรักษ์ ขอนแก่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็น ผู้ช่วย สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่ม ตัวอย่างและ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วม ในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับกลุ่ม ควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย

ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทาง อินเทอร์เน็ต ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้าน ร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
3. ผู้วิจัยนัดมาพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อขอความร่วมมือในเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าในผู้ เสพติดสุราอีกครั้ง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
2. ภายหลังจากการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต คลินิก สุรา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมอบหมายศึกษาการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเนื้อหาการเรียนรู้ทางเฟซบุค พร้อมทั้งส่งการบ้าน จนครบ 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างการบำบัด แบบ face to face ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	รูปแบบการบำบัด	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดและพฤติกรรมที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	28 มี.ค.60	10.30 – 11.30	OPD
		facebook	28 มี.ค.60 - 3 เม.ย.60	18.00 – 20.00	-
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	29 มี.ค.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	29 มี.ค.60 - 4 เม.ย.60	18.00 – 20.00	-
ครั้งที่ 2 เรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และวิเคราะห์ตามหลัก ABC model	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	4 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	4 - 10 เม.ย. 60	18.00 – 20.00	-
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	5 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	5 - 11 เม.ย. 60	18.00 – 20.00	-

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มที่/ จำนวน สมาชิก	รูปแบบการบำบัด	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะ การแก้ไขความคิด ที่บิดเบือนด้วยการ ปรับความคิด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	11 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	11-17 เม.ย.60	18.00-20.00	-
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	12 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	12-18 เม.ย.60	18.00-20.00	-
ครั้งที่ 4 เรียนรู้ เทคนิคทาง พฤติกรรมที่ใช้ จัดการกับความคิด ที่บิดเบือน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	18 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	18-24 เม.ย.60	18.00-20.00	-
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	19 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	19-25 เม.ย.60	18.00-20.00	-
ครั้งที่ 5 การ เรียนรู้ประเมิน เหตุการณ์เครียดใน ชีวิตและฝึกเทคนิค การผ่อนคลาย ความเครียด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	25 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	25 เม.ย.60 -01 พ.ค. 60	18.00-20.00	-

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มที่/ จำนวน สมาชิก	รูปแบบการบำบัด	วันที่	เวลา	สถานที่
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	26 เม.ย.60	10.30-11.30	OPD
		facebook	26 เม.ย.60 - 02 พ.ค. 60	18.00-20.00	-
ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไข ปัญหาและการ สร้างสัมพันธ์ภาพ ภายในครอบครัว	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	2 พ.ค. 60	10.30-11.30	OPD
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	การบำบัดแบบกลุ่ม	3 พ.ค. 60	10.30-11.30	OPD

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตในแต่ละครั้ง มีผลการประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มบำบัดด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุรา มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
4. เพื่อให้ผู้เสพติดสุรา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสาเหตุ อาการของภาวะ

ซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี

2. สร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกคนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. บอกถึงบอกถึงสาเหตุ อาการ ผลของความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษาในผู้เสพติดสุราได้
4. ระบุประเภทของความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสื่อนำยิ้ม ยิ้มแจ่มใส ทำทางเป็นมิตร จริงใจและเปิดเผย ให้การยอมรับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มั่นใจ และยอมเปิดเผยข้อมูล รวมถึงให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้แนะนำตนเองผ่านเกมส์ “ภาพเล่าเรื่องราวของฉัน” เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมไปอย่างผ่อนคลายผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ากล้าเปิดเผยตนเอง พร้อมประเมินการมองตนเองผ่านภาพ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ฯ จำนวนครั้งของกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นคือ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ฯ แต่ครั้งผู้วิจัยจะมอบหมายการบ้านให้ฝึกปฏิบัติพร้อมทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้รายละเอียดในแต่ละกิจกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กแล้วส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดภายในวันที่ 4 หลังจากเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด ครั้งที่ 1 - 5 พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยประเมินการบริโภคสุราของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาส่งผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานการณ์ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างไร และให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราได้เล่าเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคสุราที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาการดื่ม ผลกระทบด้านต่าง ๆ สุขภาพ / การเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ การงาน / ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน / สังคม การเงิน / หนี้สิน / ค่าใช้จ่าย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริโภคสุราที่ผ่านมา พฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และประเภทของความคิดที่ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยสะท้อนข้อมูลกับการเล่าเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคสุราที่ผ่านมาเพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดชัดเจนขึ้นพร้อมทั้งให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิดที่ตนเองมีและส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าพร้อมสรุปทางเลือกวิธีคิดใหม่ที่ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น

5. พยาบาลมอบหมายการบ้าน ศึกษาทบทวนความรู้ในเฟสบุ๊ค พร้อมมอบหมายส่งการบ้าน การปฏิบัติทางเฟสบุ๊ค และกิจกรรมครั้งต่อไป คือเรียนรู้ประเภท การวิเคราะห์ และการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด และกล่าวปิด

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟสบุ๊ค

1. พยาบาลมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราศึกษาเรียนรู้ ตามใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับแอลกอฮอล์ และใบความรู้ที่ 1/2 ประเภทของความคิดที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ในเฟสบุ๊ค หัวข้อกิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษา

2. ให้ผู้ป่วยฝึกบันทึก ในแต่ละวันเกี่ยวกับเหตุการณ์เกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า ในแต่ละวัน “คุณมีความคิดเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าอย่างไร” “ขณะที่เกิดอารมณ์ซึมเศร้านั้นส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมอย่างไร” “คุณจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างไร” ตามใบกิจกรรมที่ 1/2 ความคิด พฤติกรรม เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัด ภายในวันที่ 4 หลังการบำบัดแบบกลุ่ม

3. พยาบาลติดตามการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วย และสนทนาให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่ต้องการขอความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้บำบัดที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติโดยสนทนาทาง ข้อความของเฟสบุ๊ค

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบชี้แจงที่ 1 แนวทางการให้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับแอลกอฮอล์
3. ใบความรู้ที่ 1/2 ประเภทของความคิดและที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า
4. ใบกิจกรรมที่ 1/1 การสำรวจสถานการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมาส่งผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
5. ใบกิจกรรมที่ 1/2 ความคิด พฤติกรรม เมื่อเกิดซึมเศร้า (Facebook)
เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า

การประเมินผลการบำบัดแบบกลุ่ม

ผู้เสพติดสุราที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม โดยประเมินจากบรรยากาศในการทำกลุ่ม เป็นไปด้วยการผ่อนคลาย ผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ถ้าเปิดเผยตนเองให้สมาชิกภายในกลุ่มทราบเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจากการดำเนินการตามเกณฑ์ผ่านภาพเล่าเรื่องราวของฉันทน์ และโดยสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์การบำบัด จำนวนครั้งในการบำบัด รวมถึงระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง และ

ช่องทางการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ค และยินดีที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยเห็นได้จากคำพูดของสมาชิกดังนี้

ผู้เสพติดสุรายาที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 3 “ภาพที่เหมือนชีวิตผมคือภาพเรือลอยอยู่ในทะเล เพราะตอนนี้เหมือนตัวผมอยู่คนเดียวมรรยาก็แยกทางกัน มองหาเป้าหมายที่จะไปก็ยังไม่รู้ทิศทางที่จะไปครับ”

ผู้เสพติดสุรายาที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 5 “ชีวิตผมเหมือนต้นไม้ครับ เพราะยอดไม้ปลิวไหวเอนง่าย ทิศทางเปลี่ยนไปตามแรงของลมไม่มีทิศทางของตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้ เพราะคนในครอบครัวมองผมว่า ซี้เมา”

ผู้เสพติดสุรายาที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 9 “ภาพที่เหมือนชีวิตของผมคือภาพกลางคืนที่มีมิติไม่มีแม้แต่แสงสว่างจากดวงดาว ทุกอย่างที่ผ่านมาล้มเหลวเพราะผมดื่มเหล้า ไม่ทำงานรับผิดชอบใด ๆ ในครอบครัวเลย จนเป็นเหตุให้เจ้านายต้องให้พักงานและพามาบำบัด ตอนนี้ผมส่งสารภรรยาและลูก”

ผู้เสพติดสุรายามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสาเหตุ อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราซึ่งก่อนการทำกลุ่มบำบัดผู้เสพติดสุราทุกคนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราซึ่งทุกคนมองว่าตนเองไม่มีภาวะซึมเศร้า ก็ว่าเรื่องดี สนุกสนานเวลาคุยกับคนอื่น ๆ หลังผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ผลของความคิดต่อภาวะซึมเศร้า และการบำบัดรักษาในผู้เสพติดสุรา และผู้เสพติดสุราสามารถระบุประเภทของความคิดที่ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิก โดยการทำ ใบกิจกรรมที่ 1/1 เรื่องการสำรวจสถานการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมาต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้เสพติดสุรา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้นสามารถบอกถึงภาวะซึมเศร้าที่ตนเองมีที่ผ่านมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดื่มสุราโดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

ผู้เสพติดสุรายาที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 5 “ตั้งแต่ดื่มสุรามานี้เป็นระยะเวลา 16 ปี ตอนแรกก็มีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลินดี ต่อมาเริ่มมีผลกระทบเกิดขึ้น ได้แก่สุขภาพเริ่มไม่ดี ตรวจสุขภาพพบการทำงานของตับผิดปกติ บางครั้งก็ชาวม การทำงานเริ่มมีปัญหา คือดื่มเมาตลอดเวลาจนไม่สามารถทำงานได้ เกิดการทะเลาะกันกับภรรยา ที่ผ่านมามีล้มเหลวมาโดยตลอด ส่วนใหญ่ผมแก้ปัญหาโดยหนีออกจากบ้านไปดื่มสุราและกลับเข้าบ้านตอนดึก ๆ มีแต่ปัญหาบางครั้งอยู่คนเดียวอารมณ์ที่เกิดขึ้นก็รู้สึกเศร้าหดหู เสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ”

ผู้เสพติดสุรายาที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 7 “ผมดื่มสุรามานี้ประมาณ 17 ปี ผลกระทบที่ผ่านมาจากการดื่มสุราคือ มีปัญหาภรรยา ทะเลาะจนภรรยาและลูกหนีจาก การงานก็ทำได้น้อยลงเนื่องจากเมาตลอดเวลาจนไม่สนใจคนรอบข้าง สุขภาพก็รู้สึกกว่าตัวเองมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง ปวดท้องบ่อย ๆ ต้องเข้าโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีคิดถึงที่ไร ผมรู้สึกผิดและทุกสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะผมคนเดียว เมื่อคิดแบบนี้ผมก็จะออกจากบ้านไปดื่มเหล้ามาแล้วก็คิดว่าคงจะลืมได้ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สุดท้ายก็ไม่สามารถลืมได้ อารมณ์ที่เกิดขึ้นรู้สึกเสียใจมาก ๆ บางครั้งก็นั่งร้องไห้คนเดียวโดยน้ำตาไหลไม่รู้ตัว”

ผู้เสพติดสุรุษชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 9 “ผมดื่มสุรามา 11 ปี สาเหตุที่ดื่มสุรเพราะภรรยาไปมีคนอื่นใหม่ ทั้งภรรยาที่ฉันได้รับผิดชอบคนเดียว จนต้องขายที่ดิน เพื่อใช้หนี้ที่เกิดขึ้นจากไปกู้มาทำธุรกิจผลกระทบบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรคือไม่สามารถทำงานอื่น ๆ ได้เลยคือผมตลอดทั้งวันและเมาทั้งวัน คนข้างบ้านก็มองว่าทำไมทำตัวได้ชั่ว ขนาดลูกก็ยังรักดีคอยช่วยเหลือตลอด สุขภาพไม่ดี 3 สัปดาห์ ก่อนมีอาการชักหลังจากหยุดดื่มลูกพาเข้าโรงพยาบาลจนต้องมาบำบัดต่อที่นี้แหละหมอ ไม่มีรายได้ ก็มีลูก ๆ ที่คอยช่วยเหลือตอนนี้และทำหน้าที่แทนทุกอย่าง นึกถึงตนเองตอนนั้นที่ไร้น้ำตาไหลขึ้นมาทุกทีเพราะคิดว่าตนไม่เหลืออะไรแล้ว ชีวิตพังทลายแล้ว อารมณ์ที่เกิดขึ้นเสียใจ รู้สึกเจ็บปวดใจ ”

ผู้เสพติดสุรุษชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 13 “ผมดื่มสุรหนักมากมาประมาณ 10 ปี ตอนมีเงินก็ซื้อสุรดื่มกับเพื่อน เมาตลอดเวลา ทำงานไม่ได้ พอเงินหมด เพื่อนก็หนีหายไปทีละคน และจากที่เคยถามก็ไม่ถาม สุขภาพก็เริ่มไม่แข็งแรงเวลาทำงานจะเหนื่อยง่าย จนผมรู้สึกว่าตัวผมน่าเกลียด เหมือนหมาตัวหนึ่งเท่านั้น บางครั้งเครียดเก็บตัวอยู่คนเดียว อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือผมรู้สึกเบื่อหน่ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นที่ผ่านมาชีวิตผมกับสุร มันคือความล้มเหลวทั้งหมด คงไม่มีอะไรที่แย่ไปกว่านี้แล้ว ”

ผู้เสพติดสุรุษชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 16 “ผมดื่มสุรมา 17 ปี ผมกระทบที่เกิดจากการดื่มคือ สุขภาพเริ่มไม่ค่อยดี มีอ้วน ทำงานหนักไม่ได้ครอบครัวทะเลาะกับแม่ยายบ่อย ๆ จนต้องออกจากบ้านไปดื่มสุรจนเมาทำงานไม่ได้ มีแต่ภรรยาที่ทำงานรับภาระหนี้สินคนเดียวละเล็ยงดูถูก ๆ จนลูกคนเล็กต้องเข้าโรงพยาบาลจากวันที่ผมเมาแล้วขับรถมอเตอร์ไซด์ล้มลูกหัวแตกทะเลาะกับแม่ยายอย่างรุนแรงจนแม่ยายบอกให้ลูกสาวเลิกกับผม ผมคิดว่าตนเองเป็นพ่อที่แย่ ในวันที่ผมไม่ได้ดื่มสุร ทำให้ผมรู้สึกหดหู คิดเรื่องเดิม ๆ ที่ไม่สามารถลืมได้ จนผมต้องกลับไปดื่มอีกครั้ง จนเมาทุกรอบ ”

จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้เสพติดสุรุษที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าที่ตนเองมีจากตัวอย่างคำพูด “ตอนแรกเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าคือคนใช้จิตเวชที่แยกตัวไม่พูดกับคนอื่น พอได้มาเรียนรู้การที่เราเก็บเอาเรื่องเดิม ๆ มาคิดโทษตัวเอง ทำให้ตนเองร้องไห้ ก็เป็นภาวะซึมเศร้านั่นเอง ” “เวลาที่เกิดปัญหาเครียดผมจะชอบดื่มเหล้าหลังดื่มก็เมาเมื่อหายเมาความเครียดนั้นยังคงอยู่บางครั้งหงุดหงิดมากจนต้องเก็บตัวไม่อยากจะคุยกับใครหลังจากที่เรียนรู้แล้วผมจัดอยู่ในคนที่มีภาวะซึมเศร้านะครับ ”ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมโดยได้มีการพูดคุยเปิดเผยความรู้สึกที่ได้พบทวนเกี่ยวกับการดื่มสุรที่ผ่านมาวิเคราะห์เชื่อมโยงถึงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับตน รูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมีการบำบัดรักษาและร่วมกันค้นหารูปแบบความคิดที่บิดเบือนของตนเอง ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร่าดังตัวอย่างคำพูด “ความคิดด้านลบที่ผมมีคือตนเองเป็นพ่อที่แย่เมื่อคิดแบบนี้ที่ไร้น้ำตาในหัวใจผมไหลออกมาทุกทีครับ รู้สึกแย่มากที่สุด ” “ที่ผ่านมาสำหรับผมมันคือความล้มเหลวทั้งหมดรู้สึกเกลียดตนเองที่ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จเลย ”รวมทั้งพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง “บางครั้งผมว่าชีวิตคุณก็ไม่ได้แย่ทั้งหมดหรอกครับอย่างน้อยคุณยังมี

ความตั้งใจที่จำมาบำบัดเพื่อเลิกเหล้าและพยายามทำหน้าที่ที่ดีหากคุณตั้งใจทำมันสำเร็จผมเชื่อว่าลูกคุณคงภูมิใจในตัวคุณมากครับ” “การดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของทุก ๆ ท่านล้มเหลวเพราะเหล้าหากเราตั้งใจในการเลิกอย่างจริงจังและมาบำบัดก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เรามีความสำเร็จได้อย่างน้อยก็เริ่มที่ตัวเองครับ”

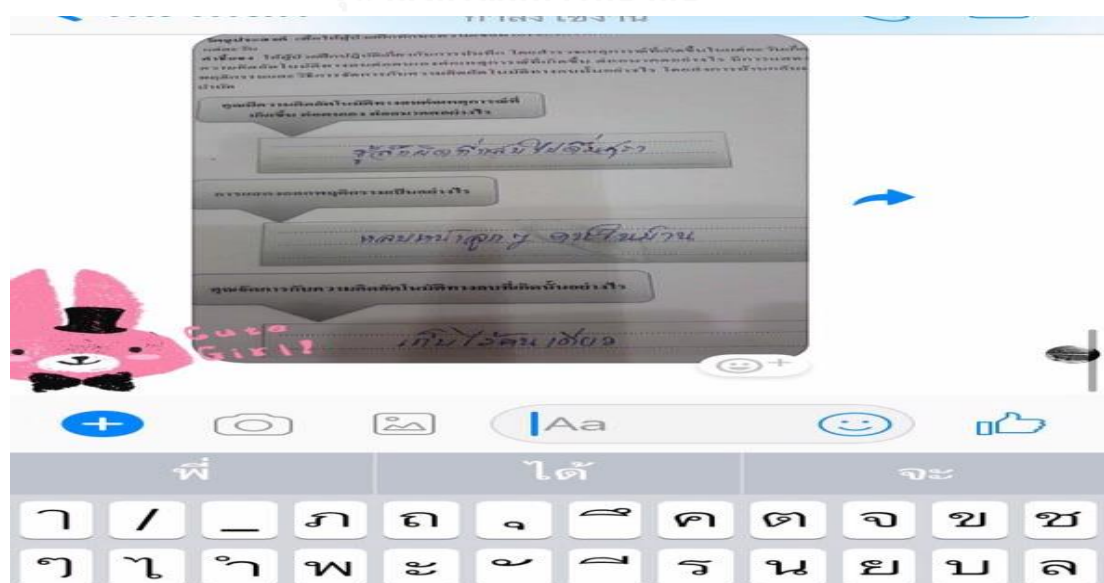
การประเมินผลการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

เมื่อดำเนินการในกิจกรรมแล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้าจากการทบทวนเนื้อหาและวิเคราะห์เรียนรู้ด้วยตนเองโดยประเมินได้จากการส่งการบ้านที่บันทึกจากการเรียนรู้สถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นจริงสามารถระบุมุมมองทัศนคติทางด้านลบ อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ร่วมกับการขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดให้คำแนะนำสนับสนุนให้กำลังใจ จากใบงานที่ 1/2 เรื่อง ความคิด พฤติกรรม เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ทางกล่องข้อความที่ส่งมายังผู้บำบัด ดังนี้

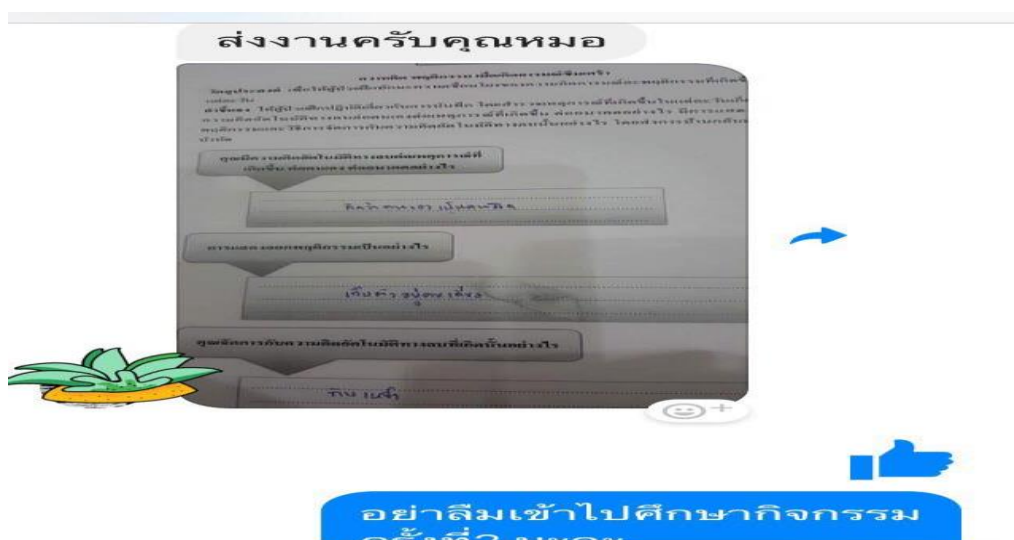
เหตุการณ์ที่ 1

เหตุการณ์ “วันที่ผ่านมาผมอยู่บ้านคนเดียวผมตั้งใจจะช่วยภรรยาและแบ่งเบาภาระบ้าง จึงตั้งใจจะทำกับข้าวไว้รอ ช่วงเวลาเย็นผมได้ไปซื้อของมาทำกับข้าวรอลูก ๆ และภรรยา ระหว่างทางเจอวงเหล้าที่ผมเคยดื่มเป็นประจำทำให้ไม่สามารถปฏิเสธได้ผมจึงดื่มจนเมา” ความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ “ผมเป็นพ่อและสามีที่แย่มากที่สุด” อารมณ์ที่เกิดขึ้น “เสียใจ” “รู้สึกผิด” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “หลบหน้าลูก ๆ และคนในบ้าน” การจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “เก็บไว้คนเดียว” ดังตัวอย่างการบ้านที่ส่งมาทางกล่องข้อความ ดังนี้



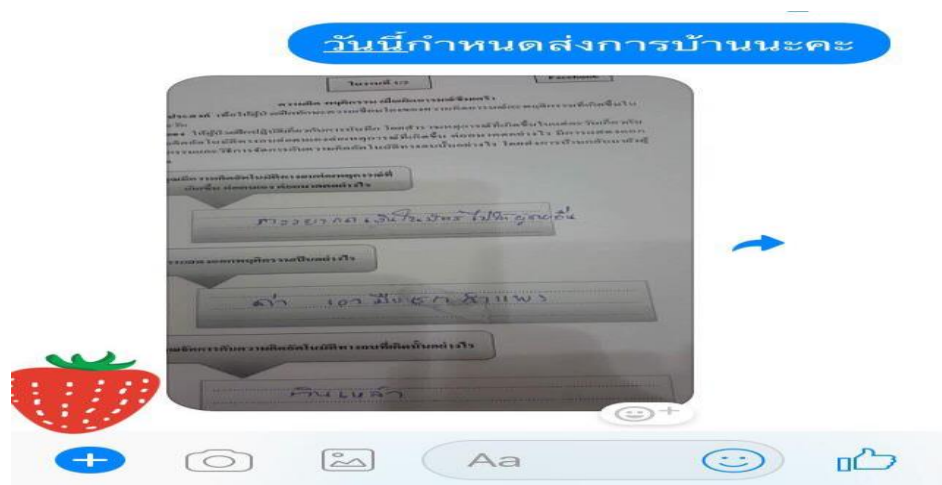
เหตุการณ์ที่ 2

เหตุการณ์ “ขณะที่ผมอยู่บ้านคนเดียวทำให้เกิดความคิดถึงเรื่องที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำเงินไปลงทุนทำค้าขายแล้วล้มเหลวขาดทุนเพราะผมกินเหล้าเมาไม่รับผิดชอบ จึงเกิดหนี้สินที่ลูกต้องมารับผิดชอบขายที่ดินอีกแปลงเพื่อมาใช้หนี้” ความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง “ผมเป็นคนผิดที่ไม่รับผิดชอบ” อารมณ์ที่เกิดขึ้น “เสียใจ” พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคือ “พยายามหลบหน้าลูก ๆ” การจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “เก็บตัวอยู่คนเดียว” ดังตัวอย่างที่ส่งการบ้านมาทางกล่องข้อความดังนี้



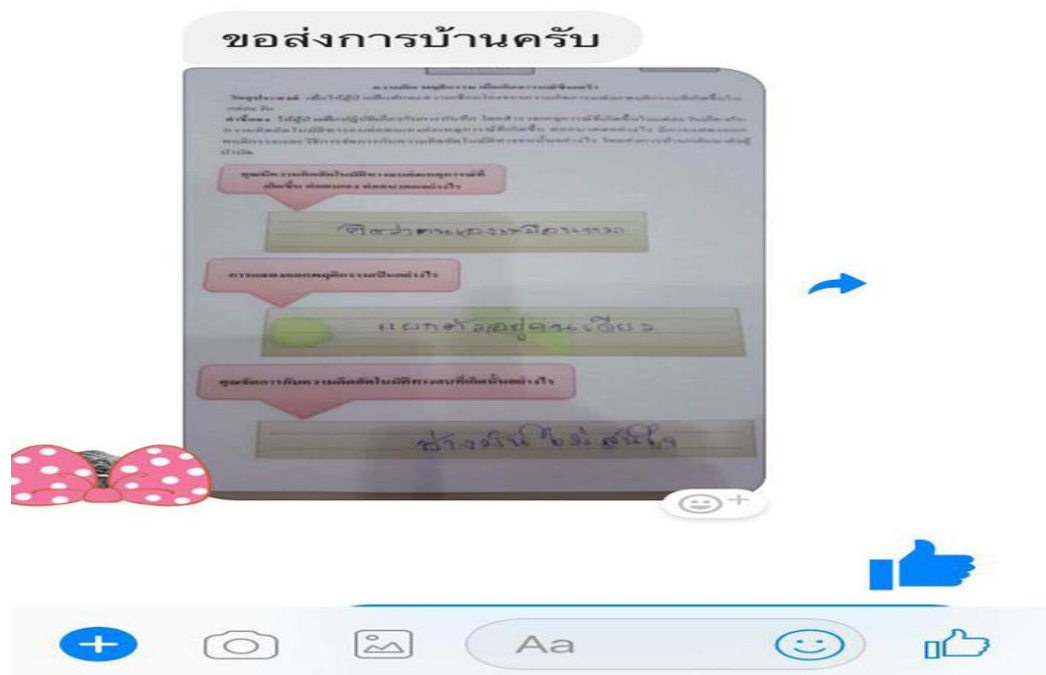
เหตุการณ์ที่ 3

เหตุการณ์ “เมื่อผมกลับมาจากที่ทำงานมาถึงบ้านพบว่าบัตรเครดิตหลายใบจากกระเป๋า 3 ใบละ แม่ผมบอกว่าภรรยาเข้ามาเก็บของออกจากบ้านผมจึงโทรไปเช็คยอดเงินพบว่ามีการรูดบัตรเครดิตเต็มวงเงินทั้งหมด” ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “ภรรยาคงเอาเงินไปใช้กับผู้ชายอื่น” ความรู้สึกที่เกิดขึ้น “ผมโกรธมาก” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “ตะโกนด่าเสียงดัง และเอามือชกกำแพง” การจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “ออกไปกินเหล้าจนเมา” ดังตัวอย่างที่ส่งการบ้านมาทางกล่องข้อความดังนี้



เหตุการณ์ที่ 4

เหตุการณ์ “ผมเดินผ่านวงเหล้าที่เคยดื่มด้วยกันต่างคนต่างพูดคุยนุกสนาน ไม่ทันที่ผมเลยลืกลำ” ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าเหมือนหมาตัวหนึ่งที่ไม่มีใครสนใจ” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “กลับบ้านไม่อยู่คนเดียว” การจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “คิดว่าขี้มัน ไม่สนใจ”



จากการดำเนินการตามโปรแกรมพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ตนเองมีสามารถระบุความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมี ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อการดำเนินการในการเรียนรู้ต่อการวิเคราะห์และแก้ไขในขั้นตอนต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรียนรู้ประเภทและการวิเคราะห์ความความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และวิเคราะห์ตามหลัก ABC model

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของความคิดที่บิดเบือน 3 ประการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนจากผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตามหลัก ABC model
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางแก้ไขความคิดที่บิดเบือนได้ โดยฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบและแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การทำการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงประเภทของความคิดที่บิดเบือน 3 ประการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
2. ผู้ป่วยบอกถึงกระบวนการวิเคราะห์และระบุประเภทของความคิดที่บิดเบือนจากเหตุการณ์การตีตราในชีวิตประจำวันได้ วิเคราะห์ตามหลัก ABC model
3. ผู้ป่วยสามารถบอกประเภทของความคิดที่บิดเบือนจากความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขได้

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทและการวิเคราะห์ความความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และวิเคราะห์ตามหลัก ABC model จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ทบทวนสิ่งที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 และการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการช่วยกันสรุปของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จากนั้นโยนเนื้อหาเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรม ความคิด ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากความคิดที่บิดเบือน 3 ประการ พร้อมกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้านั้น ในชีวิตประจำวันมีอะไรบ้าง พร้อมยกตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราทำกิจกรรม “สิ่งที่เกิดขึ้นกับฉัน” เพื่อให้ผู้เสพติดสุราฝึกวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแยกประเภทความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และนำเสนอเกี่ยวกับประเภทของความคิดที่บิดเบือน โดยยกตัวอย่างจากการนำเสนอไปกิจกรรมสิ่งที่เกิดขึ้นกับฉัน คือความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิเคราะห์และระบุประเภทของความคิดที่บิดเบือน จากเหตุการณ์การตีมีสุราในชีวิตประจำวันได้ โดยวิเคราะห์ตามหลัก ABC model เพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

5. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราฝึกเกี่ยวกับการประเมินระดับความจริงของความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อนำเอาทางเลือกใหม่ในการคิดไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ท้อ ไม่พึงประสงค์ได้ด้วยวิธีใดบ้างโดยการนำเสนอพร้อมสรุป

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราศึกษาเรียนรู้ตามบททวนเนื้อหาจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นรายบุคคลด้วยตนเองที่บ้านทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก โดยศึกษาหัวข้อกิจกรรมครั้งที่ 2 เรียนรู้ประเภท การวิเคราะห์ และการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษา

2. ส่งการบ้านตามใบกิจกรรมบันทึกประจำวันเพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น กับความเป็นจริง และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่ส่งผลให้อารมณ์ ดีขึ้น กลับมายังผู้วิจัยและส่งข้อความขอรับคำปรึกษาได้ทุกวันผ่านทางกล่องข้อความของอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2/1 ประเภทของความคิดที่บิดเบือน 3 ประการ
2. ใบความรู้ที่ 2/2 กระบวนการวิเคราะห์และระบุประเภทของความคิดที่บิดเบือนจากเหตุการณ์การตีมีสุราในชีวิตประจำวันได้ วิเคราะห์ตามหลัก ABC model
3. ใบกิจกรรมที่ 2/1 สิ่งที่เกิดขึ้นกับฉัน
4. ใบกิจกรรมที่ 2/2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ
5. ใบกิจกรรมที่ 2/3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ
6. ใบกิจกรรมที่ 2/4 บันทึกประจำวัน facebook

การประเมินผลการทำงานกลุ่มแบบกลุ่ม

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุรา มีความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของความคิดที่บิดเบือน 3 ประการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนจากผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตามหลัก ABC model พร้อมทั้งสามารถหาแนวทางแก้ไขความคิดที่บิดเบือนได้ โดยฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบและแนวทางแก้ไข จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจ การแสดงออกขอความคิดเห็นและการให้กำลังใจแก่สมาชิก ภายในกลุ่ม หลังให้ความรู้เกี่ยวกับประเภทและการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และวิเคราะห์ตามหลัก ABC model ผู้ป่วยสามารถบอกถึงประเภทของความคิดที่บิดเบือน 3 ประการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกันตลอดจนสามารถวิเคราะห์และ

ระบุประเภทของความคิดที่บิดเบือนจากเหตุการณ์การดื่มสุราในชีวิตประจำวันได้ วิเคราะห์ตามหลัก ABC model และแนวทางแก้ไขได้ โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าดังนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1 “เหตุการณ์ที่ 1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตผมที่ผ่านมา คือผมทำงานที่ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่จังหวัดผมกลับจากทำงานมาถึงบ้านพบว่าภรรยาที่แยกกันอยู่มาเอาบัตรเครดิตของผมโดยกดเอาเงินทั้งหมดไป 4 บัตร รวมเป็นเงินน่าจะประมาณ 100,000 บาท ผมโกรธมากเอามือชกกำแพงบ้านอย่างแรง จนมือขวาผมเป็นรอยช้ำ พร้อมทั้งตะโกนด่าภรรยาเสียงดัง ขณะนั้นลูกสาวผมอายุ 5 ขวบ อยู่ด้วยเห็นผมแสดงพฤติกรรมดังกล่าว ก็ร้องไห้เสียงดังและยืนตัวสั่น แม่ผมจึงมาอุ้มไป ตอนนั้นลูกสาวผมไม่เข้ามาหาผมอีกเลย ผมเครียดมากจึงไปดื่มสุรากับเพื่อนจนเมาติดต่อกัน 2 วัน คิดความคิดที่เกิดขึ้นตอนนี้มีหลายความคิดอยู่เหมือนกัน” ดังนี้

“ความคิดที่ 1 ลูกคงกลัว เกิดความรู้สึกกังวลใจ ให้คะแนน 70/100”

“ความคิดที่ 2 ลูกคงจำความรุนแรงไปตลอดชีวิตจนโต เกิดความรู้สึกเครียด 100”

“ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นคือ ลูกคงจำความรุนแรงไปตลอดชีวิตจนโต อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือเครียด”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 3 “เหตุการณ์ที่ 2 เป็นเหตุการณ์ที่ผมयर้างกับภรรยา โดยทิ้งหนี้สินทั้งหมดเกือบ 3 ล้านไว้ให้ผมรับผิดชอบคนเดียวกับลูก ๆ ผมเครียดมากจึงดื่มสุราทุกวัน จนเมาและกลายเป็นคนติดสุราที่ต้องมาบำบัดในขณะนี้ ความคิดที่เกิดขึ้นในตอนนั้น” มีดังนี้

“ความคิดที่ 1 คิดว่าตนเองคงไม่มีปัญญาใช้หนี้แน่ ๆ เกิดความรู้สึกเครียด 90 คะแนน”

“ความคิดที่ 2 คิดว่าตนเองไม่เหลืออะไรอีกแล้ว เกิดความรู้สึกหมดหวัง 70 คะแนน”

“ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นคือ คิดว่าตนเองคงไม่มีอะไรเหลือในชีวิตอีกแล้ว อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือท้อแท้หมดหวัง”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 6 “เหตุการณ์ที่ 3 ผมดื่มสุราจากการทำงานเข้าสังคม ผมเป็นคนขี้รถให้ผู้กำกับเวลามีงานสังสรรค์จึงต้องดื่มและดื่มบ่อย ๆ จนผมติดเมื่อติดแล้วไม่สามารถทำงานได้ จนต้องมาบำบัดสิ่งที่ทำให้ผมเครียดและไม่สบายใจทุกวันนี้ คือผมรู้สึกว่าภรรยาผมเปลี่ยนไปจากเดิม คือตอนนี้เลิกงานก็กลับบ้าน 1-2 ทุ่ม งานบ้านไม่ทำเป็นผมคนเดียวที่ทำทุกอย่างคือกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักเสื้อผ้า รีดผ้า ทำกับข้าวให้ลูกๆ” ทำให้ผมเกิดความคิดได้หลายอย่าง

“ความคิดที่ 1 คิดว่าภรรยาต้องการเลิกกับผม เกิดความรู้สึกกังวล 60 คะแนน”

“ความคิดที่ 2 คิดว่าผมเป็นคนล้มเหลวเพราะผมไม่สามารถทำงานหาเงินให้มีความสุขเขาได้ เหมือนแต่ก่อน เกิดความรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกเสียใจ 90 คะแนน”

“ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นคือ ตนเองเป็นคนล้มเหลว”

การที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้เกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าสำหรับตนเองนั้น จะช่วยให้ผู้เสพ

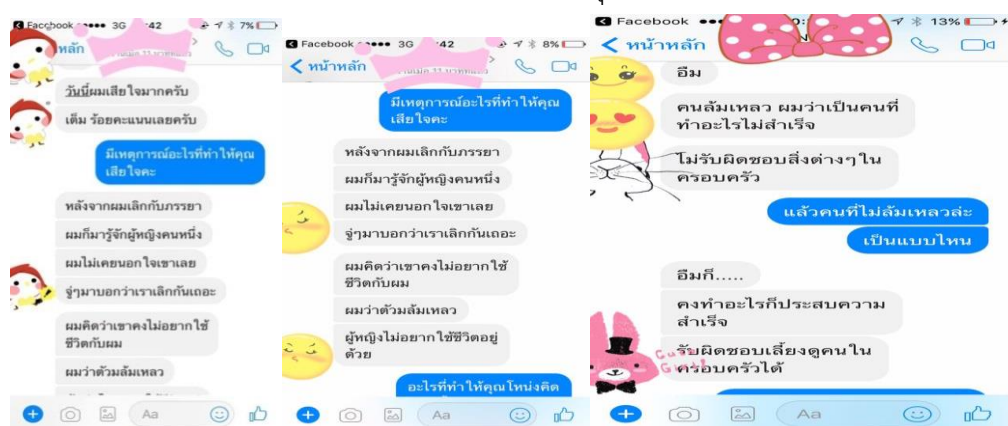
ติดสุราสามารถพิจารณาความคิดของตัวเองและแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไปทำให้ผู้เสพติดสุรามีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ ฝึกทักษะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนตามหลัก ABC Model บ่อย ๆ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์รูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการปรับความคิดในกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผลการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

ผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางเฟซบุ๊กโดยฝึกปฏิบัติการบ้านที่มอบหมายและส่งกลับมาภายในเวลาที่กำหนด และให้ความไว้วางใจในการขอรับคำปรึกษาเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เครียดมากไม่สามารถหาทางออกด้วยตนเอง โดยเห็นได้จากข้อความดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ 1 “หลังจากที่ผมอย่าร้างกับภรรยาผมได้คบหาผู้หญิงคนหนึ่งมาประมาณ 1 ปีมาบอกเลิกคบกัน” ความรู้สึกที่เกิดขึ้น “รู้สึกเสียใจมากให้ 100 คะแนน” ความคิดที่เกิดขึ้น “ผมคิดว่าตัวผมคงเป็นคนล้มเหลวคบไปคงไม่มีอนาคตเขาจึงไม่อยากจะฝากอนาคตไว้คงมีคนที่ดีกว่าเข้ามาในชีวิตเขา” โดยมีข้อมูลสนับสนุนว่า “จากที่ผ่านมาเขาถามผมอยู่บ่อย ๆ ว่าพายุบ้านเลี้ยงไก่ ทำไรไปวัน ๆ ที่ไร่เรียนมาไม่อยากไปทำงานที่อื่นบ้างหรือที่ได้เงินเยอะ ๆ และชวนผมไปทำงานที่จังหวัดระยองบ่อยครั้ง” ผู้วิจัยสอบถามเพื่อให้ผู้เสพติดสุราคิดทบทวนใหม่ โดยข้อมูลอะไรบ้างที่บ่งบอกว่าตัวคุณเป็นคนล้มเหลวโดยให้ผู้เสพติดสุราทบทวนลักษณะคนล้มเหลวกับคนไม่ล้มเหลวซึ่งสรุปได้ดังนี้ “คนที่ล้มเหลวทำอะไรไม่ประสบความสำเร็จ ไม่สามารถรับผิดชอบสิ่งต่าง ๆ ได้ ” “สำหรับคนที่ไม่ล้มเหลวจะทำอะไรก็ประสบความสำเร็จ รับผิดชอบเลี้ยงดูคนในครอบครัวได้” ผู้วิจัยจึงให้ผู้เสพติดสุราคิดทบทวนใหม่เกี่ยวกับลักษณะของตนเองที่ว่าเป็นคนล้มเหลวจริงหรือไม่จากข้อมูลดังกล่าว “สำหรับผมก็คงไม่ได้เป็นคนล้มเหลวซะทีเดียวผมยังมีงานทำ รับผิดชอบพ่อแม่ได้” เมื่อทบทวนเหตุการณ์ใหม่ “เขาอาจจะชอบความสุขสบายไม่ชอบการดำเนินชีวิตแบบผม เมื่อคิดแบบนี้รู้สึกทำใจยอมรับขึ้นมาได้หน่อยนึงคือเขาอาจจะไม่ชอบการดำเนินชีวิตแบบที่ผมเป็นอยู่ ถ้าให้ผมไปใช้ชีวิตแบบที่เขาชอบอยากให้เป็นก็คงไม่มีความสุขและเป็นไปไม่ได้อยู่ดี ตอนนี้อะไรรู้สึกเสียใจที่ผมให้ 60 คะแนน ”

ดังตัวอย่างบทสนทนาทางกล่องข้อความของเฟซบุ๊ก ดังนี้





เหตุการณ์ที่ 2 จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ “ภรรยาออกไปซื้อกับข้าวนอกบ้านและให้ผมดูแลลูกอายุ 2 ขวบและหิวนม ผมจึงอุ้มลูกที่มีมือข้างหนึ่งและอีกข้างหนึ่งกำลังเขย่าขวดนมเพื่อให้ละลายต่อมาลูกดิ้นจนลื่นหลุดศีรษะกระแทกกับพื้น หัวโนเท่าลูกมะนาวและร้องไห้” ความรู้สึกที่เกิดขึ้นคือ “วันนี้ผมรู้สึกผิดและเสียใจมาก ให้ 100 คะแนน” ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น “ผมคิดว่าตัวเองเป็นพ่อที่ไม่ดี” ผู้วิจัยจึงให้ผู้เสพติดสุราคิดทบทวนใหม่เกี่ยวกับลักษณะของตนเองที่ว่าเป็นพ่อที่ไม่ดีจริงหรือไม่จากข้อมูลดังกล่าว “พ่อที่ดีทำหน้าที่พ่อดูแลลูก เป็นแบบอย่างให้ลูก รับผิดชอบในการทำงานหาเงินเพื่อเป็นรายได้ดูแลครอบครัว” “พ่อที่ไม่ดีนั้นไม่รับผิดชอบครอบครัว ไม่ทำงาน เทียวเล่นการพนัน” ผู้วิจัยจึงสอบถามเพื่อให้ผู้เสพติดสุราตรวจสอบความคิดของตนเองจากข้อมูลและผู้เสพติดสุราให้สรุปว่าคุณเป็นพ่อที่ไม่ดีจริงหรือไม่ “สำหรับผมก็ไม่ได้เป็นพ่อที่ไม่ดีนะผมรับผิดชอบทุกอย่างในครอบครัวมีข้อเสียข้อเดียวคือผมดื่มเหล้าจนติดแต่ตอนนี้ผมพยายามเลิกแล้วโดยการมาบำบัด” ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคสะท้อนหากเป็นภรรยาคุณเป็นคนที่อยู่ในเหตุการณ์แทนคุณแล้วรู้สึกเหมือนคุณคุณจะให้กำลังใจภรรยาว่าอย่างไร “ผมจะบอกว่าไม่ต้องเสียใจเหตุการณ์มันเกิดขึ้นแล้วซึ่งมันเป็นเรื่องที่ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น” ผู้วิจัยจึงสอบถามตอนนี้ความรู้สึกผิดและเสียใจคุณเป็นอย่างไรบ้างอย่างไรบ้าง “ก็ดีขึ้นครับเหลือ 70 คะแนน”

การที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทและการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า นั้นเมื่อเจอเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนโดยสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้โดยการให้คำแนะนำปรึกษาจากผู้วิจัยซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราสามารถแก้ไขปัญหาและเกิดทักษะจากสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริงและสามารถหาแนวทางแก้ไขได้ส่งผลต่อการเรียนรู้ทักษะการปรับความคิดเพื่อให้ความคิดด้านลบต่าง ๆ ที่มีลดลงเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 : ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด

วัตถุประสงค์ทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจ

1. ผลกระทบความคิดบิดเบือนที่เกิด
2. ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด
3. การใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

และการแสดงออกบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เหมาะสมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การทำการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถบอกถึง

1. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดที่บิดเบือนได้
2. ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดที่ใช้ในการจัดการความคิดที่บิดเบือน
3. ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและการแสดงออกบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เหมาะสมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1 ทักษะการปรับโครงสร้างความคิด
2. ใบความรู้ที่ 3/2 ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม
3. ใบกิจกรรมที่ 3/1 ผลกระทบที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน
4. ใบกิจกรรมที่ 3/2 ทบทวนเรื่องของความคิด
5. ใบกิจกรรมที่ 3/3 บันทึกการจัดการความคิด

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และสอบถามสิ่งที่ได้จากการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองช่องทางเฟซบุ๊กที่ผ่านมา พร้อมกล่าวชื่นชมให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติการบ้านที่มอบหมาย พร้อมสุรบทบทวนเนื้อหาการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า รูปแบบ ABC Model จากการดำเนินกิจกรรมครั้งก่อน

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด ซึ่งประกอบไปด้วย ผลกระทบที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน ทักษะการปรับโครงสร้างความคิดและการแก้ไขความคิดที่บิดเบือน และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นทักษะสำคัญในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงความสำคัญและให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทุกรายฝึกปฏิบัติจากการดำเนินในชีวิตประจำวันบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ไขการปรับความคิดที่มีประสิทธิภาพ

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้เล่าถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีความคิดที่บิดเบือนและการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดโดยนำเสนอเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของตนและกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรารายอื่น ๆ ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและแสดงออกที่เหมาะสม(assertiveness) ในการดำเนินชีวิตในสังคม และครอบครัว เกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารจากนั้นให้ผู้เสพติดสุราช่วยกันกำหนดสถานการณ์เกี่ยวกับการดื่มสุราที่เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมี

อารมณ์เศร้า เสียใจ มาเล่าพร้อมสาทิต จากนั้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมกันให้ความช่วยเหลือโดยใช้ทักษะการแสดงออก ในบทบาทที่เป็นอยู่ พร้อมการแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก โดยให้แต่ละกลุ่ม สลับกันเล่าเรื่องราวและให้ความช่วยเหลือด้านการแสดงออกที่เหมาะสม

5. ให้เสพติดสุราร่วมกันสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้จากกิจกรรมแนะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันโดยผู้วิจัยสรุปอีกครั้งในประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับทักษะการปรับความคิดและมอบหมายศึกษาและทบทวนเนื้อหาทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กและฝึกปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน การส่งการบ้านที่ได้รับมอบหมายและการขอรับคำปรึกษาผ่านทางกล่องข้อความอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กนัดหมายครั้งต่อไป

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ทางเฟซบุ๊ก หัวข้อ กิจกรรมครั้งที่ 3 การเรียนรู้เทคนิคการปรับความคิด โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษา

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคปรับความคิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน พร้อมส่งการบ้านมายังผู้วิจัยอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ภายในวันที่ 4 หลังการบำบัดแบบกลุ่ม

3. ผู้วิจัยโพสกระตุ้นให้สมาชิกรายบุคคลทางกล่องข้อความให้คำปรึกษาสำหรับสมาชิกที่ต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผลการทำการบำบัดแบบกลุ่ม

เมื่อดำเนินกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นและทักษะแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนความคิดสามารถการใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมในการสื่อสารขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและการแสดงออกบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เหมาะสมก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกตัวเองมีคุณค่า หลังผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด พบว่าผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการเรียนรู้แสดงความสามารถความคิดเห็นได้เป็นอย่างดีสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดบิดเบือนและสามารถฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดที่ใช้ในการจัดการความคิดที่บิดเบือนที่เกิดการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสามารถสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือหาข้อมูลสนับสนุนพิสูจน์ความคิดก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้นภายในครอบครัวส่งผลให้ผู้เสพติดสุราสามารถปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของตนเองได้เหมาะสมและผู้เสพติดสุราภายในกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันโดยประเมินจาก ข้อความดังต่อไปนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 8

เหตุการณ์ “เมื่อผมเดินผ่านกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา ไม่มีใครทักทายผม”

ความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ “ผมคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าเหมือนหมาตัวที่ไม่มีใครสนใจเพราะไม่มีเงินซื้อสุราให้เพื่อนดื่ม”

ผลกระทบที่เกิดขึ้น “หงุดหงิด เบื่อ ไม่อยากพบหน้าคนอื่น”

เมื่อนำความคิดมาทบทวนตามกระบวนการหาข้อมูลสนับสนุนและพิสูจน์พบว่า

“ผมคิดว่าจริง 70 % จากข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ เมื่อผมเดินผ่านวงสุราไม่มีใครทักผม”

“ผมคิดว่าไม่จริง 30 % จากข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ หลังเลิกงานเพื่อนไม่ชวนไปด้วยเพราะเห็นผมทานยาที่โรงพยาบาล หัวหน้างานกำชับอย่างเด็ดขาดห้ามชวนดื่มสุรา”

จากข้อมูลสนับสนุนที่มีผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราประเมินความคิดใหม่ที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า “ก็คงไม่เป็นจริงนะครับเพื่อนเห็นผมมาบำบัดหลายรอบแล้วไม่เคยสำเร็จ ตอนนี้อาจจะเห็นผมมาบำบัดเพื่อเลิกสุราอยู่ จึงไม่เรียกไม่ชวนร่วมวงเพื่อต้องการให้ผมเลิกได้สำเร็จ เมื่อทบทวนแล้วก็ทำให้ผมรู้สึกดีขึ้น จึงได้ขจัดคิดว่าควรวิเคราะห์ให้หลาย ๆ มุมมอง” อารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังปรับความคิดใหม่ก็คือรู้สึกดีใจที่เพื่อนเป็นห่วง สบายใจขึ้น

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 14

เหตุการณ์คือ “วันหยุดที่ผ่านมาภรรยาผมเปลี่ยนคือหลังเลิกงานกลับถึงบ้านก็กินข้าวอาบน้ำนอนและก็นอนตื่นสาย ไม่ช่วยงานบ้านผมเหมือนแต่ก่อน ตอนนี้ผมต้องทำงานบ้านดูแลลูก ซักเสื้อผ้ารีดผ้าแทน”

ความคิดอัตโนมัติทางด้านลบคือ “คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวที่ไม่สามารถทำงานได้เงินเยอะเหมือนเมื่อก่อน”

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผม คือ “นอนไม่หลับ เครียด”

เมื่อนำความคิดมาทบทวนตามกระบวนการหาข้อมูลสนับสนุนและพิสูจน์พบว่า

“คิดว่าจริง 50 % ข้อมูลสนับสนุน คือ แต่ก่อนผมทำงานหาเงินได้ก็จะพาครอบครัวไปทานข้าวนอกบ้านเป็นประจำ แต่ตอนนี้ผมออกจากราชการอยู่บ้าน ไม่มีเงินเยอะเหมือนเมื่อก่อน”

“คิดว่าไม่จริง 50 % ผมก็ยังมีเงินเดือนจากเงินบำนาญอยู่ ทุกวันนี้ก็ปลูกผักสวนครัวที่บ้านขายช่วงที่มาบำบัด แต่มันอาจจะได้เงินน้อย ไม่ได้เยอะเหมือนเมื่อก่อน”

จากข้อมูลสนับสนุนที่มีผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราประเมินความคิดใหม่ที่คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า “ภรรยาคงเหนื่อยจากการทำงาน ซึ่งตอนนี้ผมก็อยู่บ้านเฉย ๆ ช่วงมาบำบัด ตอนที่ผมทำงานนอกบ้านเขาก็คงคิดเหมือนผม อารมณ์ที่เกิดขึ้นก็รู้สึกสงสารภรรยามากขึ้น เครียดน้อยลง นอนหลับได้ดีขึ้น และรู้สึกว่ามีการคุยกันมากขึ้นระหว่างภรรยากับผม”

การที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของความคิดที่บิดเบือนและสามารถวิเคราะห์ความความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าและนำความคิดอัตโนมัติทางด้านลบมาวิเคราะห์หาข้อมูลสนับสนุนเพื่อตรวจสอบความคิดนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่ จะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้และทักษะในการจัดการกับความคิดทางด้านลบที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า จะส่งผล

ให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ ฝึกปฏิบัติเป็นการบ้านโดยส่งการบ้านหรือขอรับคำปรึกษากับผู้วิจัยและทบทวนความรู้เพิ่มเติมตามเนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 3 พร้อมศึกษาเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 4 ทางอินเทอร์เน็ตของทางเฟซบุ๊กมาล่วงหน้าก่อนการมาบำบัดครั้งต่อไป

การประเมินผลการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

เมื่อทำการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติและมีเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการแก้ไข ความคิดที่บิดเบือนด้วยวิธีการปรับความคิด โดยมีการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กเพิ่มเติมและมีการปฏิบัติฝึกทักษะการเรียนรู้ในการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่ประสบปัญหาซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้เสพติดสุราเผชิญอยู่ในขณะนั้นและได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยผ่านทางกล่องข้อความของอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความคิดทางด้านลบ ทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง

การดำเนินการในกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าฝึกปฏิบัติ โดยการส่งข้อความสอบถามความเป็นอยู่โดยการส่งบันทึกการจัดการความคิดทางลบที่เกิดขึ้นมายังผู้วิจัย โดยประเมินได้จากข้อความดังต่อไปนี้

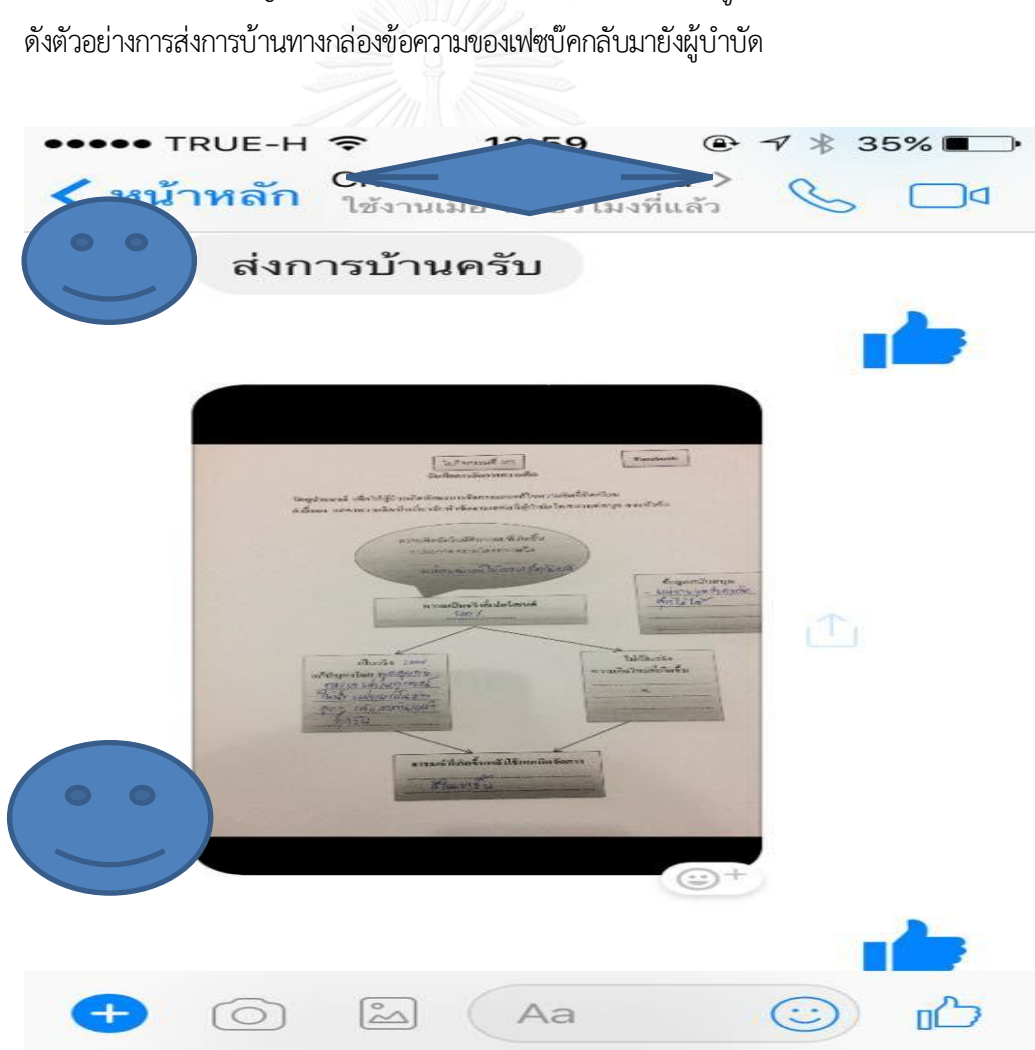
ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1

เหตุการณ์ “วันนี้ผมเลิกงานกลับบ้านเร็วเพื่อที่จะมาดูแลลูก สอนหนังสือ เล่านิทานก่อนนอนให้ลูกฟัง เมื่อลูกกลับมาถึงบ้านไม่เข้ามาหาผม วิ่งไปหาย่า” ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น “คิดว่าตนเองเป็นพ่อที่แย่” อารมณ์ที่เกิด “เสียใจ โกรธตัวเอง” ผู้วิจัยถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์ความคิดนั้นถึงคุณลักษณะพ่อทั่ว ๆ ไป และพ่อที่แย่โดยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าหาข้อมูลดังกล่าว ตัวอย่างข้อความพบว่า “พ่อที่แย่ คือพ่อที่ไม่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ไม่ดูแลลูก คิดถึงแต่ตัวเอง” “พ่อทั่ว ๆ ไป คือ ดูแลลูก ทำงานหาเงินรับผิดชอบในครอบครัว อบรมสั่งสอนลูก” จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ลักษณะของตนเองที่คิดว่าเป็นพ่อที่แย่หรือไม่ ดังตัวอย่างคำตอบที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่งกลับมา “ผมก็ยังทำหน้าที่เหมือนที่พ่อทั่ว ๆ ไปอยู่ครับรับผิดชอบทุกคนในครอบครัว รักลูกอบรมสั่งสอนลูก ก็ไม่ได้เป็นพ่อที่แย่นะครับ” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าคิดทบทวนอีกครั้งหากคุณไม่ได้เป็นพ่อที่แย่แล้วจากเหตุการณ์ที่ลูกไม่เข้ามาหาคุณจะคิดแบบไหนได้อีก ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้คิดทบทวนเหตุการณ์ใหม่ ดังตัวอย่างข้อความว่า “เด็กก็คงเป็นเด็ก เขาอาจจะเห็นพ่อโมโหและโกรธเขาก็คงกลัว” ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทบทวนแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองแล้วพบว่า “ต่อไปก็คงไม่แสดงพฤติกรรมแบบนี้ต่อหน้าลูกอีก จะพยายามเข้าหาลูกโดยพาเขาไปเล่นก่อนเพื่อให้เขาไม่กลัว”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 17

เหตุการณ์ “เมื่อผมเลิกงานกลับบ้านได้ยินเสียงแม่ยายกับภรรยาคุยกันว่าผมคงเลิกสุราไม่ได้
 เมามาทุกวันแบบนี้” ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “แม่ยายต้องการให้ภรรยาเลิกกับผม” ผู้วิจัยได้ถาม
 เพื่อกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทบทวนเหตุการณ์หาข้อมูลสนับสนุนความคิดพบว่า ข้อมูลที่แม่
 ยายต้องการให้เลิกกับภรรยา ดังตัวอย่าง “แม่ยายพูดว่าผมคงเลิกสุราไม่ได้หรอก” “เมามาแบบนี้จะเลี้ยงลูกได้
 อย่างไร” “ไม่ค่อยพูดกับผม” ข้อมูลสนับสนุนที่แม่ยายไม่ต้องการให้เลิกกับภรรยา “ทำกับข้าวมาส่งภรรยา
 และผมเสมอ” “นำเงินมาช่วยเหลือเมื่อกิจการผมมีปัญหา” “ดูแลลูก ๆ แทนผมและภรรยาเวลาที่ผมและ
 ภรรยาทำงาน” “ช่วยเหลือค่าเทอมลูก ๆ ผม” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราคิดทบทวนความคิดใหม่จากข้อมูล
 สนับสนุนที่มี “คงไม่ได้ต้องการให้เลิกกับภรรยา อาจจะเป็นห่วงผม” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะ
 ซึมเศร้าหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา “ผมจะตั้งใจเลิกอย่างจริงจังแล้วครับเพื่อลูกเพื่อครอบครัวผม”

ดังตัวอย่างการส่งการบ้านทางกล่องข้อความของเฟซบุ๊กกลับมายังผู้บำบัด



หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดได้เป็นอย่างดี มีการฝึกทักษะตามกระบวนการ และมีการเกิดการปรับความคิดเมื่อเกิดปัญหาโดยทบทวนหาข้อมูลสนับสนุนความคิดเหล่านั้นเมื่อทบทวนแล้วไม่เป็นความจริงผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่เมื่อเป็นความจริงก็มีการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีการฝึกทบทวนทวนบ่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับความคิดที่บิดเบือน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจ

1. พฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า
2. เทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การทำกลุ่มบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้ปวยสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า
2. ผู้ปวยสามารถบอกถึงเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง
3. ผู้ปวยสามารถบอกถึงพฤติกรรมใหม่ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนในการลดภาวะ

ซึมเศร้าของตนเอง

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้า จากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 เทคนิคการปรับพฤติกรรม
2. ใบกิจกรรมที่ 4/1 พฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า
3. ใบกิจกรรมที่ 4/2 การฝึกการปรับพฤติกรรม

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและทบทวนความรู้ความเข้าใจและการฝึกทักษะเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก จากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องทักษะแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดที่ได้ทบทวนการฝึกปฏิบัติการปรับความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังการปรับเปลี่ยน

2. ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา โดยมอบหมายให้ผู้ปวยทบทวนตัวเองจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจากนั้นให้ผู้ปวยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตัวเอง ผู้วิจัยได้สรุปเพิ่มเติมอีกครั้งและเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเข้าใจมากขึ้น

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงโดยสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ผ่านมาที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตระหนักและเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนั้นให้ความรู้การปรับพฤติกรรม ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรมในแต่ละวัน ช่วงเวลาว่าจะทำอะไรบ้าง ในช่วงเวลาใด โดยเน้นแก้ไขพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จากนั้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้ พร้อมบันทึกระดับความสำเร็จที่เกิดขึ้นและระดับความสุขที่เกิดขึ้น

5. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าฝึกทักษะเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงพร้อมนำเสนออารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังปรับพฤติกรรม จากนั้นให้ความรู้และฝึกเทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ที่ช่วยลดความคิดที่บิดเบือน ประกอบด้วย การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม (assertiveness) พร้อมให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงบทบาทสมมุติในการฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ ร่วมแสดงความคิดเห็น ชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกันแก่สมาชิกภายในกลุ่ม และเน้นย้ำถึงทักษะในการปฏิบัติและศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมได้ทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊ก เรื่องการเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดที่บิดเบือน และส่งการบ้านมายังผู้วิจัยภายในวันที่ 4 หลังการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจจากการดำเนินชีวิตจริง

7. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับการเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดที่บิดเบือน โดยเน้นย้ำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้เสพติดสุรา มีระดับภาวะซึมเศร้ามากขึ้นหากเป็นนานจะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาพร้อมนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ทางเฟซบุ๊ก หัวข้อ กิจกรรมครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรม โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษา

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน พร้อมส่งการบ้านมายังผู้บำบัดอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ภายในวันที่ 4 หลังการบำบัดแบบ face to face

3. ผู้วิจัยโพสกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและสนับสนุนการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติและให้คำปรึกษาสำหรับสมาชิกที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลทางกล่องข้อความเฟซบุ๊ก

การประเมินผลการบำบัดแบบกลุ่ม

เมื่อดำเนินการในกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุรา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาของตนเอง โดยผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่นเมื่อมีอาการเครียด โกรธ หรือหุดหู่เกิดขึ้น ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมโดยไปดื่มสุรา เนื่องจากเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยลืมนปัญหาได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง บางรายหลังเลิกงานจะพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานดื่มสุรา เมื่อกลับมาถึงบ้านก็เกิดการทะเลาะกับคนในครอบครัว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 3 “การบำบัดครั้งก่อนที่ไม่สำเร็จเพราะเวลาที่ผมอยู่คนเดียวไม่ได้ดื่มจะรู้สึกเศร้า หุดหู่ จึงต้องทำให้ผมกลับไปดื่มสุราอีกครั้ง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผมคือชอบอยู่คนเดียวที่ส่งผลให้รู้สึกหุดหู่ผมต้องแก้ไขพฤติกรรมนี้ครับ”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 14 “เมื่อเกิดปัญหาผมแก้ไขปัญหาโดยการไปดื่มสุรา แล้วรู้สึกเคลิ้มดี มีความสุขเมื่อดื่ม แต่พอไม่ได้ดื่มผมกลายเป็นคนหงุดหงิด การปฏิบัติแบบนี้ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้เลยในทางตรงกันข้ามเมื่อไม่ได้ดื่มยิ่งทำให้ผมหงุดหงิดมากขึ้นและเกิดการทะเลาะกับคนในครอบครัวบ่อยครั้ง”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 12 “เมื่อก่อนเวลาผมโกรธมาก ๆ ผมมักจะทำร้ายตนเองโดยทำให้ตนเองเจ็บด้วยวิธีต่าง ๆ เกิดผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวมากมาย สุดท้ายตัวผมยังรู้สึกผิดต่อตัวเองมากขึ้น ”

เมื่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยจึงได้สรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นมาเชื่อมโยงในการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละรายนั้น สามารถบอกเกี่ยวกับการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร่าลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 11 “ การบำบัดครั้งก่อนที่ไม่สำเร็จเนื่องจากเวลาอยู่คนเดียว ไม่ได้ดื่มจะรู้สึกเศร้า หุดหู่ จึงต้องทำให้ผมกลับไปดื่มอีกครั้ง มาตอนนี้ผมจึงวางแผนตัวเองใหม่โดยช่วงเวลาที่อยากดื่มสุรา ประมาณ 17.00 น. ผมแก้ไขโดยไปวิ่งออกกำลังกายตอนนีทำช่วงเวลานี้ทุกวัน ทำให้ผมหยุดได้ผ่านมาแล้ว 28 วัน รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น ผมดีใจมาก”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 5 “ เมื่อเกิดปัญหาผมแก้ไขปัญหาโดยการไปดื่มสุรา แล้วรู้สึกมาแล้วมีความสุขเมื่อได้ดื่ม แต่พอไม่ได้ดื่มผมกลายเป็นคนหงุดหงิด ปัจจุบันนี้ผมเปลี่ยนตัวเองแล้วครับ เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้เครียดผมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยายามพูดคุยกับคนในครอบครัวมากขึ้น และจัดกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีเวลาในการพูดคุยกันมากขึ้นและใช้สติมาก ๆ ฝึกฝนบ่อย ๆ ตอนนีผมเครียดน้อยลงแล้วครับและรู้สึกดีใจมากที่ทำสำเร็จและมีการพูดคุยกันมากขึ้น”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1 “ เมื่อก่อนเวลาผมโกรธมาก ๆ ผมมักจะทำร้ายตนเองโดยทำให้ตนเองเจ็บเอามือชกกำแพง เหตุการณ์วันนั้นที่ลูกผมเห็นทำให้ผมรู้สึกผิดมาก ตอนนีผมเปลี่ยน

พฤติกรรมตนเองโดยเมื่อโกรธมาก ๆ ผมจะเดินหนี สงบสติอารมณ์หลังจากนั้นก็มาคุยใหม่หรือไปออกกำลัง ภาย เหมือนชกมวย ผมเริ่มทำได้และสำเร็จแล้วตอนนี้มีความสุขมาก”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 15 “หลังเลิกงานผมจะร่วมคุยสนทนากับเพื่อนและก็ดื่มสุรา พอกลับบ้านเมาทะเลาะกับภรรยาและแม่ยาย ผมปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยวางปณหลังจากเลิกงานจะรีบ กลับมาบ้านเพื่อป้องกันการดื่ม ออกกำลังกายโดยพาลูกไปปั่นจักรยาน ตอนนี้ผมมีความสุขมากขึ้นครับ ”

หลังสิ้นสุดการดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสามารถใช้เทคนิคทางพฤติกรรมโดยการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สำหรับตนรวมทั้งมีการสื่อสารด้านการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง รวมทั้ง ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่โดยเริ่ม วิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากนั้นนำไปสู่การวางแผนแก้ไข โดยฝึกบ่อย ๆ และเรียนรู้ด้วยตนเอง เพิ่มเติมอีกครั้ง ทั้งนี้สามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางกล่องข้อความทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กและนัดหมายการดำเนินตามกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผลการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

หลังดำเนินการกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก พบว่า

ผู้เสพติดสุรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและสามารถ เรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยส่งการบ้านกลับมา ยังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก ประเมินได้จากการส่งบันทึกเหตุการณ์มายังผู้บำบัด ดังนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 15 “เมื่ออยู่บ้านแม่ยายชอบบ่นว่าผมไม่เอาไหน กินแต่เหล้า เมื่อได้ยินเสียงบ่น ผมปรับพฤติกรรมโดยพูดคุยกับภรรยาถึงปัญหาและทำงานไม่ดื่มสุรา หลังผมลองปรับผม รู้สึกดีขึ้น แม่ยายบ่นน้อยลง ภรรยาและผมก็มีความสุขมากขึ้น”

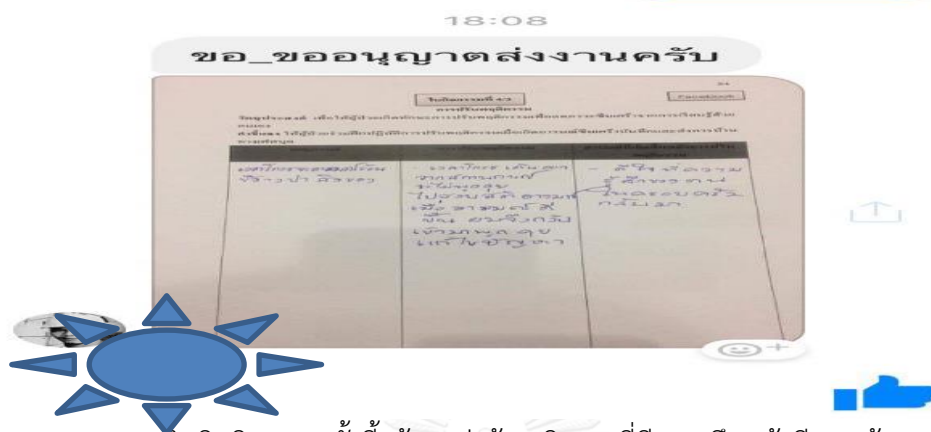
ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1 “เมื่อก่อนผมโกรธผมเป็นคนอารมณ์ร้อน จะชอบขว้างปา สิ่งของ สุดท้ายออกไปดื่มสุราตามตอนนี้ผมปรับพฤติกรรมโดยเมื่อรู้ว่าตนเองโกรธผมจะเดินออกจากสิ่งนั้นก่อน สงบอารมณ์ แล้วค่อยมาพูดคุย เมื่อผมลองปรับ ตอนนี้ลูกกล้าที่จะเข้ามาหาผม ผมรู้สึกมีความสุขมากขึ้น ที่ ความรู้สึกลูกกลับมา”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 5 “ผมมักจะโทษตัวเองเสมอว่าที่ภรรยาอย่าร้างกับผมไป เพราะผมเป็นไอ้ขี้เมาคนหนึ่ง ทุกครั้งที่ได้ยินคนพูดเกี่ยวกับภรรยาผม ผมรู้สึกเสียใจ และไปดื่มสุรา ตอนนี้ผม ปรับพฤติกรรม เมื่อคนอื่นพูดถึงภรรยาผม ผมจะพยายามสงบอารมณ์และพูดคุยถึงความเป็นอยู่ เมื่อได้ทราบ ความเป็นอยู่ก็ทำให้ผมรู้สึกดีมากขึ้นว่าเขายังไม่ใคร และยังสุขสบายดี”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 11 “เมื่อวานไปงานเลี้ยงซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงของผมคือไปคน เดียว ไปเจอเพื่อนก็ดื่มสุราทุกครั้งหลังดื่มผมจะรู้สึกผิดทุกครั้งที่ตนเองไม่สามารถทำได้ ผมวางแผนปรับ

พฤติกรรมโดยพาครอบครัวและลูกไปด้วยซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะคอยเตือนเมื่อเพื่อนชวนทำให้ผมกล้าที่จะปฏิเสธเพื่อนอย่างมีเหตุผล ผมทำสำเร็จโดยการหยุดดื่มมา 30 วันแล้วครับ ก็รู้สึกดีใจและมีความสุข”

ตัวอย่างในการบันทึกทักษะการปรับพฤติกรรมที่ผู้เสพติดสุราส่งกลับมายังผู้วิจัย



จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าสำหรับตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถชี้แจงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้มีการฝึกทักษะบ่อย ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อภาวะซึมเศร้าลดลง กิจกรรมครั้งที่ 5 การเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเผชิญความเครียดและสามารถเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การทำการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้ป่วยบอกถึงความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้
2. ผู้ป่วยเลือกแนวทางในการเผชิญความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ผู้เสพติดสุราที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด จากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 มารู้จักความเครียดกันเถอะ
2. ใบความรู้ที่ 5/2 การเผชิญความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 5/3 การผ่อนคลายความเครียด

4. ใบกิจกรรมที่ 5.1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
5. ใบกิจกรรมที่ 5.2 สาเหตุและอาการที่แสดงออกเมื่อท่านเกิดความเครียด
6. ใบกิจกรรมที่ 5.3 แนวทางการเผชิญความเครียด
7. ใบกิจกรรมที่ 5.4 ทางเลือกใหม่ในการเผชิญความเครียด
8. เครื่องเล่นแผ่นเสียง พร้อมแผ่นซีดีสำหรับฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ช่วยด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม เป็นมิตร กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกันทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดที่บิดเบือน
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดในเรื่องสาเหตุและอาการที่แสดงออกถึงความเครียดที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมจากนั้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าประเมินความเครียดของตนเอง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยบันทึกในใบกิจกรรม แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยแจ้งถึงผลการประเมินความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมสอบถามถึงสาเหตุ และอาการที่แสดงออกเมื่อเกิดความเครียด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสาเหตุและอาการที่แสดงออกเมื่อมีความเครียดของแต่ละคนในกลุ่มรวมถึงประสบการณ์การเผชิญความเครียดในสถานการณ์หรือภาวะอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา และผลดี-ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวนั้น และผู้วิจัยสรุปให้เห็นภาพรวมอีกครั้ง
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้กับการเผชิญความเครียดเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและกระตุ้นให้ผู้ช่วยทุกคนได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดวิธีต่างๆ เพื่อเพิ่มทักษะและสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองและให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขให้นำไปใช้ได้จริง
5. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าฝึกทักษะการเผชิญความเครียดโดยแสดงจากสถานการณ์สมมุติที่ผ่านมาที่ส่งผลให้ตนเองเกิดความเครียดจนเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์และร่วมวางแผนการเผชิญกับความเครียดนั้นโดยประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรมวันนี้ไปใช้จริงพร้อมฝึกปฏิบัติ
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแลกเปลี่ยนแนวทางในการเผชิญความเครียดและมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะแก่เพื่อนสมาชิกรายอื่น ๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสรุปสิ่งที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ และให้กำลังใจชื่นชมผู้เสพติดสุรารายอื่น ๆ ในความร่วมมือและตั้งใจร่วมกิจกรรมและมอบหมายการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดทักษะในการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย พร้อมส่งการบ้านที่ได้รับมอบหมายกลับมายังผู้บำบัด ทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบพร้อมนัดหมายนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าศึกษาเรียนทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก ในหัวข้อกิจกรรมครั้งที่ 5 เรื่องการเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษา

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าฝึกทักษะการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยการบันทึกในแต่ละวันเกี่ยวกับ เหตุการณ์เครียดในชีวิต ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เลือกใช้ ระดับความเครียดหลังใช้เทคนิคผ่อนคลาย และส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัด ภายในวันที่ 4 หลัง การบำบัดแบบกลุ่ม

3. ผู้วิจัยโพสกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงความคิดเห็นในการฝึกทักษะการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดผ่านกล่องข้อความเป็นรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

การประเมินผลการบำบัดแบบกลุ่ม

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และสามารถบอกถึงแนวทางในการเผชิญความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการปฏิบัติและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดความเครียดที่ผ่านมาพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันกับสมาชิกรายอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดทั่วไปร่วมกับผสมผสานการผ่อนคลายและการฝึกการหายใจ โดยประเมินได้จากข้อความดังนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 20 “เมื่อก่อนเมื่อเกิดความเครียดทุกครั้งผมจะไปดื่มเหล้ากับเพื่อน ๆ ตอนนี้หลังจากที่ผมมาแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ผมนำไปปฏิบัติโดยฟังเพลง ไปปั่นจักรยานออกกำลังกาย ตอนนี้ผมรู้สึกว่าคุณภาพผมดีขึ้น และไม่ค่อยได้ดื่มเหล้า อารมณ์ที่หงุดหงิดง่ายก็ดีขึ้น ”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 15 “เมื่อก่อนหลังเลิกงานที่ผมเครียดจากการทำงานและเมื่อยจากการทำงาน ผมจะดื่มเหล้ากับเพื่อน ๆ ก่อนมาถึงบ้าน เมื่อมาถึงบ้านก็จะได้นอนแผ่สบาย ก็จะรู้สึกเครียดและโกรธมากขึ้นหลังได้พูดคุยกับคุณหมอไปผมนำไปปฏิบัติโดย หลังเลิกงานผมรีบกลับบ้านรีบอาบน้ำ ดื่มน้ำหวานให้เย็นสบาย และช่วยภรรยาทำกับข้าว ตอนนีู้สึกว่าดีขึ้นเครียดน้อยลง แผ่สบายก็บ่นน้อยลง”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 12 “สำหรับผมเมื่อเกิดเครียดเนื่องจากแม่ผมจะเป็นคนที่ชอบบ่น บางครั้งผมก็รู้สึกท้อ ทำไม่ไม่เชื่อใจแต่ก่อนผมจะเดินหนี ไปกินเหล้ากับเพื่อน ๆ ตอนนี่ผมแก้ปัญหาโดยยอมรับที่แม่บ่นโดยฝึกการหายใจสงบสติอารมณ์ ทำให้รู้สึกโล่งขึ้น ไม่ได้เถียง และไปฟังเพลง และทำสิ่งที่ผมชอบคืออาบน้ำอุ่น”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1 “ผมเกิดปัญหาเครียดเมื่อก่อนผมจะดื่มเหล้า คิดว่าเมื่อก่อนจะช่วยให้หายเครียดและลืมปัญหา แต่ไม่สามารถลืมได้เลย ยิ่งเมายังเสียเงินจากการดื่มมาก และเป็นหนี้จากที่ไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ ตอนนี่ผมพยายามไม่ให้มีแก้วแรก และแก้ไขปัญหาโดยไปออกกำลังกาย และตบปลากก็ช่วยให้ความเครียดลดลงและไม่เป็นหนี้สินเพิ่ม คือได้ค่ากับข้าวและไม่เสียเงินหรือเป็นหนี้สินจากการดื่มเหล้าครับ”

นอกจากนี้ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร่ายังได้มีการฝึกทักษะการการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยการแสดงสถานการณ์สมมติ โดยมีผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศรารายอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการสังเกตและประเมินผลสำเร็จของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร่านำไปปฏิบัติได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศรารายอื่น ๆ

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 20 “เพื่อนก็ทำได้ดีครับ เมื่อเจอเหตุการณ์ถ้าเรายังไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ก็พยายามหลีกเลี่ยงออกมาก่อนเพราะถ้าอยู่จะทำให้เครียดมากขึ้นซึ่งผลกระทบจะเกิดขึ้นอีกมากมาย เช่นทะเลาะกัน ดื่มเหล้า เราอาจจะไปทำในสิ่งที่ชอบก็ได้เช่นออกกำลังกายเมื่อคิดหรือแก้ปัญหา สงบอารมณ์ได้แล้วค่อยกลับมาคิดและแก้ไขปัญหา”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 17 “จริง ๆ แล้วก็มีวิธีคลายเครียดได้หลายวิธี เพียงแค่ให้เราเลือกตามสถานการณ์ครับ เช่นตบปลาแถมยังได้อาหารช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีก”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 8 “เยี่ยมมากครับกับวิธีการฝึกการหายใจ ทำให้สงบสติอารมณ์ลงได้ถ้าทำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เป็นผลดีเราอาจจะเป็นคนใจเย็น ช่วยเวลาที่อยากให้ทำบ่อย ๆ คือตอนเช้าตรูครับ ช่วงที่อากาศดี”

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและสามารถจนเกิดทักษะการผ่อนคลายความเครียดในการลดภาวะเครียดที่ตนเองมี ทำให้ระดับความเครียดลดลง ตลอดจนมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และนอกจากความเครียดจะลดลงแล้วยังพบว่าจำนวนวันของการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำในการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียดและวิธีการผ่อนคลายบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดทักษะการผ่อนคลายความเครียดได้มีประสิทธิภาพส่งการบ้านหรือสามารถขอรับคำปรึกษาได้ทางกล่องข้อความพร้อมศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊คและนัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผลการฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก

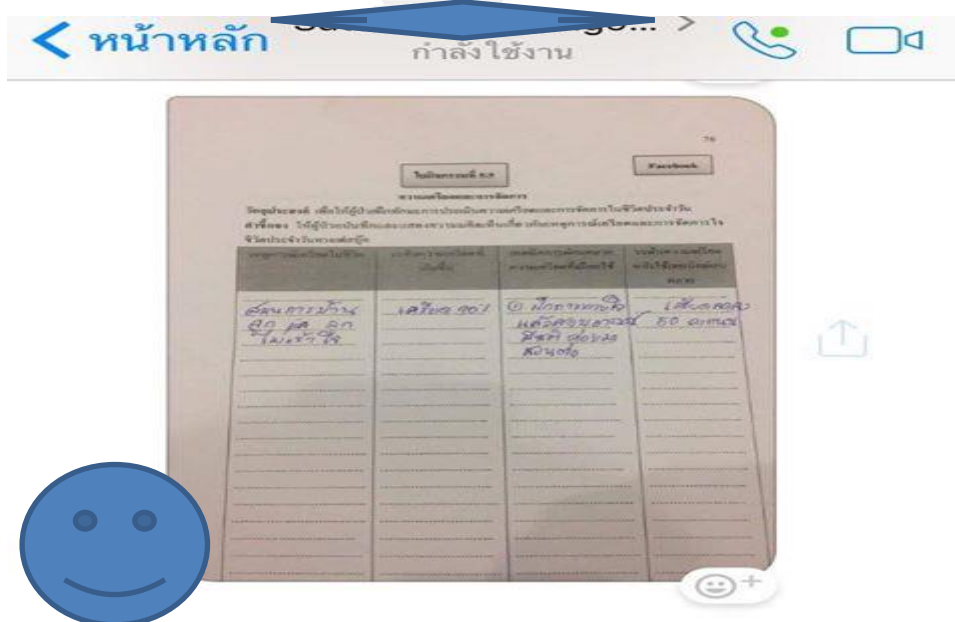
ผู้เสพติดสุรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด จากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก ประเมินได้จากข้อความการบันทึกที่ผู้เสพติดสุราส่งกลับมายังผู้บำบัด โดยประเมินได้จากข้อความดังต่อไปนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 16 “เมื่อผมทำงานหัวหน้าผมบอกว่า ถ้าผมทำงานนี้ไม่สำเร็จจะเปลี่ยนให้คนอื่นทำแทน ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น 100 คะแนน เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ผมใช้ พุดคุยกับภรรยา ออกกำลังกาย และให้ภรรยานวดให้ตามจุดที่เรียนไปกับคุณหมอ ทำให้ผมใจเย็นลงและทำงานได้จนสำเร็จ ตอนนี้หลังที่ปฏิบัติตามวิธีคลายเครียด ความเครียดผมลดลง เหลือ 70 คะแนน”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 4 “วันที่ผ่านมา ผมเกิดความรู้สึกเครียดหงุดหงิด อยากดื่มสุรามาก ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น 70 คะแนน ผ่อนคลายความเครียดโดยดื่มน้ำหวานเย็น ๆ แล้วไปออกกำลังกาย ผมรู้เครียดและมีความอยากดื่มสุราลดลง เหลือ 40 คะแนน”

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1 “ผมสอนหนังสือลูกที่บ้านอายุ 7 ขวบแล้วลูกไม่เข้าใจ ผมเครียดและหงุดหงิดมาก เกิดความเครียด ระดับ 90 คะแนน ผมจัดการโดยฝึกการหายใจสงบอารมณ์ มีสติมากขึ้น จึงสามารถสอนลูกต่อได้ ระดับความเครียดที่เหลือหลังจัดการ เหลือ 50 คะแนน”

ตัวอย่างการบ้านของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่งกลับมายังผู้บำบัด เช่น



หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดทักษะในการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตประจำวันของตนเองแล้วสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้ดี ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เมื่อมีการจัดการกับภาวะเครียดได้ดีแล้วยอมส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มี

ภาวะซึมเศร้ามีการปรับตัวได้ดีเหมาะสม ก่อให้เกิดการรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการกับภาวะอารมณ์และสถานการณ์เครียดย่อมส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6 : การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับทักษะในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในสังคม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยเริ่ม

จากสังคมใกล้ตัวคือครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การทำการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาได้
2. สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเมื่อเผชิญปัญหา

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 ทักษะการแก้ไขปัญหา
2. ใบความรู้ที่ 6/2 การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว
3. ใบกิจกรรมที่ 6/1 พิชิตใจด้วยใจใกล้ตัว
4. ใบกิจกรรมที่ 6/2 มาสร้างเป้าหมายชีวิตสู่ความฝันกันเถอะ

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามร่วมกันทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้สึก อารมณ์ซึมเศร้ามที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ การลดหรือเลิกของแต่ละคนที่ผ่านมา และสอบถามปัญหาและอุปสรรคระหว่างการควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการดื่ม พร้อมการขอความคำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่ผ่านมา พร้อมอาสาสมัครเล่าประสบการณ์ 2-3 คน
3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมนำเข้าสู่เนื้อหาการเรียนรู้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาและหลักการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว
4. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทำกิจกรรมค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา วิธีการการเผชิญปัญหาของตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การชื่นชมตนเองเมื่อปฏิบัติ
5. ผู้วิจัยเสนอแนวทางในการชื่นชมผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัว และการให้รางวัลตนเองและครอบครัว แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการควบคุมตนเองได้มากขึ้นและเป็นการส่งเสริมการสร้างความสุขในครอบครัวจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว

6. ผู้วิจัยสอบถามผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับประสบการณ์การขึ้นชมหรือให้รางวัลตนเองที่ผ่านมา และเสนอแนะแนวทางโดยการให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดขึ้นชมและให้กำลังใจกับตนเองเมื่อตนเองปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ซึ่งเป็นรางวัลที่หาได้ง่ายและรวดเร็ว และให้ผู้ป่วยเสนอตัวอย่างการให้รางวัลตนเองในรูปแบบอื่นๆ ที่เหมาะสม

8. ผู้วิจัยสอบถามผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้จะมีการปรับตนเองอย่างไร วางแผนในการดำเนินชีวิตและเป้าหมายของแต่ละคน ในแต่ละ ระยะเวลา พร้อมแผนการปฏิบัติในการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายชีวิต พร้อมนำเสนอกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรารายอื่น ๆ ช่วยกันให้กำลังใจและขอเสนอแนะเพิ่มเติม

9. ผู้วิจัยสรุป การดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา พร้อมทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ยุติสัมพันธ์ภาพ

การประเมินผลการทำการบำบัดแบบกลุ่ม

เมื่อดำเนินการในกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

ผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นในการช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่มได้ดี หลังผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ผู้เสพติดสุราสามารถบอกวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาได้และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเมื่อเผชิญปัญหาได้มีกิจกรรมที่ทำกับครอบครัวมากขึ้น และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการขึ้นชมให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีขึ้น โดยประเมินได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ใบกิจกรรมที่ 6/1 พิชิตใจ ด้วยใจใกล้ตัว และใบกิจกรรมที่ 6/2 ฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายชีวิต โดยประเมินจาก ข้อความดังนี้

ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 12

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คือ “นายจ้างให้หยุดพักงานทำให้รายได้เข้าครอบครัวน้อยลง”

ปัญหาที่แก้ได้ คือ “ตั้งใจเลิกดื่มสุรา เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น”

สาเหตุของปัญหา คือ “เกิดจากการดื่มสุราจนติด”

วิธีแก้ปัญหา “คือแนวทางแก้ไขของตนเองคือพยายามเลิกสุราให้สำเร็จ ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยทำกิจกรรมร่วมกันที่ทำให้ผมหยุดดื่มได้สำเร็จคือตอนเย็น ช่วงนี้ภรรยาและลูกพาทำขนมส่งแม่ค้าที่จะมารับที่บ้านโดยผมช่วยในด้านการเตรียมมะพร้าว ชูดมะพร้าว ภรรยาก็จะหมักแบ่งในการทำขนม ลูก ๆ หลังเลิกเรียนก็จะมาทำช่วย”

ข้อดีที่เกิดขึ้นคือ “ผมมีกิจกรรมทำมากขึ้นทำให้ผมหยุดดื่มได้ในช่วงเวลาที่มีความรู้สึกอย่างดี เห็นภาพที่ลูก ๆ ช่วยกันผมคุยกับภรรยามากขึ้นถึงการวางแผนชีวิต มีเป้าหมายมากขึ้นและผมกล้าที่จะพูดคุยกันมากขึ้นมีกำลังใจที่จะหยุดเพื่อตนเองอย่างต่อเนื่อง และผมก็ทำสำเร็จที่ผ่านมาและจะพยายามต่อไป”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 1

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คือ “ภรรยาแยกทาง กังวลหนี้บัตรเครดิต”

ปัญหาที่แก้ได้ คือ “หนี้บัตรเครดิต” สาเหตุของปัญหา คือ “ภรรยาแยกทางเพราะผมติดสุรา จึงหนีไปและกดเอาเงินในบัตรไปทั้งหมด”

วิธีแก้ปัญหา คือ “แนวทางที่ใช่ของตนเองตอนนี้คือตั้งใจเลิกสุราให้สำเร็จ ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยแม่มาช่วยดูแลลูกช่วงระหว่างผมบำบัด และนำเงินมาช่วยปิดบัตรเครดิตก่อนเพื่อป้องกันดอกเบี้ย และมาช่วยสอนการบ้านลูกผมในช่วงที่ผมเครียด มีข้อดีของครอบครัวที่เข้ามาช่วยคือรู้สึกว่าคุณที่รักเรายังมีเยื่อ โดยเฉพาะพ่อแม่ครอบครัวที่หวังดีเสมอมา กำลังใจ เป้าหมายต่อไปของผมคือ เลิกสุราให้สำเร็จ และจะทำงานหน้าที่ของตนคือรับราชการให้ดีที่สุด เป็นแบบอย่างที่ดีของลูกต่อไปครับ”

ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้า คนที่ 5

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คือ “ผมทำให้พ่อแม่ไม่สบายใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผม กลัวผมกลับไปดื่มอีก”

ปัญหาที่แก้ได้ คือ “การเลิกดื่มสุรา” สาเหตุของปัญหา คือ “ผมอย่าร้างกับภรรยา”

วิธีแก้ปัญหา คือ “ตั้งใจในการเลิกสุราให้สำเร็จและทำอะไรสักอย่างเช่นทำการเกษตรให้พ่อแม่เห็นว่าผมทำได้โดยอันดับแรกที่ต้องปรับคือการหยุดดื่มสุราในแต่ละวัน ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยให้ช่วยสนับสนุนลงทุนทำการเกษตรโดยไม่ให้มีเวลาว่าง อาศัยอยู่กับครอบครัวให้มาก ไม่ไปในกลุ่มที่ดื่มสุรา ช่วยแม่ทำงานทำไร่ นา ปุ๋ยผัก ตอนนี้มีผมรู้สึกว่าทุกคนในครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ผมวางแผนในอนาคตก็คืออยู่บ้านกับพ่อแม่ครับและช่วยทำงานที่มีอยู่ และหยุดดื่มสุราโดยตั้งเป้าหมายที่ละวัน ตอนนี้อยู่ที่ร่างกายแข็งแรงขึ้น”

“เมื่อเกิดปัญหาผมพยายามมีสติให้มากขึ้น โดยไม่ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจปัญหา ใช้คำถามกับตัวเองว่าเพื่ออะไร ผลเป็นอย่างไร ถ้าไม่ได้เปิดใจขอความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว ก็ดีขึ้น ต่อไปก็ต้องทำหน้าที่ตัวเองรับผิดชอบ เพื่อให้งานออกมาดีที่สุด”

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาเป็นแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงโดย ถัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) ในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการวัด ความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ครั้งที่ 5 เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการวิจัย หากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะวิเคราะห์ปัญหาและดำเนินการตามโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 ใหม่ หลังการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (n = 20)

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ	การแปรผล
1	51	ผ่านเกณฑ์
2	58	ผ่านเกณฑ์
3	70	ผ่านเกณฑ์
4	51	ผ่านเกณฑ์
5	76	ผ่านเกณฑ์
6	72	ผ่านเกณฑ์
7	68	ผ่านเกณฑ์
8	49	ผ่านเกณฑ์
9	37	ผ่านเกณฑ์
10	50	ผ่านเกณฑ์
11	66	ผ่านเกณฑ์
12	56	ผ่านเกณฑ์
13	41	ผ่านเกณฑ์
14	40	ผ่านเกณฑ์
15	36	ผ่านเกณฑ์
16	54	ผ่านเกณฑ์
17	62	ผ่านเกณฑ์
18	49	ผ่านเกณฑ์
19	57	ผ่านเกณฑ์
20	60	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ได้รับการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตทุกรายมีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากการประเมินหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยมีคะแนนสูงสุด 76 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 36 คะแนน

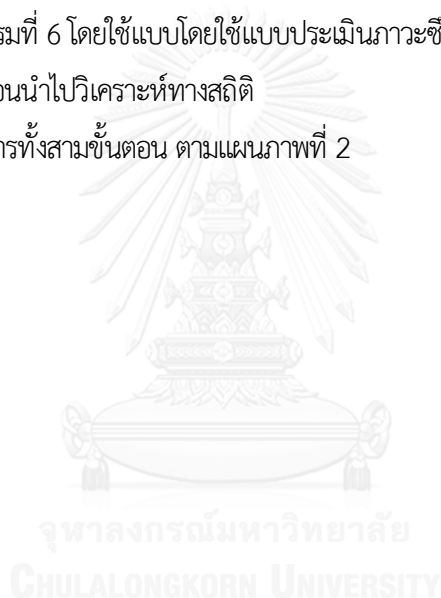
3. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมิน แบบความคิดอัตโนมัติด้านลบโดยใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยวัดผลทันทีหลังเสร็จกิจกรรม

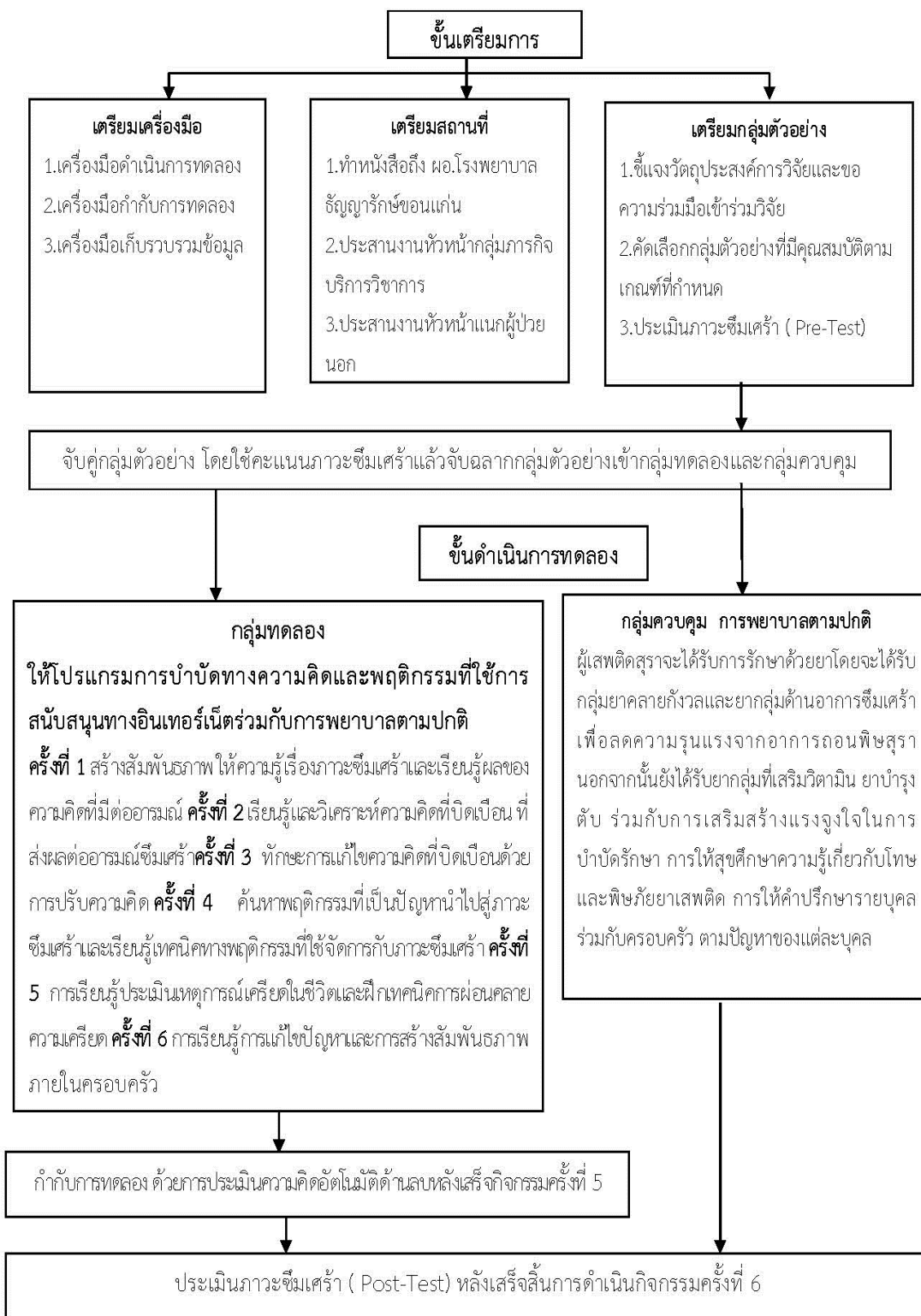
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ระยะประเมินผลการวิจัย

ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (Post-test) ประเมินผลสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

โดยมีการดำเนินการทั้งสามขั้นตอน ตามแผนภาพที่ 2





แผนภาพที่ 2 สรุปรูปขั้นเตรียมการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้เสพติดสุราชายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-49 ปี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก (มีคะแนน BDI 10-29 คะแนน) สามารถใช้อินเทอร์เน็ตทางเฟซบุ๊ก ได้ไม่เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 ราย ซึ่งถูกจับคู่ (Matched Paired) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง คะแนนภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean = 37.95 (SD. = 5.37)		Mean = 37.65 (SD. = 5.00)		Mean = 37.8 (5.18)	
35-39 ปี	10	50.00	8	40.00	18	45.00
40-44 ปี	5	25.00	6	30.00	11	27.50
30-34 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
สถานภาพสมรส						
คู่	11	55.00	10	50.00	21	52.50
โสด	5	25.00	1	5.00	6	15.00
อย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	20.00	8	40.00	12	30.00
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	8	40.00	2	10.00	10	25.00
ปวส./อนุปริญญา	5	25.00	4	20.00	9	22.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช	3	15.00	9	45.00	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.00	3	15.00	4	10.00
ประถมศึกษา	3	15.00	2	10.00	5	12.50

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 40.00 สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 50.00 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช คิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช คิดเป็นร้อยละ 45.00

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ สาเหตุการดื่ม ความต้องการในการเลิกดื่ม ประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ค้าขาย	3	15.00	7	35.00	10	25.00
รับจ้าง	3	15.00	5	25.00	8	20.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	40.00	5	25.00	13	32.50
เกษตรกร	6	30.00	3	15.00	9	22.50
สาเหตุการดื่ม						
เพื่อนชวน	1	5.00	-	-	1	2.50
อยากลอง	1	5.00	3	15.00	4	10.00
คลายเครียด	6	30.00	8	40.00	14	35.00
สังสรรค์	12	60.00	9	45.00	21	52.50
ความต้องการในการเลิกดื่ม						
ต้องการเลิกดื่ม	19	95.00	20	100.00	39	97.50
ไม่ต้องการเลิกดื่ม	1	5.00	-	-	1	2.50
ประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว						
มี	3	15.00	6	30.00	9	22.50
ไม่มี	17	85.00	14	70.00	21	77.50

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 32.50 โดยในกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ในด้านสาเหตุการดื่มพบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ดื่มเพื่อสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 52.50 โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 45.00 ตามลำดับ ในด้านความต้องการในการเลิกดื่มสุราพบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าต้องการเลิกดื่ม คิดเป็นร้อยละ 97.50 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต้องการในการเลิกดื่ม คิดเป็นร้อยละ 95.00 และ 100.00 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าในด้านประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 22.50 โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.00 และ 30.00 ตามลำดับ



ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการดื่มสุรา (ปี)	Mean = 14.30 (S.D. = 6.538)		Mean = 13.25 (S.D. = 5.159)		Mean = 13.78 (S.D. = 5.849)	
น้อยกว่า 10 ปี	7	35.00	7	35.00	14	35.00
11 – 20 ปี	9	45.00	11	55.00	20	50.00
21 – 30 ปี	4	20.00	2	10.00	6	15.00
ปริมาณการดื่ม(ขวด/กระป๋อง / วัน)						
สุรา /วัน (ขวด)						
1/2 ขวด	-	-	1	5.00	1	2.50
1 ขวด	13	65.00	12	60.00	25	62.50
2 ขวด	4	20.00	7	35.00	11	27.50
เบียร์/วัน (กระป๋อง)						
1 กระป๋อง	-	-	1	5.00	1	2.50
2 กระป๋อง	1	5.00	-	-	1	2.50
4กระป๋อง	-	-	1	5.00	1	2.50

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการดื่มส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่ม อยู่ในช่วง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 55.00 ตามลำดับ ในด้านปริมาณการดื่มพบว่า ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ดื่มเป็นสุรา 1 ขวด/วัน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 65.00 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 60.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งการเลิกดื่มที่สำเร็จ/ไม่สำเร็จ จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บทบาทในครอบครัว การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งการเลิกดื่มที่สำเร็จ (ครั้ง)						
1 ครั้ง	5	25.00	5	25.00	10	25.00
2 ครั้ง	4	20.00	3	15.00	7	17.00
จำนวนครั้งการเลิกดื่มที่ไม่สำเร็จ						
1-5 ครั้ง	19	95.00	20	100.00	39	97.50
5-10 ครั้ง	1	5.00	-	-	1	2.50
จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา						
1-5 ครั้ง	19	95.00	17	85.00	36	90.00
5-10 ครั้ง	1	5.00	3	15.00	4	10.00
บทบาทในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	15	75.00	14	70.00	29	72.50
ผู้อาศัย	5	25.00	6	30.00	11	27.50
การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา						
มี	20	100.00	20	100.00	40	100.00
ไม่มี	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าเคยมีประวัติการเลิกดื่มสำเร็จ คือหยุดดื่มมากกว่า 1 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับประวัติการเลิกดื่มสุราที่ไม่สำเร็จนั้น พบว่าผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดในการเลิกสุราไม่สำเร็จนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 1 – 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.50 โดย ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 95.00 ส่วนในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 100.00

ในด้านจำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา พบว่าผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษารักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุรา ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 1- 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.00 โดยกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 95.00 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 85.00 ในด้านบทบาทในครอบครัวนั้นพบว่า ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 72.50 โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75.00 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 70.00 สำหรับด้านการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรานั้น พบว่า ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุนต่อการเลิกดื่มสุรานั้น คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นต้น

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 9 ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายคู่

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	29	16	29	27
2	29	19	29	25
3	29	18	29	26
4	29	16	29	27
5	29	14	29	26
6	28	18	28	27
7	27	14	28	25
8	27	15	26	25
9	26	13	26	20
10	25	16	24	22
11	24	12	23	21
12	21	14	21	25
13	19	12	20	18
14	19	11	19	15
15	18	10	18	15
16	17	12	17	20
17	16	10	16	15
18	16	9	15	14
19	15	7	14	19
20	11	8	12	15
\bar{x}	22.70	13.20	22.60	21.35
(S.D.)	5.85	3.41	5.85	4.74

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 22.70 (S.D. = 5.85) และ 22.60 (S.D. = 5.85) ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 13.20 (SD = 3.41) และ 21.35 (SD = 4.74) ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติตสุรา กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงทั้งหมด สำหรับกลุ่มควบคุมนั้นมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง 16 คน และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งหมด 4 คน



ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.	df	t	p
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	22.70	5.85	19	13.262	.000
หลังการทดลอง	13.20	3.41	19		
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนการทดลอง	22.60	5.85	19	1.952	.066
หลังการทดลอง	21.35	4.74	19		

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 13.262) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	22.70	5.85	38	.054	.908
กลุ่มควบคุม	22.60	5.85	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.20	3.41	38	6.233	.037
กลุ่มควบคุม	21.35	4.74	38		

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 13.20$ และ 21.35 ตามลำดับ, $t = 6.233$, $p < .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ตัวแปรต้น คือการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ตัวแปรตาม คือภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสุราชายอายุ 18-49 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสุราชายอายุ 18-49 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจาก ประยุกต์จากการศึกษาของ Serensen et al., (2014) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck, (1979) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม รูปแบบกิจกรรมเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ หลังการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้านตามเนื้อหาการเรียนรู้ผ่านช่องทาง Internet (face book) 6 กิจกรรมโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการศึกษาด้วยตนเอง และให้ส่งการบ้านที่ทำกลับมาให้ผู้บำบัดทาง Internet (facebook) ในแต่ละครั้งหลังบำบัดแบบกลุ่ม แก่ผู้บำบัด ภายในวันที่ 4 หลังการบำบัดแบบกลุ่ม เสร็จสิ้น จำนวน 5 ครั้ง สำหรับผู้รับการบำบัดที่ต้องการความช่วยเหลือระหว่างศึกษาสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้บำบัดโดยมีการกำหนดช่วงเวลาสนทนาในช่วงเวลา 18.00-20.00 น ของทุกวัน รวมทั้งมอบหมายให้ศึกษาเนื้อหาของการบำบัดล่วงหน้าก่อนมารับการบำบัดรายกลุ่มครั้งต่อไป ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์

ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด

ครั้งที่ 4 การค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราชายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดยทดลองจนครบ 6 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2.เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาเป็นแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปันทา (2536) เป็นการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้ากับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอื่น ๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราชายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา สาเหตุการดื่มสุรา ความต้องการในการเลิกดื่มสุรา จำนวนครั้งการเลิกดื่มสุรา จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา บทบาทในครอบครัว และการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ ทั้งนี้ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยส่งโครงสร้างการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะ แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อขอเก็บข้อมูลและทำการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในการขอความร่วมมือในการวิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนโดย

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา โดยดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์เสริมด้วยการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กหลังการบำบัดรายกลุ่มแต่ละครั้ง ส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดรายบุคคล 1-5 ครั้ง

2.3 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought

Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาเป็นแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีทา และดาราวรรณ ต๊ะปันทา (2536) พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกราย (30-80 คะแนน) โดยคะแนนเฉลี่ยของความคิดอัตโนมัติด้านลบ เท่ากับ 51.15 คะแนน (S.D.= 11.62) ค่าแน่นต่ำสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 76 คะแนน

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

3 ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า

3.2 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากการเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{x} = 22.70, 13.20$, S.D. = 5.85, 3.41 ตามลำดับ; $t = 13.262$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 13.20, 21.35$; S.D. = 3.41, 4.74 ตามลำดับ; $t = 6.233$, $p < .05$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลงานวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดสุราชาย จำนวน 40 คน พบว่าพบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 สำหรับสถานภาพสมรสนั้นพบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 50.00 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าใน

กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช คิดเป็นร้อยละ 45.00 พบว่า ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35.00

ในด้านสาเหตุการดื่มพบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อการสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 45.00 ตามลำดับ ในด้านความต้องการในการเลิกดื่มสุราพบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต้องการในการเลิกดื่ม คิดเป็นร้อยละ 95.00 และ 100.00 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าในด้านการดื่มของบุคคลในครอบครัว ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการดื่มของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.00 และ 30.00 ตามลำดับ พบว่า ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการดื่มทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 55.00 ตามลำดับ ในด้านปริมาณการดื่มพบว่า ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ดื่มเป็นสุรา 1 ขวด/วัน คิดเป็นร้อยละ 65.00 และ 60.00 ตามลำดับ ในด้านประวัติการเลิกดื่มสุราที่เลิกสำเร็จ พบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าเคยมีประวัติการเลิกดื่มสำเร็จ คือหยุดดื่มมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เลิกได้เพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 สำหรับประวัติการเลิกดื่มสุราที่ไม่สำเร็จนั้น พบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดในการเลิกสุราไม่สำเร็จนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 1 – 5 ครั้ง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 95.00 และ 100.00 ตามลำดับ

ด้านจำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา พบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้ามีประวัติเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษารักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุรา ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 1- 5 ครั้ง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 95.00 และ 85.00 ตามลำดับ ในด้านบทบาทในครอบครัวนั้นพบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 70.00 ตามลำดับ สำหรับด้านการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรานั้น พบว่า ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุนต่อการเลิกดื่มสุรานั้น คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นต้น

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 35 – 39 ปี มีปริมาณการดื่มสุราคือ 1 ขวด/วัน และเคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 1-5 ครั้ง สอดคล้องกับผลสำรวจศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2556) พบว่าพบว่าประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นและดื่มเป็นประจำ โดยร้อยละ 80 เป็นเพศชาย และมีปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้นจาก 37 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2540 เป็น 52 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2554 ถือเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 ต่อปี ย่อมส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคจากการดื่มสุราหรือเป็นผู้เสพติดสุรามีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่ และมีบทบาทในครอบครัวคือเป็นหัวหน้าครอบครัว สอดคล้องการศึกษาของ อาทสา หุตะเจริญ (2549) พบว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีหน้าที่รับผิดชอบต่องานและภาระหน้าที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลครอบครัว จึงส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงเกิดความยุ่งยากของชีวิตสมรสและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่งผลให้มีการปรับตัวทั้งในด้านส่วนตัว ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

ในด้านเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบันพบว่า ผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการดื่มสุราอยู่ในช่วง 11 -20 ปี และสาเหตุการดื่มต่อเนื่อง เพื่อการสังสรรค์ในสังคมเพื่อน ที่ทำงาน เนื่องจากค่านิยมในการดื่มสุรา พบว่าเป็นการเป็นการดื่มเพื่อเฉลิมฉลองความสำเร็จ แสดงความยินดี หรือเมื่อพบปะกัน สังสรรค์กัน รวมทั้งในกลุ่มที่สนิทกัน จะดื่มเพื่อคลายเครียด ได้ระบายปัญหา จึงทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มที่ดื่มอยู่เสมอ (สุกุม่า แสงเดือนฉาย, 2547)

สำหรับในด้านการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา พบว่าผู้เสพติดสุรารายที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชัย แสงชาญชัย, (2549) พบว่าการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ เนื่องจากโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดจากดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ จนทำให้เกิดภาวะพึ่งสุราหรือติดสุราและอาจจะมีอาการโรคจิตจากสุราได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) ผลกระทบต่อร่างกายคือก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่นกระเพาะอาหารอักเสบ ดับแข็ง มะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งกระเพาะอาหาร (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า

1.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{x} = 22.70, 13.20, S.D. = 5.85, 3.41$ ตามลำดับ; $t = 13.262, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้วิจัยของอภิปรายผลดังนี้

จากการที่พบว่า ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองทุกคนนั้น เนื่องโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เนื่องจากมีการบูรณาการรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นแบบกลุ่มเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการกำกับให้คำแนะนำจากผู้บำบัดผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยตนเองยอมรับว่าตนเองมีปัญหาและพร้อมที่จะหาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีสมาชิกภายในกลุ่มคอยสนับสนุน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรมใหม่ ๆ นำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Marram, 1978) และเสริมด้วยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตช่องทางเฟซบุ๊กเป็นช่องทางในการสื่อสารและเรียนรู้เพิ่มเติม โดยมีการกำกับให้คำแนะนำจากผู้บำบัดในการฝึกทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเกิดทักษะการเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดสุราเกิดจากการมีรูปแบบกระบวนการคิดที่บิดเบือนและรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราจึงส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสนใจและตั้งใจศึกษาค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง โดยประเมินได้จากการดำเนินการตามโปรแกรมพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการขาดความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตเกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

“ตอนแรกผมเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าจะเป็นลักษณะของคนใช้จิตเวชคือแยกตัว ไม่พูดคุยกับใครเมื่อผมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสมาชิกภายในกลุ่มและคุณพยาบาลให้ความรู้พร้อมทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าผมถึงเข้าใจและตัวผมเองก็มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับมากหากคือเวลาที่อยู่คนเดียวหรือมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีต่าง ๆ เกิดขึ้นผมมักจะโทษตัวเอง เก็บเอาเรื่องเดิม ๆ มาคิดหากไม่ได้รับการรักษาหรือดื่มสุราต่อเนื่อง ต่อไปผมอาจจะเป็นมากขึ้นถึงขั้นฆ่าตัวตาย”

“เวลาที่เกิดปัญหาเครียดผมจะชอบดื่มเหล้าเพราะเวลาเมาทำให้ลืมปัญหาเมื่อสร้างเมามากความเครียดและปัญหายังคงอยู่บางครั้งหงุดหงิดมากจนไม่อยากคุยกับใครหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วพบว่าผมมีภาวะซึมเศร้า”

เมื่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ย่อมส่งผลให้มีความสนใจในการค้นหาวิธีการในการเผชิญปัญหาหาดังกล่าว ก่อให้เกิดความรู้และทักษะในการจัดการเรื่องของการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยเริ่มเรียนรู้จากการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าผู้เสพติดสุรา เมื่อฝึกวิเคราะห์บ่อย ๆ ส่งผลให้ผู้ช่วยเกิดทักษะการวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมีวิธีสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รวมทั้งมีการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคในการจัดการกับปัญหาการ โดยเฉพาะเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมใหม่ ๆ นำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาสำหรับตนเอง

นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตยังมีเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดและฝึกเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งเรียนรู้การเข้าสังคมโดยเริ่มจากสังคมใกล้ตัวคือครอบครัวเป็นส่วนในการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุรา เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหาและการวิธีการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่งผลต่อการเรียนรู้และการจัดการที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้จากการดำเนินชีวิตจริงและสถานการณ์จริงในการเผชิญแก้ไขปัญหา ระหว่างดำเนินการทดลองนั้นผู้เสพติดสุรายังสามารถขอรับคำปรึกษาจากการให้คำแนะนำโดยตรงจากผู้วิจัยได้ทุกวันและผู้วิจัยสามารถติดตามความเคลื่อนไหวในส่วนของ การโพสต์ระบายความรู้สึกของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านช่องทางการเรียนรู้ทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊ก เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดความมั่นใจและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเกิดการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืนและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson (2009) โดยพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy_CBT) ซึ่งมีการใช้อินเทอร์เน็ตร่วมด้วย (Internet _CBT) มีประสิทธิภาพระยะ

ยาวในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา เพราะช่วยลดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน (Longabaugh & Morgenstern, 1999) อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-help) สอดคล้องกับการศึกษาของ Serensen et al. (2014) พบว่าการบำบัดที่ใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตช่วยเสริมการบำบัดแบบพบกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (face-to-face) พบว่าทั้งสองแบบช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าคงอยู่ในการบำบัดครบตามโปรแกรม ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังสิ้นการบำบัดทันทีและในระยะต่อมาและสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดแบบ CBT ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีทดแทนผู้บำบัดที่เป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด (Andersson, 2009) โดยเรียนรู้ในการฝึกทักษะตามรายละเอียดกิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ครั้งที่ 3 ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ

นอกจากนี้ระหว่างดำเนินการทดลองผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถศึกษาด้วยตนเอง ทบทวนการเรียนรู้จากเนื้อหาการเรียนรู้แต่ละกิจกรรมทางเฟซบุ๊ก ซึ่งมีความสะดวกและสามารถศึกษาได้ทุกเมื่อจาก โทรศัพท์มือถือทางเฟสบุคของตนเอง ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องและรู้สึกอบอุ่น มั่นใจในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดได้ทุกวัน เกิดให้การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการดื่มสุราลดลง บางรายสามารถหยุดดื่มได้ต่อเนื่องช่วงระยะเวลาการบำบัดได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกเช่น “ขณะที่ผมเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมกับคุณพยาบาลดีมากเลยครับ ทำให้ผมสามารถหยุดดื่มมาได้ประมาณเดือนกว่า ๆ เวลาที่ผมมีความเครียดรู้สึกอยากดื่มผมได้ระบายและขอรับคำปรึกษากับคุณพยาบาลช่วยผมได้มากครับ” “การบำบัดแบบนี้ดีครับเพราะเฟซบุ๊กเป็นช่องทางที่หลายคนโพสต์ระบายความรู้สึกและติดตามวิถีชีวิตของแต่ละคน ทำให้ผมไม่กล้าที่จะไปดื่มกับเพื่อนเพราะผมสัญญาไว้ว่าผมจะไม่ดื่มอย่างจริงจังกลัวผิดสัญญาที่พูดไว้กับเพื่อน ๆ และคุณพยาบาลครับ” “นอกจากการเข้ากลุ่มบำบัดและขอรับคำปรึกษาจากคุณพยาบาลแล้วการเข้าโปรแกรมครั้งนี้ทำให้ผมศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา การผ่อนคลายความเครียดจากช่องทางอินเทอร์เน็ตมากมายครับผม เข้าไปอ่านดูหลาย ๆ บทความดี ๆ มากเลยครับ”

2. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 13.20, 21.35$; S.D. = 3.41, 4.74 ตามลำดับ; $t = 6.233, p < .05$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราชาย ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลการทบทต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คะแนนภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบสามารถชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา จากการประเมิน ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าทันทีหลังการดำเนินการตามโปรแกรมเสร็จสิ้น พบว่าผู้เสพติดสุราชายในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง ทั้งหมด 20 ราย ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนการทดลองเพียง 16 ราย และระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าสูงกว่าก่อนการทดลอง 4 ราย โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการที่ผู้วิจัยสังเกตระหว่างดำเนินกิจกรรม สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราคือ จากรูปแบบการดำเนินการกลุ่มบำบัดพบว่าผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร่าเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร่ารายอื่น ๆ มีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงคือ กล่าวระบายความรู้สึกและเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ความคิดซึ่งกันและกัน ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาเกิดจากการเสพติดสุราและรูปแบบความคิดบิดเบือนที่ตนเองมีส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร่าและหาทางในการแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับตนเองโดยมีสมาชิกรายอื่น ๆ คอยสนับสนุนทำให้ผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร่าเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้นจนเกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ายังสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากการอ่านและฝึกปฏิบัติพร้อมจดบันทึกการบ้านส่งกลับมาให้ผู้วิจัยก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แก้ไขปัญหาด้วยตนเองผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊ค มีการพัฒนาตนเองทั้งด้านความคิด พฤติกรรม ทักษะในการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การกำกับให้คำแนะนำจากผู้วิจัยก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลงและคงอยู่ในกระบวนการบำบัดจนครบโปรแกรมการบำบัด โดยประเมินได้จากหลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 เสร็จสิ้นผู้วิจัยทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกราย ก่อให้เกิดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ที่มีการดำเนินการตามโปรแกรมแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง เสริมด้วยการสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟสบุ๊ค 5 ครั้ง สามารถเป็นทางเลือกในการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า แบบผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยมีรายละเอียดของประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่มกับผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ และระหว่างผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกปลอดภัย เน้นย้ำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะเศร้าทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่มและแนวทางในการปฏิบัติในสมาชิกกลุ่มกล้าแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยพบว่าผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้า ทุกรายให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกล้าที่จะเปิดเผยตนเองโดยประเมินได้จากกิจกรรมภาพเล่าเรื่องราวของฉัน ที่สื่อแสดงถึงอารมณ์ซึมเศร้าและการมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากการมองตนเองด้านลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ดังตัวอย่างคำพูด

“ภาพที่เหมือนชีวิตของผมคือภาพกลางคืนที่มีมืดมิดไม่มีแม้แต่แสงสว่างจากดวงดาว ทุกอย่างที่ผ่านมามันคือความล้มเหลวทั้งหมด เพราะผมดื่มเหล้าไม่รับผิดชอบใด ๆ ในครอบครัวเลยจนเป็นเหตุให้เจ้านายต้องสั่งพักงานพามาบำบัด ผมสงสารภรรยาและลูก”

“ภาพที่เหมือนชีวิตผมคือภาพเรือลอยอยู่ในทะเลเพราะตอนนี้ผมอยู่คนเดียวภรรยาแยกทาง มองหาเป้าหมายยังไม่รู้ทิศทางที่จะไปครับ”

พร้อมแนะนำรูปแบบการบำบัดการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเนื้อหาการเรียนรู้ทางเพศศึกษาระดับต้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมา ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรามากขึ้นและรูปแบบการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจากการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์ แย่ลง และฝึกให้ผู้ช่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น หลังการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการทบทวนจากการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางเพศศึกษาในรายละเอียดกิจกรรมการเรียนรู้แต่ละครั้ง จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยยังมีการค้นคว้าในรายละเอียดนอกเหนือจากกิจกรรม โดยไปศึกษาค้นคว้าช่องทางอื่น ๆ เช่น กลูเกิล หรือยูทูบต่าง ๆ มากมายและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกิจกรรม การเรียนรู้ดังกล่าวช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินความคิดดังกล่าวของตนเองได้ว่าตนเองมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ส่งผลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548)

ดังตัวอย่างคำการบำบัดแบบกลุ่ม “ผมดื่มสุรา 17 ปี ผมกระทบที่เกิดจากการดื่มคือ สุขภาพเริ่มไม่ค่อยดี มีกลิ่น ทำงานหนักไม่ได้ครอบครัวทะเลาะกับแม่ยายบ่อย ๆ จนต้องออกจากบ้านไปดื่มสุราจนมาทำงานไม่ได้ มีแต่ภรรยาที่ทำงานรับภาระหนี้สินคนเดียวละเล็ยงดูลูก ๆ จนลูกคนเล็กต้องเข้าโรงพยาบาลจากวันที่ผมเมาแล้วขับรถมอเตอร์ไซด์ล้มลูกหัวแตกทะเลาะกับแม่ยายอย่างรุนแรงจนแม่ยายบอกให้ลูกสาวเลิกกับผม ผมคิดว่าตนเองเป็นพ่อที่แย่ ในวันที่ผมไม่ได้ดื่มสุรา ทำให้ผมรู้สึกหดหู่ คิดเรื่องเดิม ๆ ที่ไม่สามารถลืมได้ จนผมต้องกลับไปดื่มอีกครั้ง จนเมาทุกรอบ จากเหตุการณ์พบว่ารูปแบบความคิดบิดเบือนที่ผมมีคือมองว่าตนเองเป็นพ่อที่แย่ครับ” เมื่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้รูปแบบความคิดบิดเบือนที่ตนเองมีและรับรู้ผลกระทบอาจเกิดขึ้นจะนำไปสู่การเรียนรู้เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคต่อไป

สำหรับการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเพศศึกษาร่วมกับการกำกับให้คำแนะนำจากผู้วิจัยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า ดังตัวอย่างที่ส่งการบ้านมาทางกล่องข้อความดังนี้ “ขณะที่ผมอยู่บ้านคนเดียวทำให้เกิดความคิดถึงเรื่องที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำเงินไปลงทุนทำค้าขายแล้วล้มเหลวขาดทุน เพราะผมกินเหล้ามาไม่รับผิดชอบ จึงเกิดหนี้สินที่ลูกต้องมารับผิดชอบขายที่ดินอีกแปลงเพื่อมาใช้หนี้”

ความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง “ผมเป็นคนผิดที่ไม่รับผิดชอบ” อารมณ์ที่เกิดขึ้น “เสียใจ” พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคือ “พยายามหลบหน้าลูก ๆ ” การจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น “เก็บตัวอยู่คนเดียว”

การที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าศึกษาและเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะของตนเองพบว่าเป็นผลที่สนับสนุนการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ต่อไป

ครั้งที่ 2 เรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า

ซึ่งเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ได้แก่การประเมินความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Assessment) (Stuart, 1998; Stuart, 2005) โดยหลักการวิเคราะห์นั้นให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์จากการประเมินการพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และฝึกค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABC Model ซึ่งการชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดย A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief) C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้มีอาการซึมเศร้า จากการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่มแล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า กล่าวแสดงความคิดเห็นและสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานการณ์ความเชื่อ อารมณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ตนเองมีและส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมดังตัวอย่างคำพูด

“ผมดื่มสุราจากการทำงานเข้าสังคม ผมเป็นคนขี้บรอให้ผู้กำกับเวลามีงานสังสรรค์จึงต้องดื่มและดื่มบ่อย ๆ จนผมติดเมื่อติดแล้วไม่สามารถทำงานได้ จนต้องมาบำบัดสิ่งที่ทำให้ผมเครียดและไม่สบายใจทุกวันนี้ คือผมรู้สึกว่าการรยาผมเปลี่ยนไปจากเดิม คือตอนนี้เลิกงานก็กลับบ้าน 1-2 ทุ่ม งานบ้านไม่ทำเป็นผมคนเดียวที่ทำทุกอย่างคือกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักเสื้อผ้า รีดผ้า ทำกับข้าวให้ลูกๆ” ทำให้ผมเกิดความคิดได้หลายอย่าง “ความคิดที่ 1 คิดว่าการรยาต้องการเลิกกับผม เกิดความรู้สึกกังวล 60 คะแนน” “ความคิดที่ 2 คิดว่าผมเป็นคนล้มเหลวเพราะผมไม่สามารถทำงานหาเงินให้ความสุขเขาได้เหมือนแต่ก่อน เกิดความรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกเสียใจ 90 คะแนน” “ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นคือ ตนเองเป็นคนล้มเหลว”

หลังการบำบัดรายกลุ่มเสร็จผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊กนั้นโดยศึกษาอ่านทบทวนเพิ่มเติมและมอบหมายงานโดยการฝึกฝนบันทึกความเชื่อมโยงระหว่าง ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างดีได้เป็นอย่างดีมีการส่งการบ้านกลับมา

ยังผู้บำบัดพร้อมสนทนาผ่านกล่องข้อความ ช่องทางของอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กเพื่อขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัย หลังการให้คำปรึกษาในการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการกำกับให้คำแนะนำจากผู้วิจัย ก่อให้เกิดทักษะวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินชีวิตจริงและการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างผ่อนคลายไม่ตึงเครียดเป็นส่วนส่งเสริมการเรียนรู้ในกิจกรรมต่อไป ดังตัวอย่างสถานการณ์การให้คำปรึกษาทางกล่องข้อความของอินเทอร์เน็ตช่องทางเฟซบุ๊กดังนี้ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ “ภรรยาออกไปซื้อกับข้าวนอกบ้านและให้ผมดูแลลูกอายุ 2 ขวบและหิวนม ผมจึงอุ้มลูกที่มีมือข้างหนึ่งและอีกข้างหนึ่งกำลังเขย่าขวดนมเพื่อให้ละลายต่อมลูกเต้านมจนสิ้นหลอดศีรษะกระแทกกับพื้น หัวโนเท่าลูกมะนาวและร้องไห้” ความรู้สึกที่เกิดขึ้นคือ “วันนี้ผมรู้สึกผิดและเสียใจมาก ให้ 100 คะแนน” ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น “ผมคิดว่าตัวเองเป็นพ่อที่ไม่ดี” ผู้วิจัยจึงให้ผู้เสพติดสุราคิดทบทวนใหม่เกี่ยวกับลักษณะของตนเองที่ว่าเป็นพ่อที่ไม่ดีจริงหรือไม่จากข้อมูลดังกล่าว “พ่อที่ดีทำหน้าที่พ่อดูแลลูก เป็นแบบอย่างให้ลูก รับผิดชอบในการทำงานหาเงินเพื่อเป็นรายได้อุ้มครอบครัว” “พ่อที่ไม่ดีนั้นไม่รับผิดชอบครอบครัว ไม่ทำงานเที่ยวเล่นการพนัน”

ผู้วิจัยจึงสอบถามเพื่อให้ผู้เสพติดสุราตรวจสอบความคิดของตนเองจากข้อมูลให้ผู้เสพติดสุราให้สรุปว่าคุณเป็นพ่อที่ไม่ดีจริงหรือไม่ “สำหรับผมก็ไม่ได้เป็นพ่อที่ไม่ดีนะผมรับผิดชอบทุกอย่างในครอบครัวมีข้อเสียข้อเดียวคือผมดื่มเหล้าจนติดแต่ตอนนี้ผมพยายามเลิกแล้วโดยการมาบำบัด” ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคสะท้อนหากเป็นภรรยาคุณเป็นคนที่อยู่ในเหตุการณ์แทนคุณแล้วรู้สึกเหมือนคุณคุณจะให้กำลังใจภรรยาว่าอย่างไร “ผมจะบอกว่าไม่ต้องเสียใจเหตุการณ์มันเกิดขึ้นแล้วซึ่งมันเป็นอุบัติเหตุที่ไม่มีการอยากให้เกิดขึ้น” ผู้วิจัยจึงสอบถามตอนนี้ความรู้สึกผิดและเสียใจคุณเป็นอย่างไรบ้างอย่างไรบ้าง “ก็ดีขึ้นครับเหลือ 70 คะแนน”

ครั้งที่ 3 ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิด

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการปรับความคิดใหม่ที่ส่งผลต่ออารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งจากการดำเนินการกิจกรรมแล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถระบุความคิดที่บิดเบือนของตนเองที่ผ่านมาที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังสามารถบอกแนวทางในการแก้ไข การตรวจสอบความคิด การแก้ไขความคิดที่บิดเบือนความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการปรับความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นในการช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่มโดยการเสนอแนะการแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไปและการแก้ไขปัญหาหากความคิดนั้นเป็นจริง และสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ ใน

การบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้พิจารณาความคิดของตัวเอง และแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป จากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck, 1995) ทั้งนี้ต้องค้นหาว่ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ(Grant et al., 2004; Wright, et al, 2009) ดังตัวจากคำพูดจากการดำเนินการบำบัดแบบกลุ่ม เช่น “เหตุการณ์เมื่อผมเดินผ่านกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา ไม่มีใครทักทายผม”

ความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ “ผมคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าเหมือนหมาตัวที่ไม่มีใครสนใจเพราะไม่มีเงินซื้อสุราให้เพื่อนดื่ม”

ผลกระทบที่เกิดขึ้น “หงุดหงิด เบื่อ ไม่อยากพบหน้าคนอื่น”

เมื่อนำความคิดมาทบทวนตามกระบวนการหาข้อมูลสนับสนุนและพิสูจน์พบว่า

“ผมคิดว่าจริง 70 % จากข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ เมื่อผมเดินผ่านวงสุราไม่มีใครทักผม”

“ผมคิดว่าไม่จริง 30 % จากข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ หลังเลิกงานเพื่อนไม่ชวนไปด้วยเพราะเห็นผมทานยาที่โรงพยาบาล หัวหน้างานกำชับอย่างเด็ดขาดห้ามชวนผมดื่มสุรา”

จากข้อมูลสนับสนุนที่มีผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราประเมินความคิดใหม่ที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า “ก็คงไม่เป็นจริงนะครับเพื่อนเห็นผมมาบำบัดหลายรอบแล้วไม่เคยสำเร็จ ตอนนี้อาจจะเห็นผมมาบำบัดเพื่อเลิกสุราอยู่ จึงไม่เรียกไม่ชวนร่วมวงเพื่อต้องการให้ผมเลิกได้สำเร็จ เมื่อทบทวนแล้วก็ทำให้ผมรู้สึกดีขึ้น จึงได้ข้อคิดที่ว่าควรวิเคราะห์ให้หลาย ๆ มุมมอง” “อารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังปรับความคิดใหม่ก็คือรู้สึกดีใจที่เพื่อนเป็นห่วง สบายใจขึ้น”

หลังการดำเนินการแบบกลุ่มเสร็จผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กและฝึกทักษะในการปรับความคิด จากการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่ามีทั้งสถานการณ์ที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้และไม่ได้สำหรับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กทางกล่องข้อความดังตัวอย่างการให้คำปรึกษา ดังนี้ เหตุการณ์ “วันนี้ผมเลิกงานกลับบ้านเร็วเพื่อที่จะมาดูแลลูก สอนหนังสือ เล่านิทานก่อนนอนให้ลูกฟัง เมื่อลูกกลับมาถึงบ้านไม่เข้ามาหาผม วิ่งไปหาย่า” ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น “คิดว่าตนเองเป็นพ่อที่แย่” อารมณ์ที่เกิด “เสียใจ โกรธตัวเอง” ผู้วิจัยถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์ความคิดนั้นถึงคุณลักษณะพ่อทั่ว ๆ ไป และพ่อที่แย่โดยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าหาข้อมูลดังตัวอย่างข้อความพบว่า “พ่อที่แย่ คือพ่อที่ไม่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ไม่ดูแลลูก คิดถึงแต่ตัวเอง” “พ่อทั่ว ๆ ไป คือ ดูแลลูก ทำงานหาเงินรับผิดชอบในครอบครัว อบรมสั่งสอนลูก”

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ลักษณะของตัวเองที่คิดว่าเป็นพ่อที่แย่หรือไม่ ดังตัวอย่างคำตอบที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่งกลับมา “ผมก็ยังทำหน้าที่เหมือนที่พ่อทั่ว ๆ ไปอยู่ครับรับผิดชอบทุกคนในครอบครัว รักลูกอบรมสั่งสอนลูก ก็ไม่ได้เป็นพ่อที่แย่นะครับ” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าคิดทบทวนอีกครั้งหากคุณไม่ได้เป็นพ่อที่แย่แล้วจากเหตุการณ์ที่ลูกไม่เข้ามาหาคุณจะคิดแบบไหนได้อีก ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้คิดทบทวนเหตุการณ์

ใหม่ ดังตัวอย่างข้อความว่า “เด็กก็คงเป็นเด็ก เขาอาจจะเห็นพ่อแม่และโกรธเขาก็คงแล้ว” ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทบทวนแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองแล้วพบว่า “ต่อไปก็คงไม่แสดงพฤติกรรมแบบนั้นต่อหน้าลูกอีก จะพยายามเข้าหาลูกโดยพาเขาไปเล่นก่อนเพื่อให้เขาไม่กลัว”

จากการให้คำปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กทางกล่องข้อความครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัญหาหลาย ๆ ด้าน ที่ยังขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาลงและพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีการใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงการขอรับคำปรึกษาได้ง่าย ดังนั้นการที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเผชิญปัญหาจากการกำกับจากผู้วิจัยย่อมส่งผลให้การเผชิญปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและรับรู้ความสามารถในตนเอง เป็นส่วนสนับสนุนการพัฒนาทักษะ ต่าง ๆ ในด้านต่อไป

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดที่บิดเบือน

เป็นกระบวนการที่ให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่การเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดกิจกรรม การมอบหมายงาน และองค์ประกอบของพฤติกรรมโดยการชักจูงพฤติกรรมใหม่ (Sharon & Arthur, 2005) เพื่อให้ผู้ช่วยมีทักษะทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และให้เรียนรู้และฝึกเทคนิคทางพฤติกรรมแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยลดความคิดบิดเบือน เช่น การแสดงออกและการสื่อสารที่เหมาะสม (assertiveness) และการแสดงบทบาทสมมติเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมแล้วพบว่า ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทุกรายให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ลดลง มีการเรียนรู้เป็นขั้นเป็นตอน พร้อมการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทต่าง ๆ ที่ตนเองรับผิดชอบพร้อมเรียนรู้การใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ตามการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง

การดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มในครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาของตนเอง โดยผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น เมื่อมีอาการเครียด โกรธ หรือหุดหู่เกิดขึ้น ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมโดยไปดื่มสุราเนื่องจากเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยลืมนปัญหาได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง บางรายหลังเลิกงานจะพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานดื่มสุรา เมื่อกลับมาถึงบ้านก็เกิดการทะเลาะกับคนในครอบครัว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังนี้

“การบำบัดครั้งก่อนที่ไม่สำเร็จเพราะเวลาที่ผมอยู่คนเดียว ไม่ได้ดื่มจะรู้สึกเศร้าหดหู่จึงต้องทำให้ผมกลับไปดื่มสุราอีกครั้ง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผมคือชอบอยู่คนเดียวที่ส่งผลให้รู้สึกหดหู่ผมต้องแก้ไขพฤติกรรมนี้ครับ”

“เมื่อเกิดปัญหาผมแก้ไขปัญหาโดยการไปดื่มสุรา แล้วรู้สึกเคลิ้มดี มีความสุขเมื่อดื่ม แต่พอไม่ได้ดื่มผมกลายเป็นคนหงุดหงิด การปฏิบัติแบบนี้ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้เลยในทางตรงกันข้ามเมื่อไม่ได้ดื่มยิ่งทำให้ผมหงุดหงิดมากขึ้นและเกิดการทะเลาะกับคนในครอบครัวบ่อยครั้ง”

เมื่อผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยจึงได้สรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นมาเชื่อมโยงในการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละรายนั้น สามารถบอกเกี่ยวกับการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้ “การบำบัดครั้งก่อนที่ไม่สำเร็จเนื่องจากเวลาอยู่คนเดียว ไม่ได้ดื่มจะรู้สึกเศร้า หดหู่ จึงต้องทำให้ผมกลับไปดื่มอีกครั้ง มาตอนนี้ผลจึงวางแผนตัวเองใหม่โดยช่วงเวลาที่อยากดื่มสุรา ประมาณ 17.00 น. ผมแก้ไขโดยไปวิ่งออกกำลังกายตอนเช้าช่วงเวลานี้ทุกวัน ทำให้ผมหยุดได้ผ่านมาแล้ว 28 วัน รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น ผมดีใจมาก” “เมื่อเกิดปัญหาผมแก้ไขปัญหาโดยการไปดื่มสุรา แล้วรู้สึกมาแล้วมีความสุขเมื่อได้ดื่ม แต่พอไม่ได้ดื่มผมกลายเป็นคนหงุดหงิด ปัจจุบันนี้ผมเปลี่ยนตัวเองแล้วครับ เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้เครียดผมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยายามพูดคุยกับคนในครอบครัวมากขึ้น และจัดกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีเวลาในการพูดคุยกันมากขึ้นและใช้สติมาก ๆ ฝึกฝนบ่อย ๆ ตอนนีผมเครียดน้อยลงแล้วครับและรู้สึกดีใจมากที่ทำได้สำเร็จและมีการพูดคุยกันมากขึ้น”

หลังสิ้นสุดการดำเนินบำบัดแบบกลุ่มครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสามารถใช้เทคนิคทางพฤติกรรมโดยการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับตนเองรวมทั้งมีการสื่อสารด้านการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง รวมทั้งผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร่ารายอื่น ๆ เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเริ่มวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากนั้นนำไปสู่การวางแผนแก้ไข โดยฝึกบ่อย ๆ และเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมอีกครั้ง

หลังจากที่ดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มเสร็จผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กผู้เสพติดสุราที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นไปสู่ภาวะซึมเศร้าและสามารถเรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับภาวะซึมเศร้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก ประเมินได้จากการส่งบันทึกเหตุการณ์มายังผู้บำบัด ดังนี้ “เมื่ออยู่บ้านแม่ยายชอบบ่นว่าผมไม่เอาไหน กินแต่เหล้า เมื่อได้ยินเสียงบ่น ผมปรับพฤติกรรมโดยพูดคุยกับภรรยาถึงปัญหาและทำงานไม่ดื่มสุรา หลังผมลองปรับผมรู้สึกดีขึ้น แม่ยายบ่นน้อยลง ภรรยาและผม

ก็มีความสุขมากขึ้น” “เมื่อวานไปงานเลี้ยงซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงของผมคือไปคนเดียว ไปเจอเพื่อนที่ดื่มสุราทุกครั้ง หลังดื่มผมจะรู้สึกผิดทุกครั้งที่ตนเองไม่สามารถทำได้ ผมวางแผนปรับพฤติกรรมโดยพาครอบครัวและลูกไปด้วยซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะคอยเตือนเมื่อเพื่อนชวนทำให้ผมกล้าที่จะปฏิเสธเพื่อนอย่างมีเหตุผล ผมทำสำเร็จโดยการหยุดดื่มมา 30 วันแล้วครับ ก็รู้สึกดีใจและมีความสุข”

จากการดำเนินบำบัดแบบกลุ่มครั้งนี้แล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าสำหรับตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถชี้แจงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้มีการฝึกทักษะบ่อย ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อภาวะซึมเศร้าลดลง

ครั้งที่ 5 การเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

เป็นการให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสถานการณ์และภาวะอารมณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะอารมณ์และสถานการณ์มีวิธีการในการเผชิญความเครียด และเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง แสวงหาทางออกให้กับปัญหาทางด้านอารมณ์โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ เมื่อผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดื่มแอลกอฮอล์และอารมณ์ซึมเศร้า (Hester, 2003) หลังดำเนินการตามโปรแกรมแล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดและภาวะอารมณ์ เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเลือกการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเอง กล้าแสดงออกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาความเครียดที่ผิดโดยส่วนใหญ่จะดื่มสุราเนื่องจากเมื่อดื่มแล้วรู้สึกสบาย ผ่อนคลายแต่ผลกระทบที่ตามมาปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อดื่มเนื่องจากเกิดการเสพติดตามมาดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และสามารถบอกถึงแนวทางในการเผชิญความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการปฏิบัติและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดความเครียดที่ผ่านมาพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันกับสมาชิกรายอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดทั่วไปร่วมกับผสมผสานการผ่อนคลายและการฝึกการหายใจ โดยประเมินได้จากข้อความดังนี้

“เมื่อก่อนเมื่อเกิดความเครียดทุกครั้งผมจะไปดื่มเหล้ากับเพื่อน ๆ ตอนนี่หลังจากที่ผมมาแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ผมนำไปปฏิบัติโดยฟังเพลง ไปปั่นจักรยานออกกำลังกาย ตอนนี่ผมรู้สึกว่าสุขภาพผมดีขึ้น และไม่ค่อยได้ดื่มเหล้า อารมณ์ที่หงุดหงิดง่ายก็ดีขึ้น ” “เมื่อก่อนหลังเลิกงานที่ผมเครียดจากการทำงานและเมื่อยจากการทำงาน ผมจะดื่มเหล้ากับเพื่อน ๆ ก่อนมาถึงบ้าน เมื่อมาถึงบ้านก็จะได้ยินแม่ยายบ่น

ก็จะรู้สึกเครียดและโกรธมากขึ้นหลังได้พูดคุยกับคุณหมอไปแนะนำให้ไปปฏิบัติโดย หลังเลิกงานผมรีบกลับบ้าน รับประทานอาหารดื่มน้ำหวานให้เย็นสบาย และช่วยภรรยาทำกับข้าว ตอนนี้รู้สึกว่ามีเครียดน้อยลง แม้ยายก็บ่นน้อยลง”

นอกจากนี้ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ายังได้มีการฝึกทักษะการการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยการแสดงสถานการณ์สมมติ โดยมีผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการสังเกตและประเมินผลสำเร็จของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านำไปปฏิบัติได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ “เพื่อนก็ทำได้ดีครับ เมื่อเจอเหตุการณ์ถ้าเรายังไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ก็พยายามหลีกเลี่ยงออกมาก่อนเพราะถ้าอยู่จะทำให้เครียดมากขึ้นซึ่งผลกระทบจะเกิดขึ้นอีกมากมาย เช่น ทะเลาะกัน ดื่มเหล้า เราอาจจะไปทำในสิ่งที่ชอบก็ได้เช่นออกกำลังกายเมื่อคิดหรือแก้ปัญหา สงบอารมณ์ได้แล้วค่อยกลับมาคิดและแก้ไขปัญหา” “จริง ๆ แล้วก็มีวิธีคลายเครียดได้หลายวิธี เพียงแค่ให้เราเลือกตามสถานการณ์ครับ เช่นตกปลาแถมยังได้อาหารช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีก”

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและสามารถจนเกิดทักษะการผ่อนคลายความเครียดในการลดภาวะเครียดที่ตนเองมี ทำให้ระดับความเครียดลดลง ตลอดจนมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และนอกจากความเครียดจะลดลงแล้วยังพบว่าจำนวนวันของการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำในการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียดและวิธีการผ่อนคลายบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดทักษะการผ่อนคลายความเครียดได้มีประสิทธิภาพส่งการบ้านหรือสามารถรับคำปรึกษาได้ทางกล่องข้อความพร้อมศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กและนัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

ผู้เสพติดสุรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด จากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยส่งการบ้านกลับมายังผู้บำบัดทางเฟซบุ๊ก ประเมินได้จากข้อความการบันทึกที่ผู้เสพติดสุราส่งกลับมายังผู้บำบัด โดยประเมินได้จากข้อความดังต่อไปนี้ “เมื่อผมทำงานหวั่นหน้าผมบอกว่า ถ้าผมทำงานนี้ไม่สำเร็จจะเปลี่ยนให้คนอื่นทำแทน ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น 100 คะแนน เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ผมใช้ พูดคุยกับภรรยา ออกกำลังกาย และให้ภรรยาพูดให้ตามจุดที่เรียนไปกับคุณหมอ ทำให้ผมใจเย็นลง และทำงานได้จนสำเร็จ ตอนนี้อยู่หลังที่ปฏิบัติตามวิธีคลายเครียด ความเครียดผมลดลง เหลือ 70 คะแนน” “วันที่ผ่านมา ผมเกิดความรู้สึกเครียดหงุดหงิด อยากดื่มสุรามาก ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น 70 คะแนน ผ่อนคลายความเครียดโดยดื่มน้ำหวานเย็น ๆ แล้วไปออกกำลังกาย ผมรู้สึกเครียดและมีความอยากดื่มสุราลดลง เหลือ 40 คะแนน”

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดทักษะในการประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตประจำวันของตนเองแล้วสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้ดี ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เมื่อมีการจัดการกับภาวะเครียดได้ดีแล้วย่อมส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มี

ภาวะซึมเศร้ามีการปรับตัวได้ดีเหมาะสม ก่อให้เกิดการรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการกับภาวะอารมณ์และสถานการณ์เครียดอย่างส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย

ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว

เป็นกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเรียนรู้การดำเนินชีวิตในสังคมโดยเริ่มจากสังคมใกล้ชิดตัว คือครอบครัว หลังจากดำเนินกิจกรรมแล้วพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวมีการพูดคุยกันมากขึ้น ผู้เสพติดสุรารู้สึกพึงพอใจและคลายกังวลมากขึ้นรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เมื่อมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบย่อมทำให้ครอบครัวมีแบบแผนชัดเจน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2554)

จากการดำเนินการในครั้งนี้นับพบว่าผู้เสพติดสุราให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นในการช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่มได้ดี หลังผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผู้เสพติดสุราสามารถบอกวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาได้และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเมื่อเผชิญปัญหาได้มีกิจกรรมที่ทำกับครอบครัวมากขึ้น และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการชื่นชมให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีขึ้นโดยประเมินได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ข้อความดังนี้

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คือ “นายจ้างให้หยุดพักงานทำให้รายได้เข้าครอบครัวน้อยลง”

ปัญหาที่แก้ได้ คือ “ตั้งใจเลิกดื่มสุรา เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น”

สาเหตุของปัญหา คือ “เกิดจากการดื่มสุราจนติด”

วิธีแก้ปัญหา “คือแนวทางแก้ไขของตนเองคือพยายามเลิกสุราให้สำเร็จ ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยทำกิจกรรมร่วมกันที่ทำให้ผมหยุดดื่มได้สำเร็จคือตอนเย็น ช่วงนี้ภรรยาและลูกพาทำขนมส่งแม่ค้าที่จะมารับที่บ้านโดยผมช่วยในด้านการเตรียมมะพร้าว ชูดมะพร้าว ภรรยาก็จะหมักแบ่งในการทำขนม ลูก ๆ หลังเลิกเรียนก็จะมาทำช่วย”

ข้อดีที่เกิดขึ้นคือ “ผมมีกิจกรรมทำมากขึ้นทำให้ผมหยุดดื่มได้ในช่วงเวลาที่มีความรู้สึกอย่างดื่ม เห็นภาพที่ลูก ๆ ช่วยกันผมคุยกับภรรยามากขึ้นถึงการวางแผนชีวิต มีเป้าหมายมากขึ้นและผมกล้าที่จะพูดคุยกันมากขึ้นมีกำลังใจที่จะหยุดเพื่อตนเองอย่างต่อเนื่อง และผมก็ทำสำเร็จที่ผ่านมาและจะพยายามต่อไป”

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คือ “ภรรยาแยกทาง กังวลหนี้บัตรเครดิต”

ปัญหาที่แก้ได้ คือ “หนี้บัตรเครดิต”

สาเหตุของปัญหา คือ “ภรรยาแยกทางเพราะผมติดสุรา จึงหนีไปและกตเอาเงินในบัตรไปทั้งหมด”
 วิธีแก้ปัญหา คือ “แนวทางแก้ไขของตนเองตอนนี้คือตั้งใจเลิกสุราให้สำเร็จ ครอบครัวมีส่วนร่วม
 โดยแม่มาช่วยดูแลลูกช่วงระหว่างผมบำบัด และนำเงินมาช่วยปิดบัตรเครดิตก่อนเพื่อป้องกันดอกเบี้ย
 และมาช่วยสอนการบ้านลูกผมในช่วงที่ผมเครียด มีข้อดีของครอบครัวที่เข้ามาช่วยคือรู้สึกว่ามีคนรักเรา
 ยังมีเยาะโดยเฉพาะพ่อแม่ครอบครัวที่หวังดีเสมอมา กำลังใจ เป้าหมายต่อไปของผมคือ เลิกสุราให้สำเร็จ
 และจะทำงานหน้าที่ของตนคือรับราชการให้ดีที่สุด เป็นแบบอย่างที่ดีของลูกต่อไปครับ”

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด
 และพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เกิดความรู้ความ
 เข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ระบุว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีรูปแบบ
 ความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่งผลให้เกิดการยอมรับว่าตนเองมีปัญหา
 เลือกลงหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และมีทางเลือกในการผ่อนคลายความเครียด
 และสามารถเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับครอบครัว ร่วมกับการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทาง
 เพชบุ๊คโดยการกำกับให้คำแนะนำจากผู้วิจัยในการฝึกทักษะการเรียนรู้ในกิจกรรมและให้คำแนะนำ
 เกี่ยวกับการฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 เกิดการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพ
 ติดสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงเข้ารับการบำบัด
 ตามโปรแกรมมีจำนวนวันหยุดเต็มเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ราย
 หยุดเต็มได้ในช่วงเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้การพยาบาล ผู้ติดยาและสารเสพติด รวมถึงการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาก่อน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการบำบัดที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกทักษะและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องกับสถานการณ์จริงจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดทักษะการแก้ปัญหาไปในทางที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้เสพติดสุรามีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้ได้ต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น

1.3 พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ เนื่องจากการลดภาระและค่าใช้จ่ายของการเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรานั้นเป็นการให้การบำบัดที่เน้นช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามักกำลังเผชิญอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา จนสามารถแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่นั้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้สมรรถภาพของตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราลดลง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือความรุนแรงจากปัญหาภายในครอบครัวและความเสี่ยงที่เกิดจากระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ลดลง

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการบรรจุการเรียนการสอนเรื่องการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

2.2 ควรมีการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้ความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและอยู่ในกระบวนการบำบัดจนครบโปรแกรม ฯ เนื่องจากผู้บำบัดที่สนับสนุนการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองโดยมีการกำกับแนะนำให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย รวมทั้งผู้วิจัยสามารถเข้าสู่ข้อมูลส่วนตัวผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจากการโพสต์สื่ออารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ส่งผลต่อสัมพันธภาพเนื่องจากการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตเฟซบุ๊กเป็นการสื่อสารที่ไม่เผชิญหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ได้รับการแก้ไขปัญหากำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้ามลดลง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ เช่น การบำบัดพฤติกรรมการดื่มสุรา ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ซึ่งบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยขยายติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในช่วง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. *วารสารจิตเวชขอนแก่นราช นครินทร์*.5 (2) : 33-39.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.21(2) : 77-89
- ณิชา หนักแน่นและคณะ.(2551). การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 27 (2), 16-19.
- ดร.ณิ ภูขาว. 2547. *การทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
- ดาราวรรณ ตีะปินดาและคณะ.(2556).ผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อการลดภาวะซึมเศร้า.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 27 (3), 1-15.
- ดวงกมล ชาติประเสริฐ และศศิธร ยงโกศล. (2556). พฤติกรรมการใช้ประโยชน์จากเว็บไซต์เครือข่ายสังคมเฟซบุ๊ก. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 21, 36, 35-57.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2543). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ทัศนา แคมมณี. (2548). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพมหานคร: นิซินแอดเวอร์ไทซิ่ง กรุ๊ป.
- ธณินทร์ กองสุข. (2547). สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ*. ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ.
- เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เฉลิมชัยนุกูล และวิลาสณี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance Use disorder: ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน. *วารสารจิตเวชคลินิก*, 33(2): 70-92.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2552). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี*. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.

- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2542). *การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: Identity group, 2542.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2542. *ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา*. รายงานวิจัย
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันแปเปอร์จำกัด.
- พงศธร เนตราคม. (2544). อินเทอร์เน็ตเครื่องมือช่วยพฤติกรรมบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (1), 49-54.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). สุรา แอลกอฮอล์ และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำชา ลักษณาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และนิภา กิมสูงเนิน, *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*, หน้า 281 - 315. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). *โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง*. เอกสารอัดสำเนา.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา*. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.
- พิทักษ์ สุริยะใจ. (2548). *รายงานการวิจัย เรื่อง สาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่*. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิรุมา พันธุ์ทวี และคณะ. (2544). *ทำอย่างไรได้บ้างกับปัญหาภพลามกและการล่อลวงทางอินเทอร์เน็ต*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส แอนด์ กราฟฟิค.
- พัชรพล กนกจรรยาและ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2557). ผลของการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรมการเสพสุราในผู้เสพติดสุรา. *วารสารการพยาบาล*, 27(2), 56-68.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, ภัทร พิทยรัตน์เสถียร, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์.

- (2552). การรักษาผู้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder ด้วย Cognitive Behavioral Therapy: การพัฒนาบุคลากรและประเมินการให้บริการในผู้รับการบำบัดชาวไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 367-374.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุทธนา งามอาจสกุลมัน. (2548). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy ในผู้ป่วยจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548, 13 (2), 114-123.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2559). *สถิติผู้ป่วย*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tyrkk.go.th>.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2553). *Depression 1990*. กรุงเทพมหานคร: บอสโกออฟเซฟ.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย 2556*. นนทบุรี : เดอะกราฟิก ซิสเทอมส์.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2559). *จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2555-2559*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thanyarak.go.th/thai/index>
- สาวิตรี สุริยะฉาย. 2556. การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบผลสำเร็จ. *วารสารการพยาบาล*, 27 (2), 1-15.
- สาวิตรี อัจฉรงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *รายงานบททวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาจากแอลกอฮอล์*. มทป.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา*. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมไม่ติดยาของผู้ป่วยสุรา*. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุขภาพจิต, กรม. *คู่มือการดูแลสุขภาพจิตละจิตเวชสำหรับแพทย์* (ปรับปรุง2544). [online].

แหล่งที่มา: <http://dmh.go.th>. [2544].

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์= Mood Disorder*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :

โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

สุชาติ พหลภาคย์. (2547). *Cognitive therapy*. ขอนแก่น : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุชานัน ชุ่มแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ.(2554) การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะ

ซึมเศร้าในประเทศไทย. *วารสารรามายิตี 2554 ตุลาคม – ธันวาคม*; 412 – 429.

สุนทร ศรีโกสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่ม*

สุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าอิสระ ปริญญามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนทร ศรีโกสย, ภทราภรณ์ พุงป่นคำ, และชาลินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อ

เสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(3),25-35.

สุภาวดี อัมมะรักขิต. (2550). *การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าใน*

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา. โครงการศึกษาอิสระปริญญา

มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์.*

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.*

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารใน*

ครัวเรือน ปี 2556. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ :*

โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.*

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :*

เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว*

สรยุทธ์ วาสิกนันท์.(2546). *โรคซึมเศร้า ในพิเชษฐ์ อุดมรัตน์.บก.ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง*

ในเรื่องระบาศาวิชาปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.สงขลา:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และนันทนา ขาวล่อ. (2549). *แอลกอฮอล์ผลกระทบต่อสุขภาพ.*

วารสารคลินิก, 22(1), 21-28.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). (2559). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร

อรัญญา แพ้จ้อย และนรัญญา ศรีบุรพา.(2552). ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1) 63 -73.

อุบล ก่องแก้ว. (2547). *ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิต และจิตเวช จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ.2554. *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การบำบัดความคิดพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2 ; 1-13.

อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศราร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 26(1) 70-81.

อวยพร เรืองตระกูล. (2550). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอี่ยมเดือน เนตรแถม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาฬสา หุตะเจริญ. (2549). *การศึกษาการควบคุมตนเองของผู้ใหญ่ในสถานพยาบาลเอกชน*.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาต่างประเทศ

- Ammerman, et al.(2005). In-home cognitive behavior therapy for depression: An adapted treatment for first-time mothers in home visitation. *Best Practices in Mental Health*, 1(1), 1-14.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (5th ed.)*. [Text revision]. Washington, DC: Author.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behavior therapy. *Behaviour research and therapy* 47 (2009):175-180.
- Baker, et al. Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the Right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378.
- Barrick, C. and Connors, G.J. (2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol use disorder. *Drug Aging*. 19(8): 583-594.
- Beck, A.T.(1967). *Depression; Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York; Harper & Row.
- Beck, et al.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects(2nd ed.)*. Pennsylvania: university of Pennsylvania Press.
- Beck JS. (1995). *Cognitive therapy: basic and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bender, S; Messner, E (2003). *Becoming a therapist: What do I say, and why?*. New York, NY: The Guilford Press. pp. 24, 34–35.
- Burns, N., and Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, Critique and utilization (5th ed.)*. St. Louis: Elsevier.
- Burt T, IsHak WW. (2002). Use of technology in outcome measurement. In: IsHak, WW. Burt T, Sederer LI, (Eds). *Outcome measurement in psychiatry. A critical review*. Washington, DC; APA: 383-391.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. and Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26:17-31.
- Cilente, J. (2010). Cognitive theory and therapy in Substance Abuse treatment. Retrieved September 28, 2010, from <http://www.mental-health-atters.com/disorders/addictiondisorder/995-cognitive-theory-and-therapy-in-substance-abuse-treatment>.

- Deady M.et al.(2014).Developing an integrated,Internet-based self-help programme for young People with depression and alcohol use problems.*Journal homepage Internet Intervention* 1(2014):118-113.
- Deady M.et al.(2014).Evaluating a Brief,Internet-based intervention for Co-Occurring DepressionAnd Problematic Alcohol Use in Young People:Protocal for a Randomized Controlled Trial.*JMIR Res Protoc*.2014 Jan-Mar;3(1):e6.
- Delgado, P.L. and Moreno, F.A. (2002). Association between serotonin transporter promoterregion polymorphism and mood response during tryptophan depletion.*MolecularPsychiatry*. 7(2): 213-216
- Gajecki M.et al.(2014).Effects of Baseline Problematic Alcohol and Drug Use on Internet-based Cognitive Behavioral Therapy Outcomes for Depression, Panic Disorder and Social Anxiety Disorder.*PLOS ONE* (9)8.
- Gavin Pereira.et al.(2013).Access to Alcohol Outlets,Alcohol Consumption and Mental Health.*Journal Plos ONE* (8)1;1-6.
- Grant A, Mill SJ, Mulhern R, Short N. (2004). *Cognitive behavioral therapy in mental health care*. London: Sage.
- Gratzer, D., Levitan, R>D., Sheldon, T., Rector, N.A., & Goering, P.(2004). Lifetime rates Of alcoholism in adult with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety:A community survey of Ontario. *Journal of Affective Disorder*. (79):209-215.
- Holdcraft LC, lacono WG, McGue MK. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a Commulnity-based sample. *J Stud Alcohol*. Mar, 59 (2): 222-6.
- Hollon, S.D. and Kendall, P.C. (1980). Cognitive Self Statement in Depression: development of and Automatic Thoughts Quesionare. *Cognitive Therapy and Research*. 4,338-395.
- Houghton, Simom. And Saxon, Dave. (2007). An evaluation of the grop CBT Psycho-education for anxiety disorder delivered in routine practice. *Patient Education and Couseling*. 68(1) : 107-10.
- Joyce BS. Cognitive therapy. In: Lego S. (Eds.), *Psychiatric nursing acomprehensive reference*. Pennsylvania: Lippincott-raven Publishers: 121-128

- Kay-Lambkin et al. (2014). Dissemination of a computer-based psychological treatment in a drug and alcohol clinical service: an observational study. *Addiction Science & Clinical Practice*.
- Kay-Lambkin et al. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2009; 34: 378-388.
- Keltner, D. (1995). Signs of appeasement: Evidence for the distinct displays of embarrassment, amusement, and shame. *Journal of personality and social psychology*, 68;441-454.
- Lewinsohn PM, et al. (1978). *Control your depression*. London : Prentice – Hall.
- Longabaug, R., & Morgenstern. J. (1999). Cognitive behavioral coping-skill therapy for Alcohol dependence: Current status and future direction. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 78-85.
- Louise Farrer et al. (2012). Web-Based cognitive Behavior Therapy for Depression With and Without Telephone Tracking in a National Helpline: Secondary Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2012 May-Jun; 14 (3).
- Lowe, V.M. and Krantzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric disorder. *Alcohol Research & Health*. 23(2):144-149.
- Maina G, Fornor F, Bogetto F. (2005). Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in minor Depressive Disorders. *Psychother Psychosom* ; 74:43-50.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice*, second edition. Saint Louis, MO.: The C.V. Mosby Co.
- Marks, Isaac M., Mataix-Cols, David., Kenwright, Mark., Cameron, Rachel., Hirsch, Steven., Gena, Lina. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *The British Journal of Psychiatry*. 183: 57-65.
- McLoughlin DM. et al. The clinical effectiveness and cost of repetitive transcranial

- magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy in severe depression: a multicentre pragmatic randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technol Assess* 2007;11(24).
- Moore, D.P. and Jefferson, J.W. (2004). *Obsessive-compulsive personality disorder*. In D.P. Moore and J.W. Jefferson (Eds). *Handbook of Medical Psychiatry*. (2nd ed., chap 142). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Nordgren, L.S., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, A., Eriksson, S., Lindkvist, E., and Andersson, G. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of Individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 59: 1-11.
- Pedrelli, P. et al. (2013). Combined MI+CBT for Depressive symptom and Bing Drinking Among Young Adults: Two Case Studies. *J Cogn Psychother*. 2013 August 1;27(3):235-257.
- Pomerantz, E.M. & Rudolph, K.D. (2003). What ensues from emotion distress implications for Competence estimation. *The society for research in child development*, 74(2), March-April:329-345.
- Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smit, T.I.L., Danko, D.P., Buckman, K., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M., Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Journal of studies on Alcohol*. 26(4):471-477.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2016). *Comprehensive textbook of psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependence patients Seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*. 36: 219-23.
- Shand, F.L., Gates, J., Fancett, J. and Mattick, R.D. (2003) *Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence*. Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Sharon MF, Arthur F. *Cognitive behavior therapy in nursing practice*. New York: Springer Publishing.

- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and Suicide. *Q J Med.* 99: 57-61.
- Stuart GW. (1998). Cognitive behavioral therapy. *Principle and practices of psychiatric nursing.* 6: 660 – 665.
- Stuart GW. (2005). Cognitive behavioral treatment strategies. *Principle and practices of psychiatric nursing.* 8: 654 – 667.
- Serensen, R. et al. (2013). The Clinical Effectiveness of Web-Based Cognitive Behavioral Therapy With Face-to-Face Therapist Support for Depressed Primary Care Patients. *J Med Internet Res.* 2013 Aug;15(8) : e153.
- Sher, L., Oquendo, M.A., Galfalvy, H.C., Grunebaum, M.F., Burk, A.K., Zalsman, G., Mann, J.J. (2005). The Relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors.* 30:1144-1153.
- Stevens, H.H. and Craske, M.G. (2002). *Brief Cognitive-Behavioural Therapy: Definition and Scientific Foundations.* Handbook of Brief Cognitive Behavioural Therapy. England: John & Sons Ltd.
- Tseng, G., Poulter, A., & Hion. D. (1996). *The Library and Information Professional's Guide To The Internet.* London: Library Association Publishing.
- Videbeck L. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing.* Philadelphia: Lippincott.
- Wang, J., El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the general population. *Can J Psychiatry.* 49(1): 37-44.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A. and Loeke, B.Z. (1997). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *Journal of Epidemiology and community Health.* 106(2): 203-204.
- Williams, C. (2001). Use of Written cognitive-behavioural Therapy self-help materials To the depression. *Advances in Psychiatric Treatment.* 7(3): 233-40.
- Williams, C., Wilson, P., Morrison, I., McMahon, A., Andrew, W., Allan, L., McConnachie, A., McNeill, V. (2013). Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE.* 8(1): e52735.
- Wright J.H, and Beck A.T. (1995). Cognitive therapy. Textbook of psychiatry. *Washington DC: American Psychiatric Press.* pp1011-1038.

- Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, Basco MR. (2009). *Cognitive behavior therapy For severemental illness: an illustrated guide*. British: American Psychiatric Publishing.
- Word Health Organization. (2003). *WHO to meet beverage company representative to discuss health related alcohol issues*. [online] Available from [hptt//rileyl@WHO.Int](http://rileyl@WHO.Int). [2009,September 10]
- Word Health Organization. (2007). *a safer future : global public health security in the 21st century*. Switzerland: bookorders@who.int.
- Word Health Organization. (2014). *Global Status Report on Alcohol*. [online] [cited 2013 Mar 19] http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/
- Zung WK. (2006). *Depression Inventory*. Retrieved form [http://www.wellbutrinsr.com /hep/graphics/zung.pdf](http://www.wellbutrinsr.com/hep/graphics/zung.pdf).

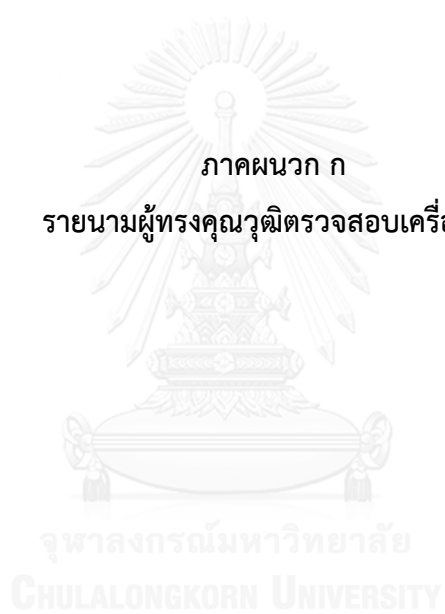




ภาคผนวก

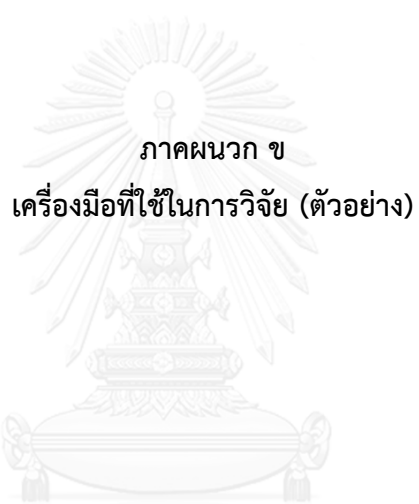
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์อัครพัฒน์ เตยะราชกุล	ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ขอนแก่น
2. อาจารย์ ดร.हरรรษา เศรษฐบุปผา	ตำแหน่งอาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดิบบรมราชชนนี
4. นางสาวจารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลมะการักษ์
5. นางศันสนีย์ พูลผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มี 8 ข้อ ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และแสดงความ

ความคิดเห็นในข้อเสนอนี้ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

ปริญญาตรี

มัธยมศึกษาตอนต้น

อนุปริญญา/ ปวส.

สูงกว่าปริญญาตรี

3.อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

เกษตรกร

อื่นๆ (โปรดระบุ)

ค้าขาย

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ประมง

4.สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5.ระยะเวลาการดื่มสุรา..... เดือน.....ปี

6.ปริมาณการดื่มสุรา (โปรดระบุ)...../ วัน

7. สาเหตุของการดื่มสุราครั้ง (โปรดระบุ).....

8. ความต้องการเลิกดื่มสุรา ต้องการ ไม่ต้องการ

9. จำนวนครั้งการเลิกดื่มสุราที่ สำเร็จ ครั้ง. ไม่สำเร็จ.....ครั้ง

10. จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา.....ครั้ง

11. บุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา ไม่มี มี โปรดระบุ.....

12. บทบาทของคุณในครอบครัว.....

13. การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุรา มี ไม่มี

** ถ้ามี ใคร/อย่างไร

...../.....



6. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันถูกลงโทษ
 1 ฉันรู้สึกว่าฉันอาจจะถูกลงโทษ
 2 ฉันคาดว่าฉันถูกลงโทษ
 3 ฉันรู้สึกว่าถูกลงโทษ
7. 0 ฉันไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง
 1 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง
 2 ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง
 3 ฉันเกลียดตัวเอง
8. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันเลวกว่าคนอื่น
 1 ฉันมักวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 2 ฉันมักตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น
 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยจำเป็น
 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
11. 0 ฉันไม่ใช่คนที่โกรธง่าย
 1 ฉันเป็นคนโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 2 ฉันเป็นคนโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันเป็นคนโกรธง่ายตลอดเวลา

- 12 0 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันไม่สนใจผู้อื่นอีกเลย
- 13 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจ
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย
- 14 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันจะดูแลและไม่น่าสนใจ
 2 ฉันรู้สึกรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
- 15 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 16 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
 2 ฉันนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และไม่สามารถนอนต่อได้อีก
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 17 0 ฉันไม่รู้สึเหนื่อย
 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ
 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไรได้

- 18 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติอย่างที่เคย
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
3 ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลย
- 19 0 น้ำหนักของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
- 20 0 ฉันไม่รู้สึกรบกวนกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตรงกับข้อความเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด โดย

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อย |
| 3 | หมายถึง | มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมาก |
| 5 | หมายถึง | มีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมากที่สุด |

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนต่อต้านโลก					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง					
6. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆต่อไปได้					
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน					
9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันต้องการ					
10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย					
11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่ามีค่า					
12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว					
13. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้					
14. เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ					
15. ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16. ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างประสานกันได้					
17. ฉันเกลียดตัวเอง					
18. ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า					
19. ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้					
20. นีมันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ					
21. ฉันคือผู้แพ้					
22. ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง					
23. ฉันเป็นคนล้มเหลว					
24. ฉันไม่สามารถจะทำได้					
25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง					
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง					
27. ต้องมีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่					
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

Reliability of Beck Depression Inventory (BDI)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BD1	24.67	30.782	.613	.791
BD2	24.50	30.879	.484	.797
BD3	24.00	32.483	.317	.807
BD4	24.03	31.689	.467	.799
BD5	24.27	33.237	.330	.806
BD6	23.97	32.102	.310	.808
BD7	24.47	32.809	.371	.804
BD8	23.97	33.413	.258	.809
BD9	25.10	32.024	.463	.799
BD10	24.50	32.052	.366	.804
BD11	24.50	34.121	.113	.817
BD12	24.67	31.954	.433	.801
BD13	24.23	31.220	.487	.797
BD14	24.40	32.179	.441	.801
BD15	24.20	31.407	.505	.797
BD16	24.73	30.754	.706	.788
BD17	24.07	34.478	.103	.815
BD18	24.50	32.259	.377	.804
BD19	24.97	33.206	.179	.816
BD20	24.43	34.599	.090	.816
BD21	24.50	31.914	.427	.801

Reliability of Automatic Thought Questionnaire (ATQ)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.899	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AT1	72.97	254.654	.123	.902
AT2	72.73	245.789	.528	.896
AT3	72.23	241.771	.545	.895
AT4	72.47	248.671	.242	.901
AT5	71.93	250.202	.227	.901
AT6	73.40	251.766	.234	.900
AT7	71.23	251.082	.236	.900
AT8	72.30	237.872	.702	.892
AT9	72.27	244.202	.427	.897
AT10	73.00	235.379	.671	.892
AT11	72.97	243.689	.549	.895
AT12	73.03	242.654	.459	.896
AT13	73.40	249.697	.241	.901
AT14	72.50	233.707	.678	.892
AT15	72.40	246.179	.302	.900
AT16	72.93	246.271	.397	.897
AT17	73.27	239.099	.601	.894
AT18	73.13	241.775	.502	.895
AT19	73.80	250.993	.324	.898
AT20	72.70	244.355	.586	.895
AT21	72.63	239.757	.645	.893
AT22	72.23	240.737	.579	.894
AT23	72.63	238.861	.737	.892
AT24	73.17	241.316	.635	.894
AT25	72.97	236.378	.489	.896
AT26	71.63	249.964	.223	.901
AT27	72.13	238.671	.579	.894
AT28	72.93	241.168	.584	.894
AT29	73.67	248.437	.425	.897
AT30	73.10	240.162	.563	.894

แผนการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ระยะเวลา 45 -60 นาที

รูปแบบ 1. การบำบัดแบบกลุ่ม

- ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน (กลุ่มละ 10 คน)

โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

- ดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยศึกษาเนื้อหาการเรียนรู้ผ่านทางเฟซบุ๊ก ในหัวข้อกิจกรรมครั้งที่

1 ฝึกปฏิบัติส่งการบ้านผ่านทางเฟซบุ๊กมายังผู้บำบัด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. การบำบัดแบบกลุ่ม

1. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มบำบัดด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราให้ความสนใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
4. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสาเหตุ อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบำบัดและการติดตาม
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสาเหตุ อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า ได้สะดวกเมื่อเจอสถานการณ์การดำเนินชีวิตจริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. การบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. สร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกคนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. บอกถึงบอกถึงสาเหตุ อาการ ผลของความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษาในผู้

เสพติดสุราได้

4. ระบุประเภทของความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

2. การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาความสามารถของตัวเองให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จ ในช่วงท้ายของการปฏิบัติการทางการพยาบาล จุดมุ่งหมายทั่วไปของการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบของการรักษา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เกิดความเข้าใจในตนเองและปรับตัวได้ในระยะต่อมาของการดูแล เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ จะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของตนเองได้ดีขึ้น โดยในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรานี้ได้จัดให้มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้มีอาการ แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบชี้แจงที่ 1 แนวทางการให้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
2. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับแอลกอฮอล์
3. ใบความรู้ที่ 1/2 ประเภทของความคิดและที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า
4. ใบกิจกรรมที่ 1/1 การสำรวจสถานการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมาส่งผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
5. ใบกิจกรรมที่ 1/2 ความคิด พฤติกรรม เมื่อเกิดซึมเศร้า (Facebook)

เกณฑ์การประเมินผล

การบำบัดแบบกลุ่ม

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม ทั้งระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
2. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางความคาดหวัง ความต้องการในการบำบัดและระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกต้องปฏิบัติ
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงภาวะซึมเศร้า อารมณ์ ความรุนแรง การบำบัดรักษาและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้
4. ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์ แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้นด้วยความคิดใหม่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

การเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านทางเฟซบุ๊ก

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามส่งการบ้านผ่านทางเฟซบุ๊กจากการฝึกปฏิบัติในแต่ละวัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 (การบำบัดแบบกลุ่ม) การสร้างสัมพันธภาพ (20 นาที)</p> <p>1. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี</p> <p>2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกคนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 1 (การบำบัดแบบกลุ่ม) การสร้างสัมพันธภาพ (20 นาที)</p> <p>1.1 เริ่มต้นกลุ่ม ผู้ในกลุ่มกล่าวทักทาย และแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้</p> <p>1.2 ใช้สุภาษิตแนะนำสมาชิกกลุ่ม ให้ผู้ช่วยหนึ่งเป็นวงกลม แนะนำตนเอง ดังนี้ พยายามดำเนินกิจกรรม: ภาพเล่าเรื่องราวของฉัน ดังนี้ พยายามและผู้ช่วยทุกคนนั่งเป็นรูปวงกลม แจกภาพวิจิตรกรรมชาติ และให้ผู้ช่วยเลือกภาพวิจิตรที่เป็นสัญลักษณ์ตนเอง โดยนำเสนอภายในกลุ่ม ตามหัวข้อ ดังนี้</p> <p>1. ชื่อตนเอง 2. ความหมายของภาพที่เลือก</p> <p>1.3 กระตุ้นให้ผู้ช่วยแสดงความคิดเห็นและข้อคิดที่ได้จากการเล่นเกมที่ “ภาพเล่าเรื่องราวของฉัน”</p> <p>1.4 พยายามอธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มในครั้งนี้ ตามใบชี้แจงที่ 1 หน้า 12</p> <p>1.5 พยายามอธิบายถึงความจำเป็นของกฎกติกากลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิก ในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น และตั้งกฎกติกาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>1.6 ผู้ช่วยร่วมกันสรุปกฎกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่ม ได้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>-ป้ายชื่อสมาชิก</p> <p>-แผ่นภาพ</p>	<p>1. ประเมินจากการสังเกตการแนะนำตนเอง ได้แก่ ชื่อตนเองผ่านภาพเล่าเรื่องราวของฉัน</p> <p>2. ประเมินจากการสังเกตการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่ได้จากภาพเล่าเรื่องราวของฉัน</p> <p>3. ผู้ช่วยสามารถบอกรับรู้ประสงค์รูปแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุร่าบอกถึงบอกลถึงสาเหตุ อากา ร ผลของความคิด ต่อ ก ว ะ ซึ ม แ ส ร ้า แ ล ะ ก าร บำบัดรักษาในผู้เสพติดสุร่าได้</p> <p>4. ผู้เสพติดสุร่าสามารถระบุประเภทของความคิดที่ส่งผลต่อการ เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 (การบำบัดแบบกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษา (40 นาที))</p> <p>1. พยาบาลสอนถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งนี้</p> <p>2. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ส่งผลต่อ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานการณ์ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างไร และให้ผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวล และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ตามใบกิจกรรม หน้า 14</p> <p>ที่ 1/1 การสำรวจสถานการณ์ที่ผ่านมาส่งผลต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม หน้า 17</p> <p>4. พยาบาลให้ผู้ป่วยทุกคนนำสิ่งที่ได้จากการทำภาวิเคราะหึ่งถึงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม</p> <p>5. พยาบาลให้ความรู้ทัวไปเกี่ยวกับความรู้ทัวไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ภาวะซึมเศร้า ตามใบความรู้ ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทัวไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับแอลกอฮอล์ หน้า 14 และ ใบความรู้ที่ 1/2 ประเภทของความคิดที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า หน้า 15</p> <p>6. พยาบาลให้ผู้ป่วยสุร่าร่วมกันเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อภาวะ ซึมเศร้าพร้อมให้ผู้ป่วยทุกคนสุร่าทางเลือกวิธีคิดใหม่ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น</p> <p>7. พยาบาลมอบหมายการบ้าน ศึกษาทบทวนความรู้ในเฟสบุค พร้อมมอบหมายส่ง การบ้านการปฏิบัติทางเฟสบุค และกิจกรรมครั้งต่อไป คือเรียนรู้อุปะเภท การ วิเคราะหึ่ง และการแก้ไขความคิดที่ป็นต้นด้วยการปรับความคิด และกล่าวปิด.....</p>	<p>ใบความรู้ที่ 1/1</p> <p>ความารู้ทัวไป เกี่ยวกับภา วะ ซึ ม แ ส ร ้า กั บ แอลกอฮอล์</p> <p>ใบความรู้ที่ 1/2</p> <p>ประเภทของ ความคิดที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์ ซึมเศร้า</p>	<p>1.ประเมินจากการสังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการตอบ คำถามและผู้เสพติดสุร่ามีความ เข้าใจสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุร่า</p>

ภาคผนวก ค
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

1. **ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

2. **ชื่อผู้วิจัย** นางรุ่งอรุณ โทวันนัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

3. **สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** 280 หมู่ 4 ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 41110

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 088-5607385 E-mail kun_thonhom@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีความประสงค์จะเก็บข้อมูลการทดลองวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ” เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาและเผยแพร่ให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รับผิดชอบมีแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเก็บข้อมูลการวิจัยดังนี้

1. ให้ท่านกรอกแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตามความเป็นจริง ก่อนเข้าโปรแกรม ฯ และหลังได้รับโปรแกรม ฯ ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้
2. ให้ท่านกรอกแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้
3. ท่านจะต้องมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการที่โรงพยาบาล ธรรมนูญรักษ์ขอนแก่น ตามวันที่ผู้วิจัยนัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นจำนวน 6 สัปดาห์
4. หลังเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยจะมอบหมายให้ท่านเข้าไปศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองที่บ้าน ทางเฟซบุ๊กที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามเนื้อหาของแต่ละกิจกรรมโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งใน

การศึกษา และส่งการบ้านที่ได้รับมอบหมายในแต่ละครั้งภายใน 4 วัน หลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ระหว่างศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางเฟซบุ๊กผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดข้อสงสัยหรือต้องการรับคำปรึกษา สามารถสื่อสารผ่านทางข้อความของเฟซบุ๊กกับผู้วิจัยได้ทุกวัน ช่วงเวลา 18.00 – 20.00 น

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลทางเฟซบุ๊กและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย ดังนั้นใคร่ขอความกรุณาท่านในการให้ความร่วมมือสำหรับการเก็บข้อมูลดังกล่าว โดยให้ข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย ค่าเดินทาง+ ค่าอาหาร = 100 บาท/คน/วัน ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือเป็นความลับ จะนำข้อมูลของท่านมาวิเคราะห์ร่วมกับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยท่านอื่น โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นวิจัยภาพรวม และใช้ประโยชน์สำหรับโครงการวิจัยนี้เท่านั้น

ผู้วิจัยขอรับรองว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจคับข้องใจ ท่านจะได้รับการให้คำปรึกษารอบบุคคลจากผู้วิจัยหากมีอาการซึมเศร้ารุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองท่านจะได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์เพื่อให้การรักษาอาการดังกล่าว อีกทั้งหากท่านไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนใด ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวโดยไม่ต้องบอกเหตุผลใดๆทั้งสิ้น ซึ่งการถอนตัวของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านทั้งสิ้น และวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (EC) จากสถานบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จ.ปทุมธานี โทรศัพท์ 02-5310080-4 หากท่านมีคำถามหรือมีปัญหาที่ต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ประสานโครงการวิจัย ได้ที่ นางรุ่งอรุณ โทวันนัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-1131 ในเวลาราชการ หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-5607385 ได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านครั้งนี้

รุ่งอรุณ โทวันนัง

ผู้วิจัย

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตเนตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางรุ่งอรุณ โทวันนัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-1131 ในเวลาราชการ หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-5607385 ได้ตลอดเวลา

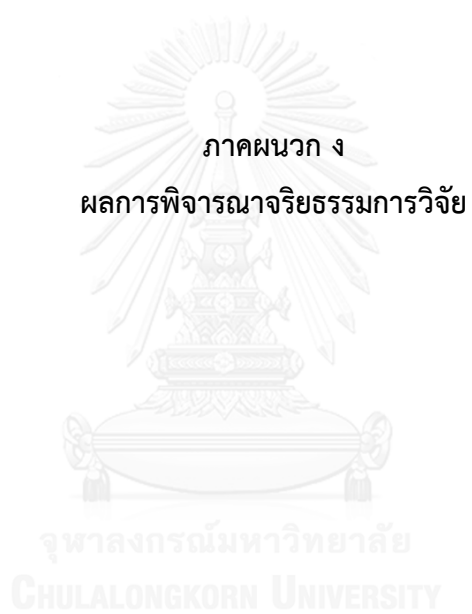
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน





เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 60012

เอกสารรับรองที่ 013/2560

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
ต่ออาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF INTERNET-SUPPORTED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
PROGRAM ON DEPRESSION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....รุ่งอรุณ โทวันนัง.....

หลักสูตร...พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต...สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.. คณะ...พยาบาลศาสตร์..

3. หน่วยงานที่สังกัด.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่งการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มี
ชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 30 มกราคม 2560

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 1 มีนาคม 2560

5. วันที่ให้การรับรอง.....6.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....2560.....

วันที่ที่หมดอายุ5.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....2561.....

ลงนาม

(... นพ.ลำลำ ... ลักษณาภิชนัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(.....นางสำเนา.....นิลาเรศ.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางรุ่งอรุณ โทวันนัง เกิดเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2526 ที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีการศึกษา 2549 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลา ราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขต อุดรธานี

