

ผลของโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSIVE
SYMPTOMS AMONG PATIENT WITH OPIOID USE DISORDER



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมจัดการการดีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
โดย	น.ส.พิมพ์ชมพู ศรีถนอม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญชูวิชัย)

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

พิมพ์ชมพู ศรีถนอม : ผลของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์. (THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PATIENT WITH OPIOID USE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และ 2) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้า จำนวน 38 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด และเข้ารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้รับการสุ่มแบบเจาะจงและจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วย เพศ อายุ และระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญาของ Hayes et al. (2006) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง และ 4) แบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 ผ่านการเปลี่ยนกลับจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีความเที่ยงแอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .77 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6077180736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: INTERNALIZED STIGMA MANAGEMENT, DEPRESSIVE SYMPTOMS, OPIOID USE DISORDER

Pimchompoo Srithanom : THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PATIENT WITH OPIOID USE DISORDER. Advisor: Asst. Prof. Penpaktr Uthis, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D.

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: 1) depressive symptoms of patients with opioid use disorder who received internalized stigma management program measured at pre intervention, the end of the intervention and at 1 month post intervention and 2) depressive symptoms of patients with opioid use disorder who received internalized stigma management program and those who received usual care measured at pre intervention, the end of the intervention and at 1 month post intervention. The sample consisted of 38 opioid use disorder patients who had problem on depressive symptoms and met the inclusion criteria receiving services at the Methadone Clinic in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. They were purposive sampling and matched pairs with gender age and the time period of Methadone Maintenance Therapy and then assigned to either experimental or control group, 19 subjects in each group. The experimental group received the internalized stigma management program developed by applying from the Acceptance and Commitment Therapy of Hayes et al. (2006), whereas the control groups received usual care. Research instrument comprised of: 1) the Internalized stigma management program, 2) demographic questionnaire, 3) the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect, and 4) the brief opioid stigma scale. The 1st and 2nd instrument were verified for content validity by 5 professional experts. The 4th instrument was Back-translation by Chulalongkorn University Language Institute. The 3rd and 4th instruments had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .77 and .79, respectively. Descriptive statistics, Repeated Measures Analysis of Variance.

The findings of this research are summarized as follows:

1. depressive symptoms of patients with opioid use disorder in the experimental group who received internalized stigma program measured at the end of the intervention and at 1 month post intervention was significantly lower than pre intervention at p .05.

2. depressive symptoms of patients with opioid use disorder in the experimental group who received internalized stigma program measured at the end of the intervention was significantly lower than those who received the usual care at p .05 and at 1 month post intervention depressive symptoms in the experimental group and the control group was not different.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสอง ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยอย่างเต็มที่ตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์ทั้งสองมอบให้ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สิ้นเดชาธิกรัษ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาล ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณรุ่นพี่และเพื่อนนิสิต คณะพยาบาล ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ คอยเกื้อหนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ประจำคลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ให้ความรู้ให้กำลังใจ และอำนวยความสะดวกต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของ บิดามารดาผู้ให้กำเนิดที่อบรมสั่งสอนให้สติปัญญาและความมุนานะ ตลอดจนสนับสนุนทั้งกำลังใจและกำลังทรัพย์ที่สำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

พิมพ์ชมพู่ ศรีถนอม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 7	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 8	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 8	8
สมมติฐานการวิจัย..... 12	12
ขอบเขตการวิจัย..... 12	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 13	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 15	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 16	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์..... 17	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า..... 28	28
3. แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราตนเอง..... 41	41
4. แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา..... 49	49
5. แนวคิดกลุ่มบำบัด..... 54	54

6. โปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง	57
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67
8. กรอบแนวคิดการวิจัย	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	78
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	89
การวิเคราะห์ข้อมูล	125
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	126
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	144
สรุปผลการวิจัย	149
อภิปรายผลการวิจัย	149
ข้อเสนอแนะ	162
บรรณานุกรม	164
ภาคผนวก	177
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	178
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	180
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือวิจัย	182
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	185
ภาคผนวก จ เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครและใบบินยอมด้วยความสมัครใจ	213
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย.....	219
ภาคผนวก ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ.....	224
ประวัติผู้เขียน	227



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการประยุกต์โปรแกรมจัดการการติดตามตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสาร กลุ่มโอปิออยด์	58
ตารางที่ 2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุและระยะเวลาในการเข้ารับเมทาโดนทดแทน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	76
ตารางที่ 3	คะแนนการติดตามตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมจัดการการติดตามตนเอง (n=19).....	122
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	127
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ...	128
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ชนิด ของโอปิออยด์ที่เสพ ปริมาณ ความถี่ และวิธีการเสพ	130
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ระยะเวลาการเข้า รับเมทาโดนทดแทนครั้งปัจจุบัน และขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน	133
ตารางที่ 8	คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน จำแนกตามรายคู่ (Matched pairs).....	135
ตารางที่ 9	การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีการซึมเศร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลา ในการวัดค่าตัวแปรตาม	139
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสาร กลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน	140
ตารางที่ 11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลัง การทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน	142
ตารางที่ 12	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่ม โอปิออยด์กลุ่มทดลองรายคู่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการ ทดลอง 1 เดือน	143

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	71
ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย	124
ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มี อาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาในการวัด	137



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก แม้จะมีมาตรการต่าง ๆ ออกมาเพื่อแก้ไขปัญหาก็ยังคงสวนทางกับจำนวนและสัดส่วนของประชากรโลกผู้ใ้ยาเสพติดที่ยังคงเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจประชากรอายุระหว่าง 15-64 ปี ที่มีการใช้ยาเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงปีที่ผ่านมาพบว่า ในปี 2018 มีประชากรที่ใช้ยาเสพติดประมาณ 269 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของจำนวนประชากร (World Drug Report, 2020) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2015 จำนวน 14 ล้านราย (World Drug Report, 2018) ทั้งนี้พบว่าสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตลาดการค้ายาเสพติดในระดับโลกมีความซับซ้อนมากขึ้น สารเสพติดที่มีพื้นฐานมาจากพืช เช่น กัญชา โคเคน รวมไปถึงเฮโรอีน ถูกรวมเข้ากับสารสังเคราะห์หลายชนิดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมระหว่างประเทศ ซึ่งนั่นส่งผลให้เกิดการใช้ยาเสพติดที่ไม่ใช่การใช้เพื่อทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (World Drug Report, 2020) ผลเสียสะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลในปี 2018 ที่พบว่า ประชากรกว่า 35.6 ล้านรายต้องทนทุกข์กับปัญหาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพ (DALYs) พบว่า ความเจ็บป่วย ความพิการ รวมไปถึงการเสียชีวิตที่เป็นผลมาจากการใช้ยาเสพติด ส่งผลให้สูญเสียปีสุขภาวะทั้งที่ควรจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดีไปจำนวนประมาณ 21 ล้านปี (World Drug Report, 2020) สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยพบว่ายังคงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาภาวะการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ส่งผลให้ไทยตกอยู่ในสถานะที่ถูกใช้เส้นทางผ่านและปลายทางสำคัญของขบวนการค้ายาเสพติด แม้ว่ายาบ้าจะเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าเฮโรอีน กัญชา ไอซ์ คีตามิ เป็นสารเสพติดที่ถูกลักลอบนำเข้าไว้ในไทยเพื่อเตรียมการส่งต่อ โดยมีกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่พักเก็บยาเสพติดและพื้นที่แพร่ระบาดที่สำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้ว่ายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศที่ควรได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญห

จากรายงานของ World Drug Report (2020) พบว่าสารเสพติดที่เป็นอันตรายมากที่สุดในปัจจุบันนี้ได้แก่ สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ คือ กลุ่มสารที่ออกฤทธิ์เหมือนกับฝิ่น ประกอบไปด้วย 1) น้ำยาที่ได้จากการกรีดดอกฝิ่น เรียกว่า Opium หรือ ฝิ่นดิบ 2) สารที่สกัดได้จากน้ำยาฝิ่นธรรมชาติ เช่น มอร์ฟีน (Morphine), โคดีอีน (Methyl morphine) เป็นต้น และ 3) สารที่สังเคราะห์ขึ้นจากกระบวนการทางเคมี เช่น เฮโรอีน (Heroin หรือ Diacetylmorphine) และ เมทาโดน

(Methadone) เป็นต้น (ปิยะดา บุญทรง, ม.ป.ป.; พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) ซึ่งสารเสพติดในกลุ่มนี้ยังพบเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังจะเห็นได้จากรายงานสถานการณ์โอปิออยด์ทั่วโลก ในช่วงปี ค.ศ. 2016-2017 พบว่ามีอัตราการผลิตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 65 (World Drug Report, 2018) ซึ่งประชากรที่เสพยาในกลุ่มโอปิออยด์ส่วนมากมักพบอยู่ในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีด (Injected Drug User: IDU) ดังรายงานความชุกของผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดทั่วโลกซึ่งมีการประมาณการอยู่ที่ 15.6 ล้านราย พบว่าในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 82.9 เป็นผู้เสพยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Degenhardt et al., 2017) สำหรับประเทศไทยจากการคาดการณ์ทางสถิติของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาคาดว่าจะมีผู้ป่วยกลุ่มฝิ่นและเฮโรอีนมากถึง 40,300 ราย (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2557) โดยพบนิยมนำเฮโรอีนมาฉีดร่วมกับสารเสพติดอื่น เช่น เมทาโดน หรือ มิตาโซแลม (ดวงตา ปาวา, 2558) ซึ่งปัญหาผู้มีความผิดปกติในการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลทางสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (ชื่อเดิม สถาบันธัญญารักษ์) ที่มีผู้ป่วยเฮโรอีนเข้ารับการรักษาบำบัดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 125 ราย ในปี 2557 เป็น 218 ราย ในปี 2561 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2561) และในปี 2563 พบผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายใหม่เข้ารับการรักษาบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีจำนวน 378 ราย (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563)

เนื่องจากสารเสพติดหลักในกลุ่มโอปิออยด์ คือ เฮโรอีน (UNOCD, 2007) ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผู้เสพยาเฮโรอีน และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Conner, Pinquart, & Duberstein, 2008; Cornford, Umeh, & Manshani, 2012) ดังผลการศึกษาในประเทศอเมริกาของ Heimer, Barbour, Palacios, Nichols, & Grau (2014) ในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด 454 รายซึ่งเป็นผู้เสพยาในกลุ่มโอปิออยด์เกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 94.1 ประกอบด้วยผู้เสพยาเฮโรอีนร้อยละ 89.9 และผู้เสพยาโอปิออยด์อื่น ๆ ร้อยละ 4.2 พบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 68.1 มีอาการซึมเศร้าจากการประเมินด้วย CES-D สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าผู้เสพยาเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 37.04 (Havard, Teesson, Darke, & Ross, 2006) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในทวีปเอเชีย เช่น Armstrong et al. (2013) พบว่าผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของประเทศอินเดีย (ส่วนใหญ่เป็นสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ร้อยละ 94.9) มีอาการของโรคซึมเศร้า จากการประเมินโดย PHQ-9 สูงถึงร้อยละ 84.4 และการศึกษาในประเทศเวียดนามพบว่าการเสพยาโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (Li et al., 2013) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศไทยของเพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2561) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 87.07 เป็น

การเสพยาเฮโรอีน พบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q ซึ่งได้รับการยอมรับในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเบื้องต้น (Smarr & Keefer, 2011; กรมสุขภาพจิต, 2554; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561) สูงถึงร้อยละ 55.9

จะเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาความผิดปกติสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งหากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมาได้ โดยเฉพาะการเกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังการศึกษาของ Williams, Davey-Rothwell, Tobin, & Latkin (2017) ในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดในประเทศอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 92.6 เป็นผู้เสพยาเฮโรอีน ผลการศึกษาพบว่า ประชากรกลุ่มนี้ก็มีประสบการณ์เกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อมา ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงขึ้นซึมเศร้าระหว่างกัน พฤติกรรมการเสพยาเกินขนาด พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การมีคู่นอนหลายคน รวมไปถึงการขายบริการทางเพศเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสพติด เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพยาเฮโรอีนในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม และพฤติกรรมการใช้เข็มร่วมกันภายในกลุ่มผู้เสพยา (Havard et al., 2006) จะเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าในผู้เสพยาติสารกลุ่มโอปิออยด์ อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ทางสุขภาพ และเกิดโรคทางกายร่วมตามมา ดังผลการศึกษาความชุกและคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 82.9 เป็นผู้เสพยาโอปิออยด์ พบว่าประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 52.3 โรคติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.8 และโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 9.1 (Degenhardt et al., 2017)

อาการซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5: DSM-5) ประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า การมีความคิดต่อตนเองในทางลบ คือ คิดว่าตนเองด้อยค่า รวมไปถึงการคิดฆ่าตัวตาย ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวลดลง สมาธิสั้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการทานอาหาร การนอน และการเคลื่อนไหว (American Psychiatric Association, 2013) โดยการเกิดอาการซึมเศร้าสามารถอธิบายได้จากหลากหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ คือ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ พันธุกรรม และสาเหตุจากปัจจัยทางด้านจิตสังคม คือ ทฤษฎีจิตพลวัตของ Sigmund Freud ทฤษฎีการรู้คิดของ Aron Beck ทฤษฎีสิ้นหวังหรือยอมจำนนจากการเรียนรู้ และการเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียดจากสภาพแวดล้อม (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพยาติสารกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ **เพศ (Gender)** จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาเฮโรอีน พบว่า เพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

(Sordo et al., 2012) นอกจากนี้ Wang et al. (2017) ยังพบว่าผู้เสพติดสารเฮโรอีนเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน มีอาการซึมเศร้าลดลงเร็วกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ **อายุ (Age)** จากการศึกษาในผู้เสพติดสารเฮโรอีนที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน ผลพบว่าผู้เสพติดอายุน้อยมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงเร็วกว่าผู้เสพติดที่มีอายุมาก (Wang et al., 2017) **ความรุนแรงในการเสพติด (Severity of drug dependence)** โดยพบว่าความรุนแรงในการเสพติดของผู้เสพติดกลุ่มโอปิออยด์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (Li et al., 2013; Li et al., 2015) **ระยะเวลาในการรับเมทาโดนทดแทน** มีการศึกษาพบว่าระดับอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน (Wang et al., 2017) จากนั้นระดับอาการซึมเศร้าจะลดลง โดยพบว่าอาการซึมเศร้าลดลงร้อยละ 15 ในช่วง 12 เดือน และลดลงร้อยละ 30 ในช่วง 18 เดือนที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน (Havard et al., 2006) **ความหวัง (Hopefulness)** จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารเฮโรอีนในประเทศจีนพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2015) **การสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว (Emotional family support)** การศึกษาของ Shrestha et al. (2014) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) นับเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด และการศึกษาของ Hiller, Syvertsen, Lozada, & Ojeda (2013) พบผลลัพธ์ทางด้านลบ เมื่อหญิงชายบริการทางเพศที่เสพติดยาในรูปแบบฉีดได้รับการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrument support) เพียงอย่างเดียว โดยปราศจากการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้เสพติดสารเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า มีเพียงการสนับสนุนด้านอารมณ์เท่านั้นที่เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ (Li et al., 2015) และ **การตีตราตนเอง (Internalized stigma)** ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศอเมริกา พบว่าการตีตราตนเองเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ (Yang et al., 2019) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศเวียดนามของ Li et al. (2013) ที่พบว่า การตีตราตนเองของกลุ่มผู้เสพติดด้วยวิธีฉีด (ส่วนใหญ่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์) เป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดอย่างมีนัยสำคัญรองจากความรุนแรงในการเสพติด

แม้ว่าอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จะเกิดจากหลายสาเหตุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตีตราตนเองเป็นสาเหตุที่สำคัญ ดังการศึกษาของ Bozinoff, Anderson, Bailey, & Stein (2018) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จำนวน 407 ราย พบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีการตีตราตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับคะแนนอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด 115 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คิดเป็นร้อยละ 60 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการตีตราตนเองสูง มีความสัมพันธ์กับอาการ

ซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น (Hippel, Brener, & Horwitz, 2018) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในผู้ป่วย เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จำนวน 145 รายของ Akdağ et al. (2018) ที่พบว่า การตีตราตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า เนื่องจากผู้ใช้ในในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้เสพยาเฮโรอีนซึ่งเป็น ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายร้ายแรง (ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษและไม่ให้ประโยชน์ทางการแพทย์) (กองกฎหมายสำนักงาน ป.ป.ส., 2560) และมักนิยมเสพด้วยวิธีฉีดซึ่งเป็นรูปแบบที่ถูกสังคมตีตรา มากกว่าการเสพยาในรูปแบบอื่น (Bozinoff et al., 2018; McPhee, Brown, & Martin, 2013) เพราะเป็นวิธีการเสพที่ขัดต่อการยอมรับของสังคมอย่างชัดเจน (Ahern, Stuber, & Galea, 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องที่สะท้อนว่าประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ ตอกย้ำให้เกิดการตีตราตนเองจนนำไปสู่การเกิดปัญหาซึมเศร้าตามมาได้ เช่น ถูกมองแบบไม่มีคุณค่า ถูกแบ่งแยกว่าแตกต่างจากคนปกติทั่วไป ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติและการจำกัดสิทธิทางสังคมต่าง ๆ (Cruz et al., 2018, Ibragimov et al., 2017; Sarin, Samson, Sweat, & Beyrer, 2011; ปริชญาน์ นักพ่อน, 2559) ส่งผลให้กลุ่มคนเหล่านี้เกิดความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองในลักษณะการคิด แบบเชื่อและคล้อยตามสังคม ซึ่งเรียกว่า “การตีตราตนเอง” ตามมา (Smith, Earnshaw, Copenhaver, & Cunningham, 2016)

การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ในกลุ่มผู้เสพยาเฮโรออยด์ หมายถึง ความคิดและ ความรู้สึกด้านลบที่ประชากรกลุ่มนี้มีต่อตนเอง ได้แก่ การรังเกียจตนเอง เกิดความรู้สึกผิดและ ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าจากการเป็นผู้เสพยาเฮโรออยด์ (Luoma et al., 2007) ซึ่งกลไกการเกิด การตีตราตนเอง คือ การที่ประชากรกลุ่มนี้มีการนำความคิด ความรู้สึกด้านลบของสังคมที่มีต่อผู้เสพ กลุ่มนี้ว่ามักเป็นพวกอาชญากร หรือเป็นผู้เสพยาในรูปแบบที่ผิดแปลก เข้ามาสู่การคิดและการมี ความรู้สึกลบต่อตนเอง และการรับรู้ดังกล่าวของสังคมเกิดขึ้นก่อนที่ตนเองจะมาเป็นส่วนหนึ่งของ ประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้น เมื่อถูกตีตราว่าเป็นผู้เสพยาเฮโรออยด์ กลุ่มบุคคลเหล่านี้จึงต้องเผชิญหน้ากับ ความรู้สึกเชิงลบภายในจิตใจ เกิดการตีตราตนเอง รู้สึกว่าตนเองผิด คิดว่าตนเองด้อยคุณค่า (Smith et al., 2016) ซึ่งการมีความคิดและความรู้สึกเชิงลบต่อตนเองดังกล่าว สอดคล้องกับอาการบางข้อใน การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าตาม DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ประกอบกับ การทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า “การตีตราตนเอง” เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าใน ประชากรกลุ่มนี้ (Li et al., 2013; Yang et al., 2019) ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งได้ระบุว่า “อาการซึมเศร้าที่พวกเขาต้องเผชิญเกิดจากการที่ สังคมตีตรา ทำให้เกิดความรู้สึกตีตราตนเองภายใน และต้องแยกตัวเองออกมาเพราะความรู้สึกตีตรา เหล่านั้น” (Cornford et al., 2012) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาผู้เสพ ติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนในประเทศไทยที่ระบุว่า “การมีประสบการณ์ จากการถูกสังคมตีตรา ส่งผลให้กลุ่มคนเหล่านี้เกิดความเชื่อในทำนองโทษตนเอง ตนเป็นอย่างไรต้อง

ได้รับผลอย่างนั้น โดยแสดงออกในลักษณะของการตีตราตนเองแบบแยกตัวเองออกจากสังคม (ดลชัย ะวังจุ, อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และ ดุสิตา พึ่งสำราญ, 2560) จะเห็นได้ว่าการตีตราตนเองในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มนี้มีการแยกตนเองออกจากสังคมและการเกิดอาการซึมเศร้าตามมา ดังนั้น การจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ จึงจำเป็นต้องจัดการกับสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหานี้ด้วยการบำบัดเพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา(Acceptance and Commitment Therapy: ACT) มีประสิทธิผลที่ดีในการลดการตีตราตนเองอันเป็นตัวแปรที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้เสพติด (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008) โดย ACT ถูกออกแบบมาเพื่อจัดการกับความคิดและความรู้สึกด้านลบต่อตนเองที่เกิดจากการถูกตีตรา ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา เน้นการยอมรับความคิดและความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น แทนการพยายามตรวจสอบและแก้ไข พร้อมทั้งสนับสนุนให้ใช้ชีวิตอย่างมีสติอยู่กับความเป็นจริงในปัจจุบัน และดำเนินชีวิตต่อตามค่านิยมส่วนบุคคลที่เลือกสรร (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) พบการศึกษาในต่างประเทศที่ได้นำการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไปจัดการทั้งการตีตราตนเองและอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ดังเช่นการศึกษาของ Livingston, Milne, Fang, & Amari (2011) ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาเกี่ยวกับวิธีที่เหมาะสมสำหรับใช้ลดการตีตรา (stigma) แต่ละประเภทในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ผลการศึกษาระบุว่าการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดการตีตราตนเอง (internalized stigma) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saedy, Kooshki, Firouzabadi, Emamipour, & Ardani (2015) ซึ่งได้นำการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่ม มาประยุกต์เป็นโปรแกรมสำหรับจัดการอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเมทาโดนทดแทน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าพบว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาในต่างประเทศที่พบเป็นการใช้แนวทางการเจริญสติ (Mindfulness) มาช่วยลดอาการซึมเศร้า (Alexander, Kronk, Sekula, Short, & Abatemarco, 2019; Zullig et al., 2018) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการจัดการกับสาเหตุ คือ การตีตราตนเองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สำหรับการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทยพบว่า มุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ลดอัตราการกลับไปเสพยา (ดวงตา ปาวา, 2558; ทิพสุคนธ์ มูลจันทร์, อัจฉริยา แวงจุนา และณิตยา ไชยกุล, 2562) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะ สอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการซึมเศร้า ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่เป็นแนวทางปฏิบัติโดยรวม ประกอบด้วย การคัดกรองอาการซึมเศร้าทุกราย หากพบอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะถูกส่งพบ แพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยยา และมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง วิธีจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการซึมเศร้า และการนำผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าแต่สามารถพูดคุยได้ตอบได้ดี เข้าสู่โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้าง แรงจูงใจ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ร่วมกับช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการอาการ ซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสนใจพัฒนา โปรแกรมจัดการการติตรวดตนเองต่ออาการซึมเศร้าเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์จากแนวคิด การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการ กลุ่มของ Yalom (1995) เนื่องจากพบว่าการบำบัดแบบรายบุคคลมีจุดอ่อน คือ ทำให้ผู้เข้ารับการ บำบัดขาดประสบการณ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น (สุนทรี ศรีโกสย, สมพร กิว แก้ว และ ทิพศมัย ทายะรังษี, 2553) และจากการศึกษาของ ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ที่พบว่าการ บำบัดในรูปแบบกลุ่มทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เกิดการแบ่งปันความรู้สึก การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างกัน การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมไปถึงได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผล ต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นโปรแกรมจัดการการติตรวดตนเองแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นใน การวิจัยครั้งนี้ จะให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และเป็น รูปแบบการบำบัดที่เน้นการจัดการการติตรวดตนเองผ่านการยอมรับ การมีสติอยู่กับความจริงใน ปัจจุบัน และการวางแผนดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่แต่ละบุคคลปรารถนา ส่งผลให้ผู้เสพติดสารกลุ่ม โอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดและความรู้สึกลบที่เกิดจากการติตรวดตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าลดลงได้

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการการติ ตรวดตนเอง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน แตกต่างกัน หรือไม่ อย่างไร
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตรวด ตนเอง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน แตกต่างจากกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์นับว่าเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีความสำคัญ เนื่องจากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ทางสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา การเสพยาเกินขนาด การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การมีคู่นอนหลายคน การขายบริการทางเพศเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสพติด (Havard et al., 2006; Williams et al., 2017) จนทำให้เกิดโรคร่วมทางกายตามมา เช่น ไวรัสตับอักเสบนชนิดบี ซี และ เอชไอวี เป็นต้น (Degenhardt et al., 2017) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ รวมไปถึงเศรษฐกิจของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการซึมเศร้า ได้แก่ การติตราตนเอง (Internalized stigma) โดยในการศึกษาของ Li et al. (2013) และ Yang et al. (2019) พบว่าการติตราตนเอง (Internalized stigma) เป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อีกทั้งมีการศึกษาอื่น ๆ ที่สนับสนุนความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการติตราตนเองกับอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Akdağ et al., 2018; Bozinoff et al., 2018; Hippel et al., 2018) ดังนั้นการจัดการกระทำโดยการจัดการการติตราตนเองจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการซึมเศร้าที่ลดลงได้ (Luoma., 2008)

การศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ของ Hayes et al. (2006) มาประยุกต์ใช้ โดย Hayes ได้อธิบายว่า การยอมรับและพันธะสัญญา เป็นหนึ่งในแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่ใช้กลยุทธ์ของการยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น การมีสติอยู่กับปัจจุบัน และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory: RTF) และหลักการปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ (Functional contextualism) โดย ACT ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อจัดการกับทัศนคติด้านลบ ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (psychological flexibility) คือความสามารถในการยอมรับและเข้าใจสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างมีสติ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความคิดลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดนี้เชื่อว่าการพยายามบิดเบือน ควบคุม ต่อสู้ หรือ

หลักหนีความคิดลบ จะนำมาซึ่งความเจ็บปวดที่มากขึ้น จึงมุ่งเน้นไปที่การยอมรับความคิดลบที่เกิดขึ้น เนื่องจากพบว่า การยอมรับความคิดลบมีความสัมพันธ์กับการติตรานตนเองที่ลดลง (Livingston et al., 2011) พร้อมทั้งมีการฝึกสติอยู่กับปัจจุบันและปฏิบัติตัวตามค่านิยมที่ต้องการอย่างแท้จริงในชีวิต โดยกลไกของแนวคิด ACT ประกอบไปด้วย 6 หลักการ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การแยกความคิด (Cognitive defusion) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) การรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) การระบุค่านิยม (Values) และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)

นอกจากแนวคิดของ ACT ข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Yalom and Leszcz (2005) ซึ่งได้อธิบายว่าการบำบัดแบบกลุ่มสามารถส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดการเรียนรู้และยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ง่ายมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการตัดสินใจและวางแผนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพดีกว่า การดำเนินการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมจัดการการติตรานตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตตสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยการนำ 6 หลักการจากแนวคิด ACT ของ Hayes et al. (2006) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แบ่งเป็น 6 ครั้ง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งที่เป็นการจัดการกับการติตรานตนเอง อันจะส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตตสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่

1.1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด ซึ่งเป็นกิจกรรมแรกของผู้บำบัดจัดกระทำกับสมาชิกกลุ่ม ตามแนวคิดการพัฒนาการของกลุ่มบำบัด Yalom (1995) ระบุว่า ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพนับเป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินการกลุ่ม โดยผู้บำบัดมีหน้าที่สร้างให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นมิตร ผ่อนคลาย รับทราบถึงวิธีการ รวมถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือที่ดีในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ดังนั้นการบำบัดในขั้นตอนแรกนี้ กิจกรรมจึงประกอบไปด้วยการแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงรายละเอียดเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมจัดการการติตรานตนเอง ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกันตั้งกฎ กติกาต่าง ๆ พร้อมทั้งการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย ทั้งหมดนี้เพื่อคลายความกังวล ลดกำแพงกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม และ

ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่ความไว้วางใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และความร่วมมือที่ดีต่อการเข้ารับการบำบัดจนครบกำหนดกิจกรรม

1.2) การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีโอกาสต้องเผชิญสูง นำมาซึ่งผลกระทบไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ การจะแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลำดับแรกสมาชิกกลุ่มต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า กิจกรรมนี้จึงเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้า และความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การตีตราตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิกกลุ่มสำหรับเข้าสู่การบำบัดเพื่อแก้ไขอาการซึมเศร้าด้วยโปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง

ครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) โดยในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ผ่านการใช้หลักการยอมรับ (Acceptance) (Hayes et al., 2006) โดยให้กลับไปเผชิญกับสิ่งที่ต้องการหลีกเลี่ยง ประสบการณ์ชีวิตที่เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ยุกยงหรือทุกข์ทรมาน (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) โดยในกิจกรรมประกอบไปด้วยการอธิบาย เรียนรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดการตีตราตนเอง พร้อมทั้งบอกเล่าถึงประสบการณ์การถูกตีตรา การถูกมองแบบเหมารวมในทางลบจากสังคมนำไปสู่การตีตราตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกับอาการซึมเศร้า ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังกล่าวกับเพื่อนสมาชิก เพื่อมุ่งเน้นการมองเห็นสถานการณ์นั้น ๆ และรับรู้ความคิดและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เป็นการให้สมาชิกได้เปิดรับทุกประสบการณ์และความรู้สึกภายในทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยไม่พยายามควบคุมหรือเปลี่ยนแปลง (Hayes et al., 2006) การได้มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราที่มีต่อตนเอง จะทำให้สมาชิกได้รู้จักตนเองมากขึ้น รู้ลักษณะของความคิดตนเองที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นในการนำความคิดตีตราตนเองที่นำไปสู่อาการซึมเศร้าเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการจัดการเพื่อลดอาการซึมเศร้าในกิจกรรมต่อไป

ครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการการตีตราตนเองด้วยการใช้หลักการแยกความคิด (Cognitive defusion) (Hayes et al., 2006) กิจกรรมเป็นการสอนและฝึกให้สมาชิกสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นด้วย 3 เทคนิคการแยกความคิด ได้แก่ 1) Create distance 2) Titchener's repetition และ 3) Sing it out การแยกความคิดไม่ใช่การเปลี่ยนจำนวนครั้งของการคิด เช่น การหยุดคิดหรือทำอย่างอื่น

ทดแทนเพื่อให้ลืมความคิดหรือความรู้สึกนั้น ๆ และไม่ใช้การปรับเปลี่ยนรูปแบบของความคิดที่ไม่ดีให้เป็นความหมายเชิงบวก แต่เป็นเพียงการนำความหมายออกจากภาษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอิทธิพลของภาษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เพื่อจัดการหลอมรวมความคิดระหว่างตัวตนกับภาษา (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ในที่นี้ คือ การลดอิทธิพลของการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อันจะนำมาซึ่งอาการซึมเศร้าที่ลดลง

ครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมโดยใช้ 2 หลักการของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) ได้แก่ การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) และการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการหลอมรวมความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาของความคิดนั้นน้อยลง ช่วยให้สามารถแยกความคิดที่บั่นทอนความสุขออกไปได้ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) กิจกรรมจึงเป็นเรียนรู้การสำคัญของ การอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับการตีตราตนเองและอาการซึมเศร้า และการฝึกอยู่กับปัจจุบันผ่านการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ โดยการอยู่กับปัจจุบันและการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด นับว่าเป็นหลักการในส่วนของสติ (mindfulness) ของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) (Hayes et al., 2006) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการฝึกสติ (mindfulness) สามารถลดการตีตราตนเองในผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้ติดยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Yang and Mak., 2016)

ครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การกำหนดทิศทางชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมกำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย โดยใช้หลักการระบุค่านิยม (Defining valued directions) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) การระบุค่านิยม คือ การค้นหาความคิดหรือความเชื่อที่เป็นความต้องการที่แท้จริง สำหรับนำมากำหนดทิศทางและเป้าหมายในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิต (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) โดยกิจกรรมเริ่มต้นด้วยการอธิบายเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิต และการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างกำหนดทิศทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมาย มีการฝึกกำหนดทางทิศชีวิตและเป้าหมายในแต่ละด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการทำงานหรือการศึกษา และด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระบวนการกลุ่ม รวมทั้งปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังที่จะแก้ไขปัญหา (Yalom, 1995) อันจะนำมาซึ่งการลดลงของอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต ดำเนินการผ่านกิจกรรมเดินตามทิศทางชีวิต โดยใช้หลักการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา คือ การนำค่านิยมมาปฏิบัติ (ในการวิจัยนี้ คือ ทิศทางชีวิต) โดยการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม กำหนดแผนปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนเพื่อป้องกันอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เช่นเดียวกันกับการบำบัดในครั้งก่อนหน้า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย กระบวนการกลุ่ม รวมทั้งปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การได้แนวทางแก้ไขปัญหาและวิธีรับมือที่เป็นประโยชน์จากเพื่อนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังที่จะแก้ไขปัญหา (Yalom, 1995) อันจะนำมาซึ่งการลดลงของอาการซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการการติตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยทำการศึกษาที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 38 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2 : Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการรักษาที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

อาการซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ประกอบไปด้วยการแสดงออกทางกาย ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม ได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า รู้สึกผิด คิดอยากตาย ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัวลดลง สมาธิสั้น เคลื่อนไหวช้าหรืออยู่ไม่นิ่ง อ่อนเพลียตลอดเวลา รวมทั้งการมีความผิดปกติของพฤติกรรมการนอนและการทานอาหาร ซึ่งประเมินระดับอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ภาคกลาง (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2561)

โปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า ผู้ซึ่งเข้ามารับบริการที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง โดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) เป็นพื้นฐานในการประยุกต์โปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ตระหนักรู้การติดยาของตนเอง สามารถจัดการการติดยาที่มีต่อตนเองได้ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของระดับอาการซึมเศร้า โดยโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทั้งหมด 19 คน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า หมายถึง การทำกิจกรรมของผู้บำบัดในการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าเบื้องต้นที่สอดคล้องกับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์แก่สมาชิกกลุ่ม โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ทำให้กลุ่มเกิดการรู้จักกันผ่านการแนะนำตนเอง พร้อมทั้งสร้างความรู้สึกไว้วางใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ลดกำแพงกันระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้บำบัด และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง ผ่านการแนะนำวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับ การร่วมกันสร้างกฎ กติกา การเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัย หรือระบายความวิตกกังวลก่อนเริ่มต้นเข้าสู่การ

บำบัด และใช้ระยะเวลา 60 นาที สำหรับการอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบ และสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผ่านคลิปวิดีโอ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าผ่านความเข้าใจของตนเอง สอดแทรกไปกับการให้ความรู้ทางคลินิกที่ถูกต้องโดยผู้บำบัด

ครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการติตรตนเอง หมายถึง การให้สมาชิกกลุ่มได้เผชิญหน้ากับการติตรตนเองและสร้างความเข้าใจเชื่อมโยงระหว่างการติตรตนเองกับอาการซึมเศร้า ผ่านกิจกรรมการระบุสถานการณ์การถูกติตรา หรือระบุประสบการณ์ที่สมาชิกกลุ่มถูกทำให้รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เนื่องมาจากการที่สมาชิกกลุ่มเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประสบการณ์เหล่านั้นนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกเจ็บปวด หรือความคิดลบต่อตนเอง (การติตราตนเอง) พร้อมให้สมาชิกกลุ่มลงลึกในการอธิบายความคิด ความรู้สึกลบที่มีต่อตนเอง ระบุผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่เกิดความคิด ความรู้สึกลบดังกล่าวข้างต้น และผู้บำบัดอธิบายเชื่อมโยงการติตราตนเองที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า และ ความสำคัญในการจัดการกับสาเหตุ นั่นคือ การติตรตนเอง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60 นาที

ครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดติตรตนเอง หมายถึง การให้ความรู้และฝึกฝนเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างระยะห่างระหว่างตัวตนกับความคิดติตรตนเอง โดยไม่พยายามปรับเปลี่ยนความคิด หรือพยายามหาเหตุและผลจากความคิดติตราเหล่านั้น แต่เป็นการสอนให้สมาชิกกลุ่มรู้จักวิธีตั้งตนเองออกจากความคิดติตราที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดอิทธิพลของความคิดติตรตนเอง และการลดลงของปัญหาอาการซึมเศร้า ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที

ครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด หมายถึง การสอนและฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ รวมถึงการให้ความรู้เชื่อมโยงประโยชน์ของการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจประยุกต์ใช้กับกิจกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการติตรตนเอง และการใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดติตรตนเอง พร้อมทั้งการให้การบ้านแก่สมาชิกนำการทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจกลับไปฝึกด้วยตนเอง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที

ครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย หมายถึง การทำกิจกรรมโดยผู้บำบัดเป็นผู้นำการสนทนาและยกตัวอย่าง เพื่อให้สมาชิกได้เกิดการสำรวจและระบุความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว, ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน, ด้านหน้าที่การทำงานหรือการศึกษา และด้านสุขภาพ พร้อมทั้งการระบุเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการของตัวเอง

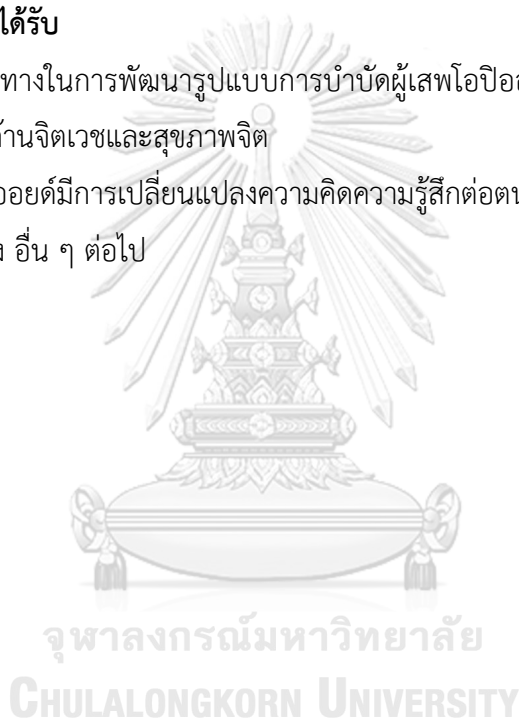
ครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต หมายถึง การวางแผนการดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในชีวิต การคาดการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและระบุวิธีการรับมือกับอุปสรรคดังกล่าว พร้อมทั้งการประกาศแผนการดำเนินชีวิตให้กับ

เพื่อนสมาชิกกลุ่มได้รับทราบ ซึ่งเปรียบเสมือนการประกาศพันธะสัญญาในการนำแผนการนั้นไปปฏิบัติจริง

การดูแลตามปกติ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กระทำต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินอาการขาดสารอนุพันธ์ฝิ่น การประเมินปัญหาและให้ความรู้รายครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งแบบรายเดี่ยวและกลุ่ม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยที่มารับยาสม่ำเสมอ 1 เดือนขึ้นไป โดยพิจารณาเป็นรายกรณี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต
2. ผู้เสพโอปิออยด์มีการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกต่อตนเองที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและลดพฤติกรรมเสี่ยง อื่น ๆ ต่อไป



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์” ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า ศึกษาเอกสารทางวิชาการ และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.1 ความหมายของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.2 การวินิจฉัยการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.3 สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมเสพในประเทศไทย
 - 1.4 ผลกระทบของการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.5 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของอาการซึมเศร้า
 - 2.3 การประเมินอาการซึมเศร้า
 - 2.4 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 2.6 ผลกระทบของอาการซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 - 2.7 การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการตีตราตนเอง
 - 3.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเอง
 - 3.3 กระบวนการจัดการการตีตราตนเอง
 - 3.4 การประเมินการตีตราตนเอง
4. แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา
 - 4.1 ความหมายของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

4.2 กระบวนการพัฒนาการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา

4.3 กระบวนการของ ACT (Six core process of ACT)

5. แนวคิดกระบวนการกลุ่ม

6. โปรแกรมจัดการการติตราตนเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

1.1 ความหมายของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

American Psychiatric Association (2013) ให้ความหมายของการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Use Disorder) คือ รูปแบบการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์จนนำไปสู่ความเสียหายและความทุกข์ทรมานร้ายแรง

Centers for Disease Control (n.d.) อธิบายว่า การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Use Disorder) คือ การพึ่งพาสารกลุ่มโอปิออยด์ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ โดยสารกลุ่มโอปิออยด์ดังกล่าว ได้แก่ ยาแก้ปวดตามใบสั่งยาของแพทย์ รวมถึงยาผิดกฎหมาย เช่น เฮโรอีน เป็นต้น

วีรวัด อุครานันท์ (2560) ให้ความหมายของผู้ติดยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Dependence) คือ ผู้ที่มีกลุ่มอาการทางความคิด พฤติกรรม และอาการทางกายที่ผลักดันให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง ทั้ง ๆ ที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์อย่างมีนัยสำคัญ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คือ กลุ่มอาการทางกาย ทางความคิด ที่ผลักดันให้เกิดการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง จนก่อให้เกิดความบกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต

1.2 การวินิจฉัยการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

การวินิจฉัยโรคติดยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในปัจจุบัน มีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยจาก 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM-5 จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD-10 จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งในประเทศไทยให้ความสำคัญกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยจากทั้ง 2 ระบบประกอบกัน ดังนี้ (วีรวัด อุครานันท์, 2560)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder Fifth Edition: DSM-5) ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยจาก DSM -IV-TR โดยการรวมเกณฑ์เข้าด้วยกันระหว่างการพิจารณาการใช้สารเสพติดแบบมีปัญห (substance abuse) กับการพิจารณาโรคติดยาเสพติด (substance dependence) แล้วให้คำนิยามใหม่ว่า “**โรคการใช้สารเสพติด (substance use disorder)**” สำหรับการวิจัยครั้ง

นี้ศึกษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid use disorder) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 ดังนี้ (นันทวัช สิริธีรภัช และคนอื่น ๆ, 2559)

ผู้ป่วยมีการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการ หรือมากกว่า ในช่วงเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่

1. ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความตั้งใจอยู่เสมอในการลดปริมาณการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ
3. ใช้เวลาหมดไปกับ (a) การได้สารมา (b) การเสพยา หรือ (c) การฟื้นฟูให้หายจากฤทธิ์ของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
4. มีความกระหายหรือความต้องการเป็นอย่างมาก หรือมีแรงขับดันที่จะต้องเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
5. เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ซ้ำ ๆ จนมีความบกพร่องในบทบาทการทำงาน การเรียน หรือต่อครอบครัว
6. ยังคงเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาต่อเนื่องหรือเกิดปัญหาซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาทางสังคมหรือปัญหาทางมนุษยสัมพันธ์ อันเป็นผลมาจากการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
7. มีความลดลงหรือบกพร่องในกิจกรรมหลักที่เกี่ยวกับสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
8. เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ซ้ำ ๆ ในสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อร่างกาย
9. ยังเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าเกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจต่อเนื่องหรือซ้ำ ๆ โดยที่ปัญหานั้น ๆ น่าจะเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
10. อาการดื้อยา (tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้任何一种อย่างหนึ่ง
 - 10.1. เพิ่มปริมาณของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เพื่อให้เกิดอาการมึนเมา
 - 10.2. ผลของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ลดลงอย่างมาก แม้จะเสพยาอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
11. อาการขาดยา (withdrawal symptom) โดยมีอาการต่อไปนี้任何一种อย่างหนึ่ง
 - 11.1. มีอาการลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
 - 11.2. เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เพื่อให้อาการขาดยาลดลง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem : ICD-10) ได้วินิจฉัยโรคติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ มีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่า ในช่วงเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ (World Health Organization, 2007)

1. มีความต้องการอยากเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์อย่างมาก หรือต้องการที่จะเสพยาซ้ำ ๆ
2. เป็นการยากในการพยายามควบคุมปริมาณการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ทั้งในปริมาณการเสพ การหยุดเสพ โดยพิจารณาจากปริมาณการเสพที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากเสพยาตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการเสพ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
3. เกิดภาวะถอนพิษสารโอปิออยด์เมื่อลดปริมาณการเสพ หรือหยุดเสพ แสดงโดยมีอาการขาดสารเสพติดโอปิออยด์ หากได้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์หรือสารใกล้เคียง จะช่วยบรรเทาอาการถอนพิษที่เกิดขึ้นได้
4. มีการทนต่อฤทธิ์ของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เพิ่มขึ้น ได้แก่ ต้องการการเสพในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามต้องการ หรือมีฤทธิ์จากการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ลดลงอย่างชัดเจนหากเสพในปริมาณที่เท่าเดิม
5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วมหรือเคยให้ความสนใจ
6. ยังคงเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ทั้งที่ทราบผลกระทบอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

นอกจากนี้การวินิจฉัยตามระบบขององค์การอนามัยโลก ICD-10 มีการจำแนกโรคออกเป็นรหัส โดยได้จำแนกความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ดังนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

- F 11.0 Opioid acute intoxication
- F 11.1 Opioid harmful use
- F 11.2 Opioid dependence syndrome
- F 11.3 Opioid withdrawal state
- F 11.4 Opioid withdrawal state with delirium
- F 11.5 Opioid – induced psychotic disorder
- F 11.6 Opioid – induced persisting amnesic disorder
- F 11.7 Opioid – induced residual and late – onset psychotic disorder
- F 11.8 Opioid – induced other mental and behavioural disorder
- F 11.9 Opioid – related disorder not otherwise specified

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษากลุ่มผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2 Opioid

dependence syndrome) หรือเทียบได้กับเกณฑ์ DSM-5 คือ Opioid Use Disorder (American Psychiatric Association, 2018) และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยขึ้นไป (≥ 7 คะแนน) จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) เข้ามารับการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1.3 สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมเสพในประเทศไทย

1.3.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (ปิยะดา บุญทรง, ม.ป.ป.; พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

Opium หรือฝิ่นดิบ คือ ยางที่ได้จากการกรีดดอกฝิ่น เรียกว่า Papaver somniferum ซึ่งในอดีตมีการนำประโยชน์จากฝิ่นดิบมาใช้ในการแก้ปวด แก้ท้องร่วง แก้ไอ ช่วยในเรื่องการนอนหลับ รวมถึงการทำให้จิตใจสงบ โดยภายในฝิ่นดิบประกอบไปด้วยสารประเภทอัลคาลอยด์ (Opium alkaloids) กว่า 25 ชนิด ในปี ค.ศ. 1806 นักวิทยาศาสตร์สามารถสังเคราะห์สารอัลคาลอยด์ตัวแรกได้ เรียกว่า “มอร์ฟีน (Morphine)” และตามมาด้วย “โคดีอีน (Methyl morphine)” ในปี ค.ศ. 1832 ซึ่งผลิตภัณฑ์หรืออนุพันธ์ที่สกัดได้จากฝิ่นดิบถูกเรียกโดยรวมว่า “Opiate” ต่อมาในช่วงสงครามกลางเมืองของสหรัฐอเมริกา ระหว่าง ค.ศ. 1861-1865 เริ่มมีการนำเข้และกระบอกฉีดยามาใช้ ส่งผลให้เกิดการบริหารยามอร์ฟีนในรูปแบบฉีดขึ้น จนกระทั่งปี ค.ศ. 1874 นักวิทยาศาสตร์นำสารมอร์ฟีนไปผ่านกระบวนการรวมกับ acetic acid ผลลัพธ์ที่ได้คือ Diacetylmorphine หรือเป็นที่รู้จักในชื่อ “เฮโรอีน (Heroin)” ซึ่งในระยะแรก เฮโรอีนถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไข้ปัญหาอาการปวด แต่ด้วยคุณสมบัติการออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ใช้ได้รับเฮโรอีนเกิดอาการเสพติด และกลายเป็นปัญหาสังคมตามมา แม้การเสพสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะสารเฮโรอีนด้วยวิธีการฉีดจะเริ่มกำเนิดขึ้นห่างไกลจากทวีปเอเชีย แต่มีการศึกษาพบว่าช่วงปลายศตวรรษ 80 จนถึงปัจจุบัน ประเทศในแถบเอเชียมีการเสพเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดเช่นเดียวกัน (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

เนื่องด้วยในปัจจุบันอนุพันธ์ที่มีโครงสร้างคล้ายฝิ่นไม่ได้เกิดจากการสังเคราะห์โดยตรงจากฝิ่นดิบเพียงอย่างเดียว กรณีการสังเคราะห์สารเฮโรอีนจากมอร์ฟีนเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่ง ยังมีการสังเคราะห์ด้วยกระบวนการทางเคมีจนเกิดสารอีกหลายชนิดตามมา เช่น pethidine, fentanyl เป็นต้น ดังนั้นสารที่ออกฤทธิ์เหมือนกับฝิ่นทั้งที่เกิดจากการสกัดจากธรรมชาติ และสารที่สังเคราะห์ขึ้นภายในห้องปฏิบัติการจึงถูกเรียกโดยรวมว่า “กลุ่มสารอนุพันธ์ของฝิ่น” หรือ “โอปิออยด์ (Opioid)” โดยสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถแบ่งประเภทได้ตามการออกฤทธิ์ของโอปิออยด์ที่ตัวรับ (Opioid receptor) โดยตัวรับโอปิออยด์แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ mu, kappa, delta และโอปิออยด์แต่ละชนิดสามารถจับกับตัวรับได้มากกว่า 1 ตัว จึงแบ่งโอปิออยด์ได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 Agonist เป็นกลุ่มที่ไม่มีเพดานการออกฤทธิ์ กล่าวคือ ยิ่งสารเข้าสู่ร่างกาย ปริมาณสูง ยิ่งออกฤทธิ์ได้มากขึ้น เช่น morphine, heroin, pethidine, methadone

กลุ่ม 2 Partial agonist ออกฤทธิ์เหมือนกับกลุ่ม 1 แต่มีเพดานการออกฤทธิ์ เมื่อ ปริมาณสารในร่างกายสูงที่สุดในระดับหนึ่งแล้ว ฤทธิ์ของสารจะไม่เพิ่มขึ้น เช่น buprenorphine

กลุ่ม 3 Mixed-agonist-antagonists กลุ่มสารที่มีฤทธิ์ agonist ต่อตัวรับ kappa แต่มี ฤทธิ์ antagonist ต่อตัวรับ mu และมีเพดานการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับกลุ่ม 2 เช่น nalbuphine, pentazocine, nalorphine

กลุ่ม 4 Antagonist ใช้เป็นตัวแก้ฤทธิ์จากการได้รับสารใน 3 กลุ่มแรกมากเกินไป เนื่อง ด้วยสารกลุ่มนี้มีความสามารถแย่งจับกับตัวรับได้ดี และเมื่อจับกับตัวรับแล้วไม่ก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัช วิทยาใด ๆ เช่น naloxone, naltrexone

สำหรับประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมนำมา เสพ ได้แก่ เฮโรอีน และเมทาโดน (ดวงตา ปาวา, 2558; สปสช., 2553) ซึ่งเป็นโอปิออยด์ในกลุ่ม agonist โดยผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับสารโอปิออยด์ดังกล่าวในหัวข้อถัดไป

1.3.2 สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมเสพ

1.3.2.1 เฮโรอีน

1.3.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเฮโรอีน ในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติยา เสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เฮโรอีนถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 คือ ยาเสพติดให้โทษ และไม่ให้ประโยชน์ทางการแพทย์ (กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส., 2560) โดยการแพร่ระบาดของ เฮโรอีนมีด้วยกัน 2 ชนิด ได้แก่ เฮโรอีนเบอร์ 3 และเฮโรอีนเบอร์ 4 โดยเฮโรอีนเบอร์ 3 เป็นเฮโรอีนที่ มีความบริสุทธิ์ต่ำ เนื่องจากมีส่วนผสมของสารอื่นร่วมด้วย ได้แก่ สารหนู ยานอนหลับ กาเฟอีน แป้ง น้ำตาล เป็นต้น มีลักษณะเป็นผง เกล็ด หรืออัดเป็นก้อนเล็ก ๆ เสพด้วยวิธีการสูดดม สำหรับเฮโรอีน เบอร์ 4 หรือรู้จักกันทั่วไปในชื่อ “ผงขาว” เป็นเฮโรอีนที่มีความบริสุทธิ์สูง ลักษณะเป็นเม็ดคล้ายไข ปลายหรือเป็นผงละเอียด มีสีขาวหรือครีม มีรสขม ไม่มีกลิ่น บางส่วนนำมาผสมในบุหรี่แล้วเสพด้วย การสูด แต่ที่นิยมคือ การนำมาละลายน้ำแล้วเสพด้วยวิธีฉีดเข้าร่างกาย (เจริญ แฉกพิมาย และ ปันตดา ศรีธนสาร, 2555)

1.3.2.1.2 เภสัชพลศาสตร์ของเฮโรอีน ความเร็วในการดูดซึมสารเฮโรอีนเข้า สู่ร่างกายนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการเสพดังนี้ 1. การเสพด้วยการทาน สารเฮโรอีนจะถูกดูดซึมช้า ๆ ที่ระบบ ทางเดินอาหาร 2. การเสพด้วยการสูด สารเฮโรอีนจะถูกดูดซึมได้เร็วขึ้นผ่านทางปอดเข้าสู่ร่างกาย และ 3. การเสพด้วยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วิธีนี้จะช่วยให้สารเฮโรอีนเข้าสู่ร่างกายและออกฤทธิ์ได้ รวดเร็ว โดยสารเฮโรอีนที่เสพจะกระจายไปทั่วร่างกาย ประกอบกับคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมันจึง ส่งผลให้เฮโรอีนผ่านเข้าสู่สมองได้ เฮโรอีนที่ถูกเสพด้วยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะมีค่าครึ่งชีวิต 3 นาที

เมื่อเข้าสู่ร่างกายสารเฮโรอีนจะถูกเปลี่ยนเป็น 6 monoacetylmorphine (6MAM) ตามมาด้วย morphine และ normorphine ตามลำดับ ซึ่งการตรวจพบ 6MAM นับว่าเป็นสิ่งยืนยันได้ถึงการเสพเฮโรอีนจริง สาร morphine ที่ยังคงอยู่จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสารเฮโรอีนร้อยละ 90 จะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ และขับออกทางไตในรูปของ morphine-3-glucuronide ซึ่งจะสามารถตรวจพบได้ในปัสสาวะ 1-2 วัน (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549; สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

1.3.2.2 เมทาโดน

1.3.2.2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเมทาโดน สารเมทาโดนถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 (กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส., 2560) เป็นสารโอปิออยด์สังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกับเฮโรอีนและมอร์ฟิน เมทาโดนบริสุทธิ์มีลักษณะเป็นผงสีขาว มีรสขม ไม่มีกลิ่น ปัจจุบันนำมาใช้ทางการแพทย์สำหรับการระงับอาการขาดยาในผู้เสพติดสารเฮโรอีน (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

1.3.2.2.2 เภสัชพลศาสตร์ของเมทาโดน การบริหารยาเมทาโดนนิยมให้ในรูปแบบรับประทาน โดยพบว่าร้อยละ 85-90 ของเมทาโดนที่ทานเข้าไปร่างกายสามารถนำไปใช้ได้ เนื่องจากมีคุณสมบัติที่ถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร เมทาโดนจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที หลังรับประทาน และมีฤทธิ์สูงสุดภายใน 3-4 ชั่วโมงหลังร่างกายได้รับยาเข้าไป ค่าครึ่งชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ 15 ชั่วโมง และเมื่อร่างกายได้รับเมทาโดนในอย่างต่อเนื่อง ค่าครึ่งชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยอยู่ที่ 24 ชั่วโมง เนื่องด้วยเมทาโดนที่ร่างกายสะสมไว้จะค่อย ๆ ถูกปล่อยออกมาช้า ๆ ทำให้ออกฤทธิ์ได้นานแม้ขนาดยาจะอยู่ในระดับต่ำ จึงถูกนำมาใช้ทดแทนเฮโรอีนในกลุ่มผู้เสพติดที่เข้ามารับการบำบัดรักษา เมทาโดนส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ และขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ (อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, ชัยสิริ อังกระวรรณนท์ และ พิทักษ์ สุริยะใจ, 2552)

1.3.3 กลไกการออกฤทธิ์ทางประสาทวิทยาเกี่ยวกับการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

brain reward system คือ ระบบรางวัลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการติดสารเสพติด ซึ่งประกอบไปด้วยสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA), Nucleus Accumbens (NAc) และ Prefrontal cortex (PFC) โดยสารเสพติดต่าง ๆ เมื่อถูกเสพเข้าสู่ร่างกายจะไปมีผลกระตุ้นการหลั่งของสารโดปามีน (Dopamine) จากสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) ไปสู่สมองส่วน Nucleus Accumbens (NAc) ด้วยกระบวนการที่แตกต่างกัน สำหรับสารเสพติดเฮโรอีนจัดเป็น opioid agonist ออกฤทธิ์กีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยเมื่อเฮโรอีนเดินทางเข้าสู่สมองและถูกเปลี่ยนเป็น “มอร์ฟิน” สารมอร์ฟินดังกล่าวจะเดินทางไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ชนิด mu ในสมองส่วน VTA จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท GABA ซึ่งเป็นสารสื่อ

ประสาทที่มีฤทธิ์ในการยับยั้ง ผลที่ตามมา คือ เกิดการหลั่งของโดปามีนมากขึ้นในสมองส่วน NAc ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสมองส่วน NAc มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับอารมณ์ทางบวก ความพึงพอใจ เป็นต้น จากนั้นโดปามีนจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วน Prefrontal cortex (PFC) ซึ่งสมองส่วนนี้มีบทบาทเกี่ยวกับความจำ การตัดสินใจ การวางแผน ดังนั้นการเดินทางของโดปามีนที่เกิดจากการกระตุ้นโดยการเสพเฮโรอีนจะสร้างการจดจำความสุขจากการได้เสพ รู้สึกดีกับการเสพ และพัฒนาการกลายเป็นการเสพติดทางสมองในที่สุด (National Institute on Drug Abuse, 2007; Niehaus, dez, & Kauer, 2009; Salgado & Kaplitt, 2015)

1.4 ผลกระทบของการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

1.4.1 ผลกระทบทางกาย การเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์นอกจากทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุขจนกลายเป็นการเสพติดแล้วยังส่งผลกระทบต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้ (ปิยะดา บุญทรง, ม.ป.ป.; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2562)

1.4.1.1 ระบบประสาทส่วนกลาง

ระงับอาการปวด โอปิออยด์จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงสัญญาณทั้งในสมองและไขสันหลังให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง โดยยับยั้งการทำงานของ adenylate cyclase ส่งผลให้ ATP เปลี่ยนเป็น cAMP ได้ลดลง มีการปิดกั้น calcium channel และกระตุ้นการไหลออกของ potassium ส่งผลให้เกิดการหลั่งที่ลดลงของสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความเจ็บปวด เช่น glutamate, substance P สำหรับการออกฤทธิ์ในสมอง สารโอปิออยด์จะระงับปวดโดยการไปส่งเสริมระบบ descending pain modulation

กดศูนย์ควบคุมการหายใจ เป็นผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุด การกระตุ้นตัวรับ mu 2 จะส่งผลกระทบต่อศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองส่วน medulla ทำให้มีการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงจนถึงไม่ตอบสนองเลย และมีการตอบสนองต่อภาวะที่ขาดออกซิเจนด้วย โดยปริมาณสารโอปิออยด์มีความสัมพันธ์กับการกดการหายใจ กล่าวคือ หากมีการใช้ในขนาดที่สูง ผลต่อการกดการหายใจจะเพิ่มมากขึ้น

กดศูนย์ควบคุมอาการไอ เป็นการกด cough reflex ด้วยการออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมอาการไอในสมองส่วน medulla

รูม่านตาหดเล็กลง เกิดจากการที่สารโอปิออยด์ไปกระตุ้นตัวรับ mu ที่บริเวณ Edinger-Westpal nucleus ของเส้นประสาท oculomotor ส่งผลให้เกิดการหดตัวของรูม่านตา โดยยังได้รับสารโอปิออยด์ในปริมาณที่สูงรูม่านตาจะยิ่งหดเล็กลง

กระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน เกิดจากการกระตุ้นตัวรับ mu ที่อยู่บริเวณ chemoreceptor trigger zone (CTZ) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอาการอาเจียน จึงส่งผลให้ผู้เสพยาโอปิออยด์เกิดความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

1.4.1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่าโอปิออยด์จะส่งผลกระทบต่อระบบนี้กรณีที่มีการใช้ในขนาดสูง โดยจะไปทำให้เกิดการลดลงของ sympathetic vascular tone และมีการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารฮีสตามีน ส่งผลให้สามารถเกิดผื่นแดงคันขึ้นได้ และถ้ามีการหลั่งของสารฮีสตามีนในปริมาณมาก สิ่งที่มาคือ การขยายตัวของหลอดเลือด ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดต่ำลง อันเป็นเหตุให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้

1.4.1.3 ระบบทางเดินอาหาร สารโอปิออยด์จะไปลดการหลั่งของน้ำย่อย ทำให้การบีบตัวของกระเพาะและลำไส้ลดลง ผลที่ตามมา คือ อាកาการท้องอืด ท้องผูก อุจจาระแข็ง

1.4.1.4 ระบบกล้ามเนื้อเรียบ ในกรณีของทางเดินปัสสาวะ สารโอปิออยด์จะไปเพิ่มแรงบีบตัวที่ส่วนล่างของหลอดไต กล้ามเนื้อ detrusor ของกระเพาะปัสสาวะ และ vesicle sphincter ส่งผลให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ส่งผลให้กระบวนการคลอดช้าและเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

1.4.1.5 ระบบต่อมไร้ท่อ ในเพศหญิง สารโอปิออยด์จะลด Follicle-Stimulating Hormone (FSH) และ Lutenizing Hormone (LH) และเพิ่มการหลั่ง prolactin ส่งผลให้เกิดการหลั่งของน้ำนม ประจำเดือนมาไม่ปกติ และความต้องการทางเพศลดลง สำหรับเพศชายจะมีการลดลงของ Testosterone, Adrenocorticotrophic hormone และการเพิ่มขึ้นของ Antidiuretic hormone ส่งผลให้มีความต้องการทางเพศและการขับปัสสาวะออกจากร่างกายลดลง (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

1.4.2 ผลกระทบอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับการเสพยาโอปิออยด์เกินขนาด รายงานจากการสำรวจทั่วโลกพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการเสพยาโอปิออยด์เกินขนาดประมาณ 69,000 ราย โดยพบว่าการเสพยาโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด ผู้เสพยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับสารเสพติดโอปิออยด์เกินขนาด การศึกษารายงานว่าการเสพยาโอปิออยด์เกินขนาด พบเป็นสาเหตุลำดับที่สองของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้เสพด้วยวิธีฉีด (WHO, 2014) โดยอาการแสดงของการได้รับสารโอปิออยด์เกินขนาด ได้แก่ ง่วงนอน ซึมลงจนถึงขั้นไม่รู้สีกตัว รูม่านตาหดเล็กเท่ารูเข็ม (pupil pinpoint) ความดันต่ำ ระบบการหายใจถูกกด ส่งผลให้มีการหายใจที่ช้าลงและสามารถเสียชีวิตได้ โดยวิธีการแก้ไข คือ ต้องได้รับยาต้านพิษโอปิออยด์ หรือสารที่มีฤทธิ์เป็น opioid antagonist โดยในทางการแพทย์ใช้เป็น Naloxone ในรูปแบบฉีด (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

1.5 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

1.5.1 โรคทางกายร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคทางกายร่วมของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มักเป็นผลมาจากความนิยมในการเสพสารกลุ่มนี้ด้วยวิธีฉีด จากการศึกษาความชุกและคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มผู้ใช้ยาฉีดทั่วโลกซึ่งร้อยละ 82.9 เป็นผู้เสพสารกลุ่มโอปิออยด์ พบโรคทาง

กายร่วม ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบนิดซี, โรคเอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบนิดบี โดยพบร้อยละ 52.3, 17.8 และ 9.1 ตามลำดับ (Degenhardt et al., 2017) สำหรับประเทศไทยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 ความชุกของการติดเชื้อ เอชวีในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีดลดลง แต่ข้อมูลยังไม่สามารถระบุแนวโน้มปัญหาได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบผลกระทบจากการเสพยาในระยะยาว ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เยื่อหูและลิ้นหัวใจอันเนื่องมาจากการเสพยาด้วยวิธีฉีด หนองที่ผิวหนัง รวมไปถึงบาดเจ็บ (พยอม ตันติวัฒน์, ม.ป.ป.)

1.5.2 โรคทางจิตร่วม

ผู้เสพยาเสพติดเฮโรอีนส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์ร่วมกับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Harvard et al., 2006) แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าอาการซึมเศร้าหรือการใช้สารเสพติดประเด็นใดเป็นสาเหตุ (Rounsaville BJ., 2004) แต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดเฮโรอีนที่มีอาการซึมเศร้าระบุว่า ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดโดดเด่นกว่าและนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า โดยปัจจัยสำคัญที่เกิดจากการเสพยาจนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า คือ ตราบาป (stigma) และพฤติกรรมกีดกันตัวเองออกจากสังคม (isolation) (Cornford, Umeh, & Manshani, 2012)

1.6 การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทยมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด “Harm Reduction” ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้สารเสพติด มากกว่าการพยายามหยุดยั้งการใช้ยาเสพติด โดยในปี 2557 ประเทศไทยได้มีการประกาศแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด โดยกำหนดให้นำมาตรวจการมาใช้ในการในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด รวมไปถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อลดอุบัติเหตุในการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การฉีดยาเสพติดที่ไม่ปลอดภัยเข้าสู่ร่างกายเป็นต้น รวมถึงอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเด็นอื่น ๆ ประกอบไปด้วย 10 ชุดบริการ ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ การดูแลให้เมทาโดนระยะยาวแก่ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

Methadone Maintenance Therapy (MMT) คือ การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดโอปิออยด์ด้วยเมทาโดนระยะยาว มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อลดหรือหยุดการเสพยาเฮโรอีนและสารโอปิออยด์อื่น ๆ ซึ่งลดอัตราการเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เกินขนาด ลดปัญหาอาชญากรรม รวมไปถึงลดปัญหาการแพร่กระจายของโรคติดต่อต่าง ๆ จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โดยผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ในการเข้ารับการบำบัดด้วย MMT จะต้องเป็นผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีความเต็มใจยินยอมรักษาด้วยตนเอง (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) โดยบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. ประสานจัดเตรียมความพร้อมของเอกสาร
2. ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ได้แก่ ประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นทุกครั้งที่มา รับยา รับฟังปัญหาและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รายงานแพทย์พร้อมทั้งลงบันทึก
3. ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ
4. เป็นผู้สนับสนุนหลักแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้านการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับ บริการที่คลินิกอย่างต่อเนื่อง
6. บทบาทในการประสานและส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงสวัสดิการทางสังคม
7. ประเมินทางคลินิก
8. ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
9. ลงบันทึกข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่รวบรวมไว้อย่างสม่ำเสมอ
10. จัดเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีวิกฤตฉุกเฉิน

นอกจากนี้ ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างรับการบำบัดด้วย MMT จะได้รับการดูแล ด้านจิตสังคมควบคู่กันไป ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การให้การบำบัดแบบเสริมแรง (Contingency management) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Interventions) และการบำบัดแบบกลุ่มพึ่งพาตนเอง (Self-help groups) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ พบแนวทางการพยาบาลเพื่อดูแลปัญหาในกลุ่มประชากรเหล่านี้ ดังนี้ (Townsend, 2011)

1.7.1 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับสารโอปิออยด์เกินขนาด (overdose) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการได้รับสารโอปิออยด์เกินขนาด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาหด ง่วงซึม ตัวเย็น อัตราการหายใจและความดันตก พยาบาลดูแลให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ตามแผนการรักษา ติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังอาการกตการหายใจช้าภายใน 72 ชั่วโมง

1.7.2 ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องมาจากภาวะถอนยา (withdrawal) โดยภาวะถอนยาในกลุ่มโอปิออยด์จะมีอาการใน 6-8 ชั่วโมงหลังการเสพยาครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 2 และ 3 จากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงภายในวันที่ 7-10 การพยาบาลในระยะนี้จะป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุประกอบการด้วยการประเมินความรุนแรงของอาการถอนยา กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ดูแลยกที่กั้นเตียง เก็บอุปกรณ์ที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายออกจากผู้ป่วย ติดตามสัญญาณชีพ และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

1.7.3 ปัญหาเกี่ยวกับการขาดทักษะการปฏิเสธ การพยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ดำเนินการสร้างความเข้าใจใหม่กับผู้ป่วยว่า “ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยที่ไม่เป็นที่ยอมรับ แต่เป็นที่ตัวพฤติกรรมการเสพยา” ให้ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุพฤติกรรมหรือสถานการณ์ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในชีวิตและเชื่อมโยงถึงการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ดูแลให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเป็นจริงโดยไม่ใช้เหตุผลเข้าข้างตนเองหรือโทษผู้อื่น กระตุ้นในผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ให้แรงเสริมทางบวกทันทีเมื่อผู้ป่วยตระหนักได้ว่าการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เป็นตัวก่อปัญหา และยอมรับพฤติกรรมของตนเอง

1.7.4 ปัญหาเกี่ยวกับการขาดทักษะการเผชิญปัญหา การพยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างข้อตกลงร่วมกันในการจำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกลัว วิตกกังวล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จากนั้นร่วมกันสำรวจทางเลือกในการจัดการความเครียดหรือการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งวิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นพร้อมแนวทางแก้ไข พยาบาลให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหา พร้อมทั้งเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะทางบวก

1.7.5 ปัญหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การพยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับมุมมองแบบลบของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้ง พยาบาลใช้ระยะเวลาร่วมกับผู้ป่วยในการสร้างการยอมรับและพัฒนาความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็ง กระตุ้นให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเองและให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีข้อคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ให้แรงเสริมทางบวกเมื่อปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและวิธีการจัดการกับการถูกตัดสินจากสังคมหรือบุคคลอื่น ๆ

1.7.6 พร่องความรู้เกี่ยวกับโทษของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ การพยาบาลเริ่มต้นจากการประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสารเสพติดกลุ่มนี้ จากนั้นทำการประเมินอุปสรรคต่อการเรียนรู้ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความสามารถในการอ่าน เขียน เป็นต้น พยาบาลวางแผนการสอนและกำหนดวิธีการเรียนรู้และวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย จัดเตรียมสถานที่และนัดหมายเวลาให้สะดวก เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยเริ่มเรียนจากเรื่องง่ายและไม่ซับซ้อน เน้นข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของสารโอปิออยด์ที่มีต่อร่างกายและประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วม พยาบาลให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยตั้งใจเรียนรู้และปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ภายหลังการให้ความรู้ พยาบาลประเมินแผนการสอนพร้อมทั้งสำรวจจุดแข็งและจุดอ่อนเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข

1.7.7 ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว พยาบาลเตรียมข้อมูลด้วยการทบทวนประวัติครอบครัว สํารวจบทบาทของสมาชิก สถานการณ์ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ การรับมือกับปัญหาการเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ระดับความสามารถของครอบครัว วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา จากนั้นกำหนดขอบเขตของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพื้นฐานข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ข้างต้น พยาบาลให้ข้อมูลแก่ทั้งผู้เสพและครอบครัว เกี่ยวกับพฤติกรรมและคุณลักษณะของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพื่อสร้างพื้นฐานความเข้าใจให้ตรงกัน ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้น และสิ่งที่ครอบครัวคาดหวังได้ภายหลังการบำบัด นอกจากนี้พยาบาลทำการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษา กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองที่เป็นกลาง ช่วยครอบครัวและผู้เสพในการระบุผู้ดูแลใกล้ชิด พร้อมทั้งสร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลใกล้ชิดทราบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายผู้ดูแลที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในคลินิกเมทาโดน ประกอบไปด้วยการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ คัดกรองผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีและคอยดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยรับการบำบัดด้วยเมทาโดนจนสิ้นสุดโปรแกรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า “ภาวะ” หมายถึง ความมี, ความเป็น, ความปรากฏ เช่น ภาวะน้ำท่วม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ และได้ให้ความหมายของคำว่า “อาการ” หมายถึง สภาพเป็นอยู่หรือเป็นไป เช่น อาการซึมเศร้า หรือ ความรู้สึก สิ่งที่ปรากฏหรือภาวะผิดปกติในร่างกายที่บ่งบอกความผิดปกติ เช่น อาการเจ็บคอ อาการชัตกระตุก เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในอาการซึมเศร้า เนื่องจากเป็นความผิดปกติที่สามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน

Beeber (1996) อ้างถึงใน อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2549) อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเป็นสภาวะทางคลินิกที่มีการแสดงออกหลายอย่าง เช่น การหมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้สึกเศร้า เหนง การคิดฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตาย การขาดพลังกำลัง การเฉยเมย ความเชื่อ้งช้าการมีปัญหการนอนหลับ การขาดสมาธิ การมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และการพึ่งพาผู้อื่นเป็นต้น

D'Zurilla & Nezu (2006) อ้างถึงใน ซาลินี หนูชูสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ สมบัติ สุกุลพรรณ (2560) ได้กล่าวถึงอาการซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกหมดหวัง เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาที่สถานการณ์บางอย่างได้ เนื่องจากมีการรับรู้ปัญหาในทางลบ และมีการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้

ฐนิษฐา กลีบบัว (2558) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าหมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เกิดจากความคิดบิดเบือนไปทางแง่ลบ โดยมีการแสดงอารมณ์เศร้าโศก มีความคิดอยากตาย แยกตัว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ รวมถึงการทํากิจวัตรประจำวัน

ณัฐธิดา คุ่มรอด (2558) ให้ความหมายอาการซึมเศร้า คือ การที่บุคคลมีอาการซึมเศร้ามากเกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย ไม่เปล็ดเพลิน หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตัดสินใจลำบาก มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และการนอน ความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา สมาธิลดลง คิดและวางแผนเรื่องการตาย

อติทยา คำทวี (2560) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าไม่มีความสุข รู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกไร้ค่า และมีความรู้สึกสิ้นหวัง

สรุปรูป อาการซึมเศร้าหมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิก ทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ทางกาย และพฤติกรรม อันได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า รู้สึกผิด คิดอยากตาย ความสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวลดลง สมาธิสั้น เคลื่อนไหวช้าหรืออยู่ไม่นิ่ง อ่อนเพลียตลอดเวลา รวมทั้งการมีความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการทานอาหารและการนอนหลับ

2.2 สาเหตุของอาการซึมเศร้า

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) พบเป็นการถูกกล่าวถึงโดยรวมในมุมมองของสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า (depressive disorders or major depression) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015)

2.2.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ในปัจจุบันมีการศึกษาและระบุว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลกันของสารเคมีในสมอง โดยพบว่าสารสื่อประสาทกลุ่ม biogenic amines มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ สารสื่อประสาท serotonin ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด อารมณ์ดี และนอนหลับง่าย และสารสื่อประสาท norepinephrine ที่ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น คลายเศร้า มีพลังงาน กระตุ้นความคิด โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีจำนวนของสารสื่อประสาทดังกล่าวข้างต้นลดลง นอกจากนี้ยังพบการลดลงของสารสื่อประสาท dopamine และ acetylcholine ด้วยเช่นกัน

2.2.2 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการทำงานของต่อมไร้ท่อเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า โดยพบว่าการทำงานเพิ่มขึ้นของ Hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับของ cortisol hormone และระดับอาการซึมเศร้า โดยมีหลักฐานทางการศึกษาระบุว่า พบการทำงานเพิ่มขึ้นของ HPA ร้อยละ 20-40 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก และพบร้อยละ 40-60 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยใน และยังคงพบความสัมพันธ์ของต่อมไทรอยด์กับอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่ามี ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์มาก่อนและไม่ได้รับการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังพบว่า การหลังที่ผิดปกติของ growth hormone และ prolactin ก็มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าเช่นเดียวกัน

2.2.3 พันธุกรรม แนวคิดนี้เป็นการอธิบายเกี่ยวกับการส่งต่อกันของการเจ็บป่วยด้วยโรคภายในครอบครัว โดยพบว่าหากบิดาหรือมารดาป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ บุตรจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 หากการเจ็บป่วยเกิดทั้งในบิดาและมารดา บุตรจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเปรียบเทียบกับฝาแฝดเพศเดียวกันแต่เกิดจากไข่คนละใบพบว่า ในกรณีแรกหากแฝดคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ แฝดอีกคนมีโอกาสป่วยสูงถึงร้อยละ 70-90 สำหรับกรณีแฝดเพศเดียวกันแต่ไข่คนละใบพบโอกาสป่วยเช่นเดียวกันเพียงร้อยละ 16-35

2.2.4 เหตุการณ์ในชีวิตและความเครียดจากสภาพแวดล้อม (life events and environment stress) จากการสังเกตการณ์ทางคลินิกพบว่า ความเครียดจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิตและสภาพแวดล้อมมักเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บางทฤษฎีอธิบายว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นไปกระตุ้นการปรับเปลี่ยนทางชีววิทยาของสมอง นอกจากนี้ยังมีการอธิบายถึงความสัมพันธ์เกี่ยวกับอายุในการเผชิญความเครียดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ กับอาการซึมเศร้า โดยพบว่าเด็กที่สูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูง รวมไปถึงการสูญเสียคู่สมรส สูญเสียงานที่ทำ มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ตงงานถึง 3 ครั้งมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าเมื่อเทียบกับบุคคลที่มีงานทำ

2.2.5 ทฤษฎีจิตพลวัต โดย Sigmund Freud ได้เสนอแนวคิดนี้เพื่อเข้าใจการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งถูกนำมาอธิบายโดย Karl Abraham ดังนี้ เริ่มต้นจากการขาดความรักจากมารดาตั้งแต่วัยเด็ก (oral phase 10-18 เดือน) นับเป็นความสูญเสียที่เป็นปัจจัยนำสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุคคลจะเชื่อมโยงความสูญเสียจริงหรือความคิดว่าตนสูญเสียเข้ากับอาการซึมเศร้า และใช้กลไกป้องกันตนเองทางจิตด้วยการโทษตนเอง เพื่อลดความเจ็บปวดจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องด้วยความรู้สึกล่อลวงที่สูญเสียนั้นเป็นส่วนผสมของทั้งความรักและความเกลียดชัง ความรู้สึกโกรธแค้นจึงถูกโอนถ่ายเข้าสู่ตนเอง อันนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าในที่สุด

2.2.6 ทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) แนวคิดนี้อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการมีรูปแบบความคิดที่ผิดปกติ โดย Aron Beck เสนอว่ารูปแบบความคิดที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า นั้น คือ การมีความคิดต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตในทางลบ โดยรูปแบบความคิดดังกล่าวนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง

2.2.7 ทฤษฎีสิ้นหวังหรือยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness) แนวคิดนี้อธิบายถึงการผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำอีกจากสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ อธิบายได้จากการทดลองการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นสุนัขที่ถูกขังแบบไม่มีทางหนี จากนั้นเปลี่ยนให้มาอยู่ในสถานที่ที่มีฉากรกั้น แต่หนีได้ พบว่าสุนัขที่มีประสบการณ์ถูกขังและถูกไฟฟ้ากระตุ้นกลับไม่ขยับและไม่พยายามหนี แสดงให้เห็นถึงการขาดแรงจูงใจและความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับอธิบายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อนุมานได้ว่าบุคคลเหล่านี้ อาจเคยประสบกับเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตที่ควบคุมไม่ได้ แก้ไขไม่ได้ จึงพัฒนาเป็นความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่เห็นคุณค่าและความสามารถในตนเอง เกิดความคิดว่าปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตควบคุมไม่ได้ แก้ไขไม่ได้ จึงสร้างพฤติกรรมนิ่งเฉย หดหู่ ไม่กระตือรือร้น ไม่สู้ เป็นต้น

2.3 การประเมินอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินอาการซึมเศร้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามวิธีการประเมิน ดังนี้

2.3.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าโดยประเมินตนเอง (self-report measure) คือ ผู้ถูกประเมินเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งแบบประเมินที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการใช้อย่างแพร่หลาย มีดังนี้

2.3.1.1 CES-D พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยของ Center for Epidemiologic Studies National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำมาใช้ประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับการลงสำรวจในชุมชนโดยเฉพาะ และถูกพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ, วิชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ โดยแต่ละข้อแบ่งย่อยออกเป็น 4 ระดับคะแนน ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่เลย (<1 วัน) จนถึง 3 หมายถึง ตลอดเวลา (5-7 วัน) คะแนนรวมอยู่ที่ 0-60 คะแนน จุดตัดอยู่ที่ 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายของภาวะซึมเศร้าต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 ความแม่นยำร้อยละ 82 และพบค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่ Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.86

2.3.1.2 The Beck Depression Inventory (BDI) เครื่องนี้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1961 โดย Aaron T. Beck ต่อมาในปี ค.ศ.1978 ได้มีการปรับปรุงด้วยการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม และตัดข้อคำถามที่มีนัยเหมือนกันทิ้ง และต่อมาในปี ค.ศ. 1993 เกิดการพัฒนาเป็น BDI รุ่นสอง

(BDI-II) ซึ่งข้อคำถามได้ถูกปรับให้เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ประกอบไปด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคำถามออกเป็นด้านจิตใจ 15 ข้อ และด้านร่างกาย 6 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ระดับคะแนน ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย จนถึง 3 หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง โดยคะแนนเต็มอยู่ที่ 63 คะแนน แปลผลการประเมินเป็นระดับของภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 0-9 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า จนถึง 30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ที่ 0.76-0.95 และศึกษาในกลุ่มนักเรียนพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ที่ 0.82-0.92 (ลัดดา แสนสีหา, 2536) โดยสรุปข้อดีของเครื่องมือ คือ ได้รับการแปลหลายภาษา มีค่าความตรงและความเชื่อมั่นในระดับดี แต่ข้อจำกัด คือ ต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าของลิขสิทธิ์ก่อนนำมาใช้ (คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2553)

2.3.1.3 PHQ-9 เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแนะนำให้ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าใน guideline depression for clinical care ของ University of Michigan และมีการศึกษาพบว่าความสามารถในการประเมินระดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์สำหรับใช้ในการติดตามการรักษา รวมไปถึงเป็นตัวนำในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2553) สำหรับ PHQ-9 ฉบับภาษาไทยประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่ 10 ใช้ถามเพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของอาการซึมเศร้า โดยการได้มาของข้อคำถามฉบับภาษาไทยเกิดจากการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ แปลกลับเพื่อทวนสอบ และปรับให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมไทย สำหรับคุณสมบัติของเครื่องมือ Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish (2008) ได้ศึกษาค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ผลพบ PHQ-9 ฉบับภาษาไทยมีค่า internal consistency (Cronbach's alpha = 0.79) และ convergent validity with the HAM-D ($r = 0.56$; $P < 0.001$) และพบว่าจุดตัดของเครื่องมืออยู่ที่ 9 คะแนน ซึ่งจะได้ค่าความไวที่ 0.84 ค่าความจำเพาะที่ 0.77 ซึ่งพบว่าต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง (ธณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561)

2.3.1.4 Zung Self Rating Depression Scale (SDS) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Zung (1965) ในรูปแบบของแบบประเมินตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) ต่อมาได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทิกา ทวีชาชาติ และคณะ (2533) แบบประเมิน

ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนรายข้อออกเป็น 4 ระดับ คือ 0-3 คะแนน เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบประเมินอยู่ที่ 10-15 นาที ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยวิธี test-retest และ Split half เท่ากับ 0.73 ข้อดีของแบบประเมิน คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นอาการแสดงสังเกตได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ข้อจำกัดของแบบประเมิน คือ ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะเมื่อนำไปกับผู้สูงอายุ

2.3.1.5 Thai Depression Inventory (TDI) Lotrakul & Sukanich (1999)

พัฒนาขึ้นในรูปแบบของเครื่องมือประเมินตนเองสำหรับวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย โดยการใช้พื้นฐานข้อคำถามที่พิจารณาแล้วว่าเข้ากับวัฒนธรรมและบริบทของคนไทยจากแบบประเมินที่แพร่หลายในต่างประเทศตะวันตก ได้แก่ Beck Depression Inventory, Zung Self-rating Depression Scale, Structure Interview Version of the Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale และ Hospital Anxiety and Depression Scale จากนั้นนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปเก็บกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชทั้งนอกและในของโรงพยาบาลรามธิบดีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 50 ราย และใช้เครื่องมือเปรียบเทียบเป็น Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) พบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.858) และค่า concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formular เท่ากับ 0.7189 ($p < 0.001$) ลักษณะของแบบประเมิน TDI จะใช้การสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาในการตอบ 20 ข้อคำถาม โดยแบ่งค่าคะแนนรายข้อเท่ากับ 0-3 การแปลผลค่าคะแนนจะแปลเป็นระดับของอาการซึมเศร้า ดังนี้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า 21-25 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 26-34 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งผู้ป่วย Major Depression จะอยู่ในเกณฑ์นี้ ข้อดีของแบบประเมิน ได้แก่ ใช้เวลาสั้น เข้าใจง่าย สะดวกแก่การนำไปใช้ ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่นและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2553)

2.3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าโดยผู้ถูกประเมินตอบแบบสอบถามจากการสัมภาษณ์ (Clinician-rate measure) ซึ่งผู้ทำการสัมภาษณ์ คือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือมาก่อนและทำการสัมภาษณ์ตามหัวข้อในแบบประเมิน

2.3.2.1 The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

แบบประเมินถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการเครื่องมือในการติดตามอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยผู้พัฒนาคือ Marie Asberg และ Stuart A.

Montgomery และถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนิรันดร์ และ อุไร บุรณเชษฐ (2546) ทำการทดสอบความเที่ยงตรงและความสอดคล้องภายใน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 70 คน พบว่า ค่าความถูกต้องในเนื้อหาอยู่ในระดับ 0.6-1.0 ความสอดคล้องภายในมีค่า standerdized Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8048 นอกจากนี้ ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, นัยนา โปษยาอนุวัตร, ชดาพิมพ์ ศศลักษณ์านนท์, ฐิติวี แก้วพรสวรรค์ และ ศุภโชค สิงห์กันต์ (2550) ได้ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือและความแม่นยำของเครื่องมือแบบประเมิน MARSD ฉบับภาษาไทย เพื่อการวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับเกณฑ์ DSM-IV-TR และ Hamilton Rating Scale for Depression พบว่าแบบประเมิน MADRS ฉบับภาษาไทยมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์สูงมากและยืนยันว่าสามารถนำไปใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิต จึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

2.3.2.2 แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)

เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมใช้สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและการติดตามผลการรักษา พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1967 โดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2544) และถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง (2539) ซึ่งได้นำแบบประเมินฉบับแปลไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วย depressive disorder จำนวน 50 ราย ผลพบว่า HRSD-17 ฉบับภาษาไทยมีค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (kappa เท่ากับ 0.87) ค่าความแม่นยำของแบบวัดเมื่อเทียบกับ Global Assessment Scale พบค่า Spearman's correlation coefficient เท่ากับ -.8239 ($P < 0.0001$) ค่าความสอดคล้องภายใน (standardized Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.7380) และการวิเคราะห์ปัจจัยโดยรวมของแบบประเมินบ่งบอกว่า ผู้ป่วยที่ศึกษามีอาการเด่นในลักษณะของ anxious-depression แบบประเมิน HARD-17 ประกอบไปด้วย 17 ข้อคำถาม แบ่งระดับความรุนแรงของอาการในรายข้อออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ 0-2 คะแนน และ 0-4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 52 คะแนน แปลผลเป็นระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13-17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 15.30 นาที ข้อดี คือ มีความแม่นยำสูง จำนวนข้อไม่มาก แต่มีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางร่างกายมากทำให้ความชุกมากกว่าปกติ เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ (คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2553)

2.3.2.3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง
โดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) เดิมทีแบบประเมิน 9Q ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในรูปแบบของภาษาอีสานนำร่องใช้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากนั้นพัฒนาเป็นภาษาใต้โดยใช้ประเมินโรคซึมเศร้าในประชากรภาคใต้ตอนบน และต่อมาถูกพัฒนาเป็นภาษากลางโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2553) ซึ่งได้ทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยได้เปรียบเทียบกับแบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) หรือ Thai-HRSD พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's alpha เฉลี่ยเท่ากับ 0.821 และรายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 สำหรับแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง เป็นการปรับปรุงเพื่อความชัดเจนและความกระชับของข้อคำถาม และพัฒนาให้สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ด้วยการนำค่าจุดตัด ค่าความไว ความเฉพาะเจาะจงของเครื่องมือฉบับที่ปรับปรุงนี้เทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน คือ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยใช้ Mini International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด A-Major depressive episode, B-Dysthymia, C-Suicidality, D-Mania/Hypomania และเทียบค่าคะแนนจากเครื่องมือ HRSD-17 ผลพบว่าแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มีค่าจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood เท่ากับ 5.10 ค่า ROC area 0.897(95% CI: 0.85 to 0.943) และมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมิน HRSD-17 ในระดับดี

ลักษณะของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าและความถี่ที่เกิดอาการเหล่านั้น โดยค้นหาอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ การแปรผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ < 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย 13-17 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง และ ≥ 18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยเมื่อเทียบกับโอกาสของการเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ช่วง 7-12 คะแนน มีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 86.2, 83.1 ทำนายโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 5.1 เท่า ช่วง 13-17 คะแนน มีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 83.3, 93.2 ทำนายโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 12.2 เท่า และช่วง 18 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 80, 95.2 ทำนายโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 16.6 เท่า

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง โดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก

ลักษณะของข้อคำถามมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ามาใช้บริการ ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง ทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเบื้องต้น (Smarr & Keefer; กรมสุขภาพจิต, 2554) สามารถวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า รวมทั้งใช้เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตยอมรับว่ามีความเหมาะสมในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับคนไทย เพราะมีค่าความเที่ยงและความจำเพาะสูงเมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานสากล (คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2553)

2.4 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

2.4.1 กลไกจากตัวสารเสพติด (Lutz & Kieffer, 2013)

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า อาการซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทหลายตัวและเกี่ยวข้องกับสมองในหลายพื้นที่ ซึ่งตัวการที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ คือ โอปิออยด์ตามธรรมชาติในร่างกาย (Endogenous opioids) และตัวรับโอปิออยด์ (Opioids receptor) ที่กระจายอยู่ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และส่วนปลาย (PNS) โดยพบความหนาแน่นสูงของตัวรับโอปิออยด์บริเวณระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการเสพติด การศึกษาในระดับเซลล์ระบุว่าตัวรับโอปิออยด์มีทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ มิว (mu receptor), แคปปา (kappa receptor) และเดลต้า (delta receptor) โดยตัวรับเหล่านี้จะทำการควบคุม monoaminergic system ซึ่งประกอบไปด้วยเซลล์ประสาท monoaminergic ที่ทำหน้าที่สังเคราะห์สารสื่อประสาท ได้แก่ โดปามีน (dopamine), ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) จากทฤษฎี monoamine ในการอธิบายอาการซึมเศร้า ระบุว่าเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ที่ลดลงของสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ซึ่งโดยปกติในร่างกายจะมีการควบคุมที่สมดุลจากโอปิออยด์ที่ร่างกายสร้างขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่ในกรณีที่เสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เข้าสู่ร่างกาย เช่น เฮโรอีน, เมทาโดน เป็นต้น สารเหล่านี้เมื่อเข้าสู่สมองจะสลายตัวกลายเป็นมอร์ฟินและไปแย่งจับกับตัวรับโอปิออยด์แทนโอปิออยด์ธรรมชาติ ผลที่ตามมา คือ มอร์ฟินเหล่านี้ไปยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาทกาบา (GABA neurotransmitter) ทำให้เกิดการหลั่งที่มากขึ้นของ โดปามีน และซีโรโทนิน แต่เมื่อมีการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ดังกล่าวนี้ในระยะเวลานาน รวมถึงปริมาณมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อทิศทางตรงข้าม คือ เกิดการปรับตัวเพิ่มการทำงานของเซลล์ประสาทกาบาที่มีต่ออาการหลั่งของสารซีโรโทนิน ส่งผลให้เมื่อผู้ที่ใช้โอปิออยด์เป็นระยะเวลานานหยุดใช้ยา การปรับตัวของเซลล์ประสาทกาบาที่เพิ่มการทำงานขึ้นนั้นจะยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

2.4.2 กลไกจากปัจจัยด้านจิตสังคม

เนื่องจากการเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายร้ายแรง (ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษและไม่ให้ประโยชน์ทางการแพทย์) (กองกฎหมายสำนักงาน ป.ป.ส., 2560) และผลการศึกษาหลายเรื่องที่สะท้อนว่าผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความเจ็บปวดต่าง ๆ เช่น ถูกมองแบบไม่มีคุณค่า ถูกแบ่งแยกกว่าแตกต่างจากคนปกติทั่วไป ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติและการจำกัดสิทธิทางสังคมต่าง ๆ (Cruz et al., 2018, Ibragimov et al., 2017; Sarin, Samson, Sweat, & Beyrer, 2011; ปรีชญานันท์ นักพ่อน, 2559) มีการศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาทโอปิออยด์ในสมองกับสถานการณ์การถูกปฏิเสธจากสังคม พบว่า ความเจ็บปวดทางใจที่เกิดขึ้นจากการถูกปฏิเสธจากสังคม กระตุ้นการเดินทางของสารสื่อประสาทโอปิออยด์ในรูปแบบเดียวกันกับความเจ็บปวดทางกาย ดังนั้นการถูกกระตุ้นซ้ำ ๆ จากความเจ็บปวดที่สังคมกระทำ ในขณะที่หน้าที่การทำงานของสารโอปิออยด์บ่งชี้การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ส่งผลให้ขัดขวางต่อการฟื้นคืนทางอารมณ์ลบที่เกิดขึ้นจากการถูกสังคมปฏิเสธ และลดความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดจากปฏิกริยาทางบวกของสังคม ซึ่งทั้งสองผลกระทบดังกล่าวนำไปสู่อาการซึมเศร้า หรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าซ้ำ (Hsu et al., 2015)

2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

2.5.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

2.5.1.1 เพศ (Gender) การศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดเฮโรอีนพบว่า ความชุกในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Sordo et al., 2012) และ Wang et al., 2017 ที่ศึกษาผลของเพศและอายุต่อวิถีการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนพบว่า อาการซึมเศร้าในเพศหญิงลดลงเร็วกว่าและมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ

2.5.1.2 อายุ (Age) การศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้เสพติดเฮโรอีนที่อายุน้อยลดลงเร็วกว่าและมากกว่าผู้เสพติดอายุมาก (Wang et al., 2017)

2.5.1.3 ความรุนแรงในการเสพติด (Severity of drug dependence) มีการศึกษาพบว่า ความรุนแรงในการเสพติดในกลุ่มผู้เสพติดด้วยวิธีฉีด (ส่วนใหญ่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (Li et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารเฮโรอีนในประเทศจีนที่พบว่า ความรุนแรงในการเสพติดนับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ (Li et al., 2015)

2.5.1.4 ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน พบผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดเฮโรอีนของ Wang et al., 2017 ระบุว่าอาการซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 เดือนแรกของการรับการรักษาบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน หลังจากนั้นจะลดลง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Havard et al., 2006 พบว่าอาการซึมเศร้าลดลงร้อยละ 15 ในช่วง 12 เดือนที่รับเมทาโดนทดแทน และลดลงร้อยละ 30 ในช่วง 18 เดือนที่รับเมทาโดนทดแทน

2.5.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.5.2.1 ความหวัง (Hopefulness) ความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) นับเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพเฮโรอีนพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ หรือกล่าวได้ว่าความหวังเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดสารเฮโรอีน (Li et al., 2015)

2.5.2.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว (Emotional family support) การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นด้านหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งหมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ไว้วางใจ รู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งการได้รับจากครอบครัวนับว่าเป็นแหล่งที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างเป็นส่วนตัวสูง โดย Shrestha et al., 2014 พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) นับเป็นปัจจัยที่ป้องกันภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hiller, Syvertsen, Lozada, & Ojeda (2013) ที่พบผลลัพธ์ทางด้านลบ เมื่อหญิงขายบริการทางเพศที่เสพติดยาในรูปแบบฉีดซึ่งส่วนใหญ่เสพยาในกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrument support) เพียงอย่างเดียว โดยปราศจากการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้เสพติดสารเฮโรอีนที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า มีเพียงการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและนับว่าเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ (Li et al., 2015)

2.5.2.3 การตีตราตนเอง (Internalized stigma) นับว่าเป็นปัจจัยที่มีหลายการศึกษาสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดสารโอปิออยด์ การตีตราตนเองเป็นการนำความคิดด้านลบตามแบบแผนของคนส่วนใหญ่ในสังคม เข้าสู่การคิดและรู้สึกลบต่อตนเองจนเกิดเป็นความรู้สึกผิด คิดว่าตนเองด้อยคุณค่า (Smith et al., 2016) โดย Yang et al. (2019) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศอเมริกา ผลพบว่าการตีตราตนเองเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีด (ส่วนใหญ่เสพยาในกลุ่มโอปิออยด์) ประเทศเวียดนาม พบการตีตราตนเองเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้เสพยากลุ่มนี้เช่นเดียวกัน (Li et al., 2013) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในระดับของความสัมพันธ์ที่พบว่าการตีตราตนเองในกลุ่มผู้เสพยากลุ่มโอปิออยด์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (Akdağ et al., 2018; Bozinoff, Anderson, Bailey, & Stein, 2018; Hippel, Brener, & Horwitz, 2018)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยด้านจิตสังคม คือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) เนื่องด้วยเป็นปัจจัยที่มีค่าสูงรองจากความรุนแรงในการเสพติด (severity drug dependence) ที่ทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ และเป็นปัจจัยที่บ่งชี้พยาบาทสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถจัดกระทำได้

2.6 ผลกระทบของอาการซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลียของ Havard, Teesson, Darke, & Ross (2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดเฮโรอีนพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการก่ออาชญากรรม และพฤติกรรมการใช้เข็มร่วมกันของผู้เสพติด เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาในประเทศอเมริกาที่ทำการศึกษาผู้เสพติดด้วยวิธีฉีด (เสพติดเฮโรอีน ร้อยละ 92.6) พบว่าประชากรกลุ่มนี้มักต้องเผชิญกับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) และพบว่าประชากรกลุ่มนี้เมื่อมีอาการซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนเข็มเสพติด การเสพติดเกินขนาด การมีคู่นอนหลายคน การขายบริการทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Williams, Davey-Rothwell, Tobin, & Latkin, 2017)

จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากอาการซึมเศร้า เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่โรคร่วมทางกายในประชากรกลุ่มนี้ อันได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และเชื้อเฮซไอวี ดังที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อ “ภาวะโรคร่วมทางกายในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์” ดังนั้นการดูแลและจัดการอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มจึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.7 การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (พจนานา เปลี่ยนเกิด, 2557) พบข้อมูลดังนี้

2.7.1 Physical therapies เป็นการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant drug) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) ซึ่งการรักษาทั้งสองรูปแบบไปจัดกระทำกับสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม อันนำมาสู่การลดลงของอาการซึมเศร้า บทบาทของพยาบาล คือ การให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า แผนการรักษา รวมทั้งวิธีการจัดการกับผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้บทบาทของพยาบาล คือ การให้แรงเสริมทางบวก และการเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยเพื่อต่อสู้กับการรักษา นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการรักษาด้วยการจำกัดพฤติกรรมในกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง บทบาทของพยาบาล คือ การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมทำร้ายตนเอง การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของการจำกัดพฤติกรรม ใช้หลักการ

ผูกมัดด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง ปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยสงบลง พยาบาลควรพิจารณาแก้มัดทันที และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก โดยใช้เทคนิคการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด เป็นต้น

2.7.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เพื่อให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิดที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาล คือ การใช้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ดี ในการกระตุ้นในผู้ป่วยเข้ากิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เช่น การวาดภาพ เพื่อระบายความรู้สึก กลุ่มฝึกกระบวนการคิดและแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Therapy) กลุ่มฝึกทักษะความกล้าแสดงออก กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มอาชีพบำบัด ซึ่งกิจกรรมกลุ่มเหล่านี้มีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยกล้าคิด กล้าแสดงออก เข้าใจและยอมรับตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริม รวมทั้งให้คำแนะนำและเตือนสติ ไม่ให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายที่ยากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่งลงเนื่องจากทำไม่ได้ตามที่หวัง

2.7.3 Milieu Therapy เป็นการสร้างบรรยากาศจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการพยาบาล ลดพฤติกรรมแยกตัว นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การเก็บพับเสื้อผ้าผู้ป่วย การพับผ้าเช็ดมือ ซึ่งการได้เคลื่อนไหวจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นกับตนเองลดลง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนในบรรยากาศที่สงบ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม งดการพยาบาลที่ไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด

2.7.4 Family Therapy พยาบาลมีบทบาทในการแนะนำญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสนใจในคำพูดที่บ่งบอกถึงสัญญาณการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น “อยู่ไปก็ไม่มีความสุข” รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง เฉยชา ต่อกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ รวมทั้งพยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวสนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย โดยสร้างความตระหนักให้ครอบครัวทราบว่าตนเป็นหน่วยย่อยสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยแนะปัญหาจากมุมมองอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งหมั่นกล่าวคำชื่นชม การให้กำลังใจ รวมถึงการให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้าของสถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีพบว่า เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะถูกส่งไปพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา โดยบทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และ ความสำคัญของการรับประทานยา โดยพยาบาลเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่ม

โอปิออยด์มีอาการซึมเศร้า แต่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ดี พยาบาลมีบทบาทในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า เห็นได้ว่าการพยาบาลตามปกติในปัจจุบันยังไม่พบแนวทางสำหรับจัดการอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ แนวปฏิบัติโดยทั่วไปเป็นการพยาบาลที่แยกกันระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่มีปัญหาสารเสพติด สำหรับแนวทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการซึมเศร้าของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นแนวทางปฏิบัติโดยรวมไม่แยกชนิดของสารเสพติด อีกทั้งการบำบัดอาการซึมเศร้านอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว พบว่าไม่มีการบำบัดด้านจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยตรง มีเพียงการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการเลิกใช้สารเสพติดเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางเลือกใหม่ทางการพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต สำหรับการแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการติตราตนเอง

3.1 ความหมายของการติตราตนเอง

Corrigan and Watson (2002) อธิบายการติตราตนเอง คือ อคติหรือความเชื่อด้านลบที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง และผู้ป่วยเห็นด้วยกับความเชื่อนั้นที่ตนมีต่อตนเอง จนเกิดผลกระทบทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความรู้คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง (low self-efficacy) จนนำไปสู่พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเชื่อลบนั้น ๆ ได้แก่ ไม่สามารถทำงานได้ เป็นต้น

Corrigan, Kerr, & Knudsen (2005) ให้ความหมายการติตราตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลยอมรับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบจากสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เกิดความคิดคาดการณ์ว่าตนเองจะถูกสังคมปฏิเสธ มีการพิจารณาตนเองว่าเกี่ยวข้องกับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบนั้น และเชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลด้อยค่าในสังคมนี้

Luoma et al. (2007) การติตราตนเอง (Self-stigma) คือ ความคิดและความรู้สึกทางลบที่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรามีต่อตนเอง และส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมไปถึงการไม่หางานทำ เป็นต้น

Luoma et al. (2013) อธิบายการติตราตนเองประกอบไปด้วย การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่มที่ถูกสังคมตีตรา และเชื่อตามการมองแบบเหมารวมทางด้านลบของสังคม บุคคลจะกลัวต่อการถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกสังคมปฏิเสธ จนเกิดผลกระทบทางพฤติกรรม คือ

การหลีกเลี่ยงนี้ จนนำไปสู่การลดลงของความสามารถในการรับรู้คุณค่าการดำเนินชีวิต การตั้งเป้าหมายรวมไปถึงการดำเนินตามเป้าหมายต่าง ๆ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การตีตราตนเองในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ หมายถึง การที่ผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่มที่ถูกสังคมมองแบบเหมารวมในทางลบ พร้อมทั้งเห็นด้วยกับสิ่งที่ตนเองถูกกระทำในฐานะของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง เชื่อว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดการคาดการณ์ว่าตนเองจะถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ จึงป้องกันตนเองด้วยการหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกเจ็บปวดที่ตนเองคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ส่งผลให้การดำเนินตามเป้าหมายชีวิตของตนเองต้องหยุดชะงักลง

3.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดตราบาป (stigma) เป็นพื้นฐานของแนวคิดตีตราตนเอง (self-stigma) ดังนั้นการทำความเข้าใจแนวคิดตีตราตนเอง (self-stigma) ต้องเริ่มต้นจากการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดตราบาป (stigma) เป็นลำดับแรก (Omori, Mori, & White, 2014) ดังนี้

3.2.1 ตราบาป (Stigma)

แนวคิดตราบาป (stigma) ถูกนำไปศึกษาในหลากหลายบริบท มีความซับซ้อนของการให้คำจำกัดความ ประกอบกับเมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาแนวคิดตราบาปในบริบทของผู้ติดยาเสพติดพบว่ายังคงมีการศึกษาที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแนวคิดตราบาปในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ดังนั้นการทำความเข้าใจในแนวคิดและความหมายจึงต้องเริ่มจากการศึกษาธรรมชาติของแนวคิดนี้ในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต (Kulesza, Larimer et al. 2014)

3.2.1.1 Goffman (1963) ทำการศึกษาเพื่อเข้าใจแนวคิดตราบาป (stigma) ในเชิงสังคมวิทยาตั้งแต่อดีตกาล เริ่มต้นด้วยสมัยกรีก ตราบาป คือ สัญลักษณ์บนร่างกายที่แสดงถึงความชั่วร้ายทางศีลธรรม สัญลักษณ์ดังกล่าว ได้แก่ การตัดอวัยวะบางส่วน หรือการทำให้อวัยวะบางจุดเป็นรอยไหม้ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเป็นทาส อาชญากร หรือผู้ทรยศ โดยสัญลักษณ์ที่แสดงอยู่บนร่างกายของพวกเขาเหล่านั้น ทำให้พวกเขาถูกห้ามเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ และให้หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมในพื้นที่สาธารณะ ต่อมาในสมัยคริสตกาล ได้กล่าวถึงตราบาปใน 2 แง่มุม ได้แก่ 1. สัญลักษณ์บนร่างกายที่แสดงถึงความมั่งคั่งทางศาสนา 2. สัญลักษณ์ของผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดตราบาปที่ปรากฏขึ้นในอดีต Goffman ได้นำมาขยายความเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดนี้ โดยได้อธิบายถึงลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นจริงในสังคม (Actual social identity) กับลักษณะส่วนบุคคลที่สังคมกำหนดให้เป็น (Virtual social identity) คือ เมื่อมีบุคคลแปลกใหม่เข้ามาในสังคม บุคคลนั้นจะถูกตั้งลักษณะส่วนบุคคลตามที่สังคมกำหนดให้เป็น (Virtual social identity)

แต่เมื่อบุคคลนั้นได้แสดงลักษณะส่วนบุคคลที่แท้จริงของตนเองออกมา (Actual social identity) และคุณลักษณะดังกล่าวนั้นแตกต่างไปจากสิ่งที่สังคมกำหนด บุคคลนั้น ๆ จะไม่เป็นที่ชื่นชอบ ยิ่งไปกว่านั้นอาจถูกมองว่าเลว อ่อนแอ หรืออันตรายต่อสังคมส่วนใหญ่ จากที่กล่าวข้างต้น ทราบาบ (stigma) นับเป็นความสัมพันธ์พิเศษระหว่างคุณลักษณะที่ได้รับพิจารณาว่าเป็นคุณลักษณะโดยปกติของบุคคลนั้น ๆ (Attribute) กับคุณลักษณะที่สังคมเหมารวมว่าเป็นคุณลักษณะของบุคคลนั้น (stereotype) Goffman จึงได้สรุปความหมายของ ทราบาบ (stigma) ว่า “คุณลักษณะของการทำให้เสียหายหรือเสียชื่อเสียงในระดับลึก ซึ่งผลของความเสียหายจะแสดงให้เห็นในรูปแบบของความสัมพันธ์” และได้แบ่งทราบาบออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ทราบาบอันเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความพิการ
2. ทราบาบอันเกิดจากชาติพันธุ์ ศาสนา
3. ทราบาบอันเกิดจากคุณลักษณะที่แสดงถึงความอ่อนแอ ไม่น่าไว้วางใจ ผิดไป

จากธรรมชาติ ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติทางจิต ติดสุราและสารเสพติด เป็นบุคคลต้องโทษ จำคุก มีความเป็ยงเบนทางเพศ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมรุนแรงทางการเมือง รวมไปถึงการเป็นบุคคลว่างงาน เป็นต้น

3.2.1.2 Link and Phelan (2001) จากการศึกษาของ Goffman (1963) ที่ได้ทำการระบุว่า “ทราบาบ (stigma) คือ ความสัมพันธ์พิเศษระหว่างคุณลักษณะที่ได้รับพิจารณาว่าเป็นคุณลักษณะโดยปกติของบุคคลนั้น ๆ (Attribute) กับคุณลักษณะที่สังคมเหมารวมว่าเป็นคุณลักษณะของบุคคลนั้น (stereotype)” Link and Phelan ได้มาศึกษาแนวคิดทราบาบต่อ เพื่อที่จะอธิบายรายละเอียดของความสัมพันธ์พิเศษที่ Goffman ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่ง Link and Phelan ได้อธิบายว่า ทราบาบจะเกิดขึ้นเมื่อองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบต่อไปนี้มาบรรจบกัน ได้แก่

1. สังคมจะมีการจำแนกและตีตรา (label) บุคคลที่มีความแตกต่าง
2. ความแตกต่างที่ทำให้บุคคลถูกตีตรา (label) มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเชื่อทางด้านลบของสังคม ส่งผลให้บุคคลถูกมองแบบเหมารวมทางด้านลบ (negative stereotypes)
3. เกิดพฤติกรรมทางสังคมที่เรียกว่า “การแบ่งเขาแบ่งเรา”
4. บุคคลที่ถูกตีตราได้รับประสบการณ์ที่ตนเองถูกเลือกปฏิบัติ

(discrimination) การสูญเสียสถานะ (status loss) นำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านลบจากความรู้สึกไม่เท่าเทียม

โดยสรุป ทราบาบ (stigma) ตามแนวคิดของ Link and Phelan คือ “ทราบาบที่ประกอบไปด้วย การตีตรา (labelling) การมองแบบเหมารวม (stereotyping) การแบ่งแยก

(separation) การเลือกปฏิบัติ (discrimination) และการสูญเสียสถานะ (status loss) ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดมีการเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น ๆ”

3.2.1.3 Corrigan and Watson (2002 a, b) ศึกษาแนวคิดตราบาป (stigma) ในมุมมองของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยพยายามอธิบายแนวคิดด้านจิตสังคมกับสุขภาพจิต เพื่อขยายความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดการตีตราตนเอง (internalized stigma) กับปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม Corrigan and Watson พบว่า ผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ซึ่งรวมไปถึงผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด มักถูกเข้าใจผิดจากสังคม ซึ่งความเข้าใจผิดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติของการตีตรา ลักษณะความเข้าใจผิดที่พบ ได้แก่ 1. Fear and Exclusion คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีความน่ากลัว ควรแยกพวกเขาให้ออกไปจากสังคม 2. Authoritarianism คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมักขาดความรับผิดชอบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ผู้อื่นตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแทน และ 3. Benevolence คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีลักษณะคล้ายเด็ก มีความต้องการการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งความเข้าใจในผิดดังกล่าวข้างต้นพบในผู้ป่วยทางสุขภาพจิต รวมไปถึงผู้ใช้สารเสพติด มากกว่าผู้ป่วยทางด้านสุขภาพกาย โดย Corrigan and Watson ได้อธิบายผลกระทบของตราบาปไว้ 2 มุมมอง ดังนี้ 1. การตีตราจากสังคม (public stigma) คือ ปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางสุขภาพจิต 2. การตีตราตนเอง (internalized stigma) คือ อคติ (prejudice) ที่ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีต่อตนเอง ซึ่งผลกระทบของตราบาปจากทั้งสองมุมมองอธิบายได้ด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมองแบบเหมารวม (stereotype) อคติ (prejudice) และ การเลือกปฏิบัติ (discrimination) ดังนี้

1. การตีตราจากสังคม (public stigma)

- การมองแบบเหมารวม (stereotype) คือ ความเชื่อด้านลบที่มีต่อกลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง

- อคติ (prejudice) คือ การเห็นด้วยกับความเชื่อด้านลบที่มีต่อกลุ่มคนนั้น ๆ นำไปสู่ผลกระทบทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว

- การเลือกปฏิบัติ (discrimination) คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออคติที่มีต่อคนกลุ่มนั้น ได้แก่ การหลีกเลียง ไม่จ้างงานหรือไม่อยู่อาศัยร่วมด้วยและไม่ให้ความช่วยเหลือ

2. การตีตราตนเอง (internalized stigma)

- การมองแบบเหมารวม (stereotype) คือ ความเชื่อด้านลบที่บุคคลมีต่อตนเอง

- อคติ (prejudice) คือ การเห็นด้วยกับความเชื่อด้านลบที่ตนมีต่อตนเอง เกิดผลกระทบด้านลบทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง (low self-efficacy)

- การเลือกปฏิบัติ (discrimination) คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออคติที่มีต่อตนเอง ได้แก่ ไม่สามารถไปทำงานได้ เป็นต้น

3.2.2 การตีตราตนเอง (Internalized stigma)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดตราบาป (stigma) พบว่า ตราบาปถูกอธิบายอย่างลึกซึ้งมากขึ้น ทั้งในบริบทของประเภทตราบาป ระดับของตราบาป รวมถึงความเกี่ยวข้องกันของตราบาปแต่ละประเภท ซึ่ง “การตีตราตนเอง” เป็นองค์ประกอบที่ถูกกล่าวถึงในแต่ละบริบทของตราบาปไว้ดังนี้

3.2.2.1 Corrigan, Kerr et al. (2005) อธิบายระดับของการตราบาป ไว้ 3 ดับ ดังนี้

1. การตีตราจากสังคม (social stigma, public stigma, enacted stigma) คือ ปรากฏการณ์ที่กลุ่มคนส่วนใหญ่ในสังคมมีการมองแบบเหมารวมในทางลบต่อกลุ่มที่ถูกตีตรา และแสดงอาการต่อต้านกลุ่มดังกล่าว

2. การตีตราเชิงโครงสร้าง (structural stigma, institution stigma) คือ กฎนโยบาย หรือวิถีปฏิบัติของหน่วยงานที่มีอำนาจในลักษณะที่จำกัดสิทธิของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต

3. การตีตราตนเอง (internalized stigma, self-stigma) คือ กระบวนการที่บุคคลยอมรับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบจากสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เกิดความคาดการณ์ว่าตนเองจะถูกสังคมปฏิเสธ มีการพิจารณาตนเองว่าเกี่ยวข้องกับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบนั้น และเชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลด้อยค่าในสังคมนี้

3.2.2.2 Corrigan and Rao (2012) ได้อธิบายกระบวนการตีตราตนเอง คือ อธิบายเชื่อมโยงระหว่าง การตีตราจากสังคมนำไปสู่การตีตราตนเอง ในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต มีกระบวนการดังนี้

1. Awareness คือ สังคมมีความเชื่อว่าผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเป็นผู้อ่อนแอ

2. Agreement คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเห็นด้วยกับความเชื่อของสังคมว่าผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเป็นผู้อ่อนแอ

3. Application คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตนำความเชื่อดังกล่าวมาใช้กับตนเอง “ฉันเป็นผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ดังนั้นฉันอ่อนแอ”

4. Harm คือ ผลกระทบจากการนำความเชื่อดังกล่าวมาใช้กับตนเอง เกิดเป็นภาวะ “why try effect”

3.2.2.3 Luoma et al. (2007) เริ่มทำการศึกษาผลของตราบาปในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด โดยได้แบ่งตราบาปออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ประสบการณ์การถูกตีตรา (Enacted stigma) คือ ประสบการณ์ที่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกปฏิเสธ

2. การรับรู้การถูกตีตรา (Perceived stigma) คือ บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรารับรู้ทัศนคติที่สังคมมีต่อกลุ่มของตนเอง

3. การตีตราตนเอง (Self-stigma) คือ ความคิดและความรู้สึกทางลบที่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตราที่มีต่อตนเอง และส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมไปถึงการไม่ทำงานทำ

ทั้งนี้ Luoma ยังทำการศึกษาต่อ เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการตีตราตนเองในผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะ ซึ่งการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือฉบับนี้ได้รายงานผลว่าการตีตราตนเองในผู้ติดสารเสพติดประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ Self-devaluation คือ บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรา และมีการประยุกต์ต่อคติการมองแบบเหมารวมทางด้านลบจากสังคมเข้าสู่ตนเอง ส่งผลให้ลดคุณค่าของตนเองลง Fear of Enacted Stigma คือ ความกลัวต่อการถูกเลือกปฏิบัติ หรือถูกปฏิเสธ Stigma Avoidance คือ ผลกระทบทางพฤติกรรม นั่นคือ การหลีกเลี่ยง ซึ่งมีสาเหตุมาจากสององค์ประกอบแรก และ Values Disengagement คือ ผลกระทบทางพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้น จะส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการตั้งเป้าหมายและดำเนินการตามเป้าหมายนั้น (Luoma, Nobles et al. 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการตีตราตนเองจะเห็นได้ว่า การตีตราตนเองเป็นผลกระทบส่วนหนึ่งของตราบาป โดยเฉพาะตราบาปอันเกิดจากการที่ถูกสังคมตีตรา ซึ่งผู้ติดสารเสพติดนับเป็นคุณลักษณะที่ผิดแปลกและไม่ตรงตามค่านิยมของสังคมส่วนใหญ่ มีการศึกษาระบุว่าผู้ช่วยติดสารเสพติดถูกตีตราและแบ่งแยกจากสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภท (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000) ประกอบกับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ที่มีรูปแบบการเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและการเสพติดแบบฉีดที่ขัดต่อแบบแผนของสังคม ประชากรกลุ่มนี้จึงถูกตีตราจากสังคม ถูกปฏิเสธหรือเลือกปฏิบัติ (Ahern, Stuber, & Galea, 2007) ซึ่งส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดการตีตราตนเองสูง อันจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ดังรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

3.3 กระบวนการจัดการการตีตราตนเอง

ผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ต้องเผชิญผลกระทบจากการตีตราตนเอง คือ อาการซึมเศร้า (Li et al., 2013; Yang et al., 2019) ซึ่งมีการศึกษาระบุว่าการตีตราตนเองทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเนื่องด้วยการไปลดความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (psychological flexibility) (Krafft et al., 2017; Masuda et al., 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) สามารถจัดการปัญหาอาการซึมเศร้าได้ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาผ่านการจัดการการตีตราตนเอง โดยใช้การยอมรับ การแยกความคิด รวมไปถึงการมีสติอยู่กับปัจจุบัน (Hayes et al., 2006)

กลยุทธ์การยอมรับและสติ (Acceptance and mindfulness) แสดงให้เห็นวิธีการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงออก (Hayes et al. 2004) โดยหนึ่งในการบำบัดที่สำคัญของกลยุทธ์นี้คือ การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ที่ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้พิจารณาความคิดที่ตราตนเองอย่างมีสติและรู้สึกถึงความรู้สึกของตนเองอย่างเปิดใจมากกว่าการพยายามเปลี่ยนแปลงความคิดหรือความรู้สึกนั้น จากนั้นเป็นการมุ่งเน้นที่การกระทำตามค่านิยมในชีวิตของตนเอง โดยเป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Hayes et al., 2006) โดยกระบวนการประกอบไปด้วย Acceptance techniques ที่จะกระตุ้นให้บุคคลได้เผชิญกับประสบการณ์ความเจ็บปวด ความคิด ความรู้สึกที่ตราตนเองได้อย่างเต็มที่ ในขณะที่ลดความคิดอัตโนมัติของพวกเราที่สัมพันธ์กับการแสดงออกของการกระทำ Cognitive defusion techniques เป็นการหลอมละลายความคิดที่ตราตนเองที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงด้วยการช่วย “ลบ” เนื้อหาของความคิด เพื่อมุ่งเน้นกระบวนการคิดและความสามารถในการทำงานของพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับความคิด มากกว่าการหลอมรวมความคิดกับประสบการณ์ที่ผ่านมา และ Mindfulness exercises and metaphors เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดปัจจุบัน (Hayes et al. 1999) และสนับสนุนให้สำรวจเป้าหมายและค่านิยมในชีวิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการบำบัดด้วย ACT สามารถคงการลดลงของการตีตราทางสุขภาพจิตไปได้ในระยะติดตามผล 1 เดือน (Masuda et al., 2009)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีเป้าหมายจัดการการตีตราตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหอาการซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ตั้งสมมติฐานว่าการตีตราตนเองลดลงจะทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ประกอบกับงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วย ACT ระบุว่า สามารถคงการลดลงของการตีตราทางสุขภาพจิตไปได้ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยจึงออกแบบการศึกษาครั้งนี้ในรูปแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ โดยติดตามผลในระยะ 1 เดือน

3.4 การประเมินการตีตราตนเอง

การศึกษารายละเอียดแต่ละประเภทเริ่มมีในบริบทของผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งเครื่องมือที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งการปรับจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตราบาปของผู้ป่วยทางจิต และการพัฒนาเครื่องมือประเมินขึ้นมาใหม่สำหรับใช้กับผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะ สามารถแบ่งแบบประเมินตราบาปในผู้ติดสารเสพติดออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ แบบประเมินตราบาปทางสังคม (public stigma) แบบประเมินการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) และแบบประเมินการตีตราตนเอง (self-stigma) (สินีนุชนันท์สูงเนิน, 2559) โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเฉพาะแบบประเมินการตีตราตนเองที่ใช้ในผู้ติดสารเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 Internalized Shame Scale (30 items) พัฒนาโดย Cook (1987) ซึ่งมีจุดประสงค์ในการประเมิน shame หรือ internalized shame มากกว่าการประเมินผลกระทบ เริ่มแรกเครื่องมือมี 90 ข้อคำถาม และได้พัฒนาต่อเนื่องในปี 1994 และ 2001 ซึ่งล่าสุดเครื่องมือประกอบไป

ด้วย 30 ข้อคำถามซึ่งสร้างขึ้นจากกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทั้งชายและหญิง โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความภูมิใจแห่งตน (self-esteem) 6 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับ internalized shame 24 ข้อ แต่ละข้อสามารถเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวเลย จนถึง 4 หมายถึง มีประสบการณ์ดังกล่าวสม่ำเสมอ การทดสอบคุณสมบัติเครื่องมือพบว่าค่าความเที่ยงภายในและภายนอกสูง

3.4.2 Internalized Stigma of Substance Abuse (29 items) เครื่องมือนี้ถูกปรับมาจากเครื่องมือ Internalized stigma of mental illness (Boyd, Otilingam, & Grajales, 2003) ซึ่งเดิมถูกพัฒนาขึ้นสำหรับการประเมินประสบการณ์การถูกตีตรา (enacted stigma) และการตีตราตนเอง (internalized stigma) ในผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยเครื่องมือมีทั้งหมด 29 ข้อคำถามประกอบไปด้วย Alienation 6 ข้อ Stereotype endorsement 7 ข้อ Discrimination experience 5 ข้อ Social withdrawal 6 ข้อ และ Stigma resistance 5 ข้อ แบ่งคะแนนรายข้อเป็น 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก สำหรับคุณสมบัติของเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 127 คน พบค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) และค่าความเที่ยงโดยวิธี test-retest ในระดับสูง และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) พบว่าเครื่องมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับตราบาป (stigma beliefs) และอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) และพบความสัมพันธ์ทางลบกับความภูมิใจในแห่งตน (self-esteem) การสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และ recovery orientation สำหรับการปรับมาเป็นเครื่องมือ Internalized Stigma of Substance Abuse พบว่าจุดเด่นของเครื่องมือ คือ มีค่าความเที่ยงภายในสูง (high α) สามารถประเมินได้ทั้งการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) และการตีตราตนเอง (internalized stigma) สำหรับจุดด้อย คือ เครื่องมือไม่ได้พัฒนามาสำหรับผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ เป็นเพียงการปรับคำพูดในข้อคำถาม และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติของเครื่องมือที่ชัดเจน

3.4.3 Substance Abuse Self- Stigma Scale (40 items) พัฒนาโดย Luoma et al. (2013) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำหรับประเมินระดับการตีตราตนเองในผู้ติดสารเสพติด ทั้งในแบบพึ่งพา แบบเสพติด รวมไปถึงผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด สาเหตุมาจากผู้วิจัยประสบปัญหาในการขาดแคลนเครื่องมือวัดระดับการตีตราตนเองสำหรับผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ ซึ่งเครื่องมือชิ้นนี้ถูกสร้างโดยใช้ทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory) เป็นพื้นฐานในการพัฒนา และได้ผ่านการทดสอบเบื้องต้น (Conduct preliminary item try outs) และทดสอบกับกลุ่มประชากร (Perform field test) ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ เครื่องมือประกอบไปด้วย 4 รายด้าน ได้แก่ การลดคุณค่าตนเอง (self-devaluation) 8 ข้อคำถาม ความกลัวต่อประสบการณ์การถูกตีตรา/ความกลัวต่อการถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกปฏิเสธ (fear of enacted stigma) 9 ข้อคำถาม พฤติกรรมหลัก

หนีการถูกตีตรา (stigma avoidance) 13 ข้อคำถาม และ ความสามารถในการบรรลุปเป้าหมายชีวิต (values disengagement) 10 ข้อคำถาม เครื่องมือผ่านการวิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมความอยากยาในระหว่างการเข้ารับการรักษามีการตีตราตนเองสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ และผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงภายในโดยรวมทั้งฉบับพบว่า มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ในระดับดีมาก ($\alpha = .86$)

3.4.4 Brief opioid stigma scale (12 items) ของ Yang et al. (2019) พัฒนาขึ้นสำหรับ ประเมินการรับรู้การตีตราตนเอง (Perceived stigma) และการตีตราตนเอง (Internalized stigma) ในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะ เครื่องมือพัฒนาโดยใช้ฐานแนวคิดของ Corrigan ที่อธิบายการตีตราจากสังคม (Social stigma) นำไปสู่การตีตราตนเอง แบ่งออกเป็น 3 รายการ ได้แก่ รายการ aware ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม เหมาะสำหรับการประเมินการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) รายการ agree และรายการ harm ประกอบด้วย ด้านละ 4 ข้อคำถาม รวม 8 ข้อคำถาม ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำหรับการประเมินการตีตราตนเอง (internalized stigma) โดยเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 378 ราย พบมีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha reliability แต่ละรายการเท่ากับ .72, .68 และ .70 ตามลำดับ เครื่องมือนี้ไม่มีจุดตัด ดังนั้นค่าคะแนนที่มาก จึงหมายถึงมีการตีตราตนเองสูง

โดยในการศึกษานี้ นำเครื่องมือ Brief opioid stigma scale ของ Yang et al. (2019) ใน รายการ agree และรายการ harm รวม 8 ข้อคำถามมาใช้ ซึ่งครอบคลุมการประเมินตัวแปรการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ตามคำจำกัดความ “การตีตราตนเอง” ของการศึกษาในครั้งนี้และเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะ

4. แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

4.1 ความหมายของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

Hayes, Luoma, Bond, Masuda, and Lillis (2006) อธิบายว่า การยอมรับและพันธะสัญญา เป็นหนึ่งในทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่ใช้กลยุทธ์ของการยอมรับ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น การมีสติอยู่กับปัจจุบัน และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา โดยมีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory: RTF) และหลักการปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ (Functional contextualism)

จุฑามาศ แหนจอน (2561) อธิบายการยอมรับและพันธะสัญญา หมายถึง กระบวนการทางจิตวิทยาแนวใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดของปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ และทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ ร่วมกับการบูรณาการการยอมรับ การอยู่กับปัจจุบัน พันธะสัญญา และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมาย คือ การมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นความสามารถใน

การอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ และรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในการคงไว้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับค่านิยมที่เลือกสรร

ธีรนาถ บุญญาธิการ (2561) อธิบายถึงการยอมรับและพันธะสัญญาว่า เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคม เป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ เป็นการบูรณาการการยอมรับ การรู้สึกตัวอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมีสติ เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นเป้าหมายชีวิต

สรุปว่า การยอมรับและพันธะสัญญา หมายถึง กระบวนการบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ของการยอมรับ การอยู่กับปัจจุบัน และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคล

4.2 กระบวนการพัฒนาการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา นับว่าเป็นทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ หรือเรียกว่าพฤติกรรมนิยมยุคที่ 3 เป็นการพัฒนาขั้นล่าสุดในกลุ่มของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยเป็นการผสมผสานร่วมกับหลักการยอมรับ (Acceptance) และสติ (Mindfulness) ประกอบไปด้วย 4 ทฤษฎีสำคัญ ดังนี้ (จุฬามาศ แหนจอน, 2561)

1. การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT)
2. การจัดการความเครียดด้วยสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)
3. การปรับการรู้คิดด้วยสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)
4. การยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT)

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Hayes, Strosahl and Wilson (1999) ความเชื่อของแนวคิดนี้ คือ บุคคลมักพยายามหลีกเลี่ยง ก้าวจัดประสบการณ์หรือความรู้เชิงลบภายในจิตใจ แม้ว่าการหลีกเลี่ยงที่กระทำนั้นจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด รวมถึงการแยกตนเองออกจากสังคม เป็นต้น ACT ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงด้วยการนำรากฐานเชิงทฤษฎีและปรัชญาเข้ามาประยุกต์ ได้แก่ ทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory) และปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ (Functional contextualism) ซึ่งอธิบายดังนี้

4.2.1 ทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory: RFT) หลักการของทฤษฎี RTF สรุปได้ดังนี้ (Ciarrochi et al., 2007 อ้างถึงใน จุฬามาศ แหนจอน, 2561)

หลักการที่ 1 ภาษาเปลี่ยนประสบการณ์ ได้อธิบายว่า โดยทั่วไปแล้วภาษามีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์มนุษย์ 2 ทิศทางด้วยกัน คือ 1. การบอกสภาพความเป็นจริง และ 2. การบอกเป็นนัยของคุณลักษณะทางจิตวิทยาบางประการ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อกล่าวคำว่า “ซานมไข่มุก”

บางคนจะนึกถึงภาพของแก้วพลาสติกพร้อมหลอดที่มีน้ำชาและไข่มุกสีดำบรรจุอยู่ บางคนกลับนึกถึงรสชาติหวานหอม ความรู้สึกนุ่มหนึบของเมื่อดื่มไข่มุก หรือบางคนกลับนึกถึงน้ำตาล แคลอรี ความอ้วน เป็นต้น จากตัวอย่างสรุปได้ว่า ภาษาไม่เพียงแต่บอกลักษณะของสิ่ง ๆ นั้น แต่ภาษาสามารถเป็นตัวเหนี่ยวนำประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับสิ่ง ๆ นั้นมาด้วย โดยประสบการณ์เป็นไปได้ทั้งทางด้านบวก ด้านลบ รวมไปถึงประสบการณ์ที่ยังมาไม่ถึง ซึ่ง RFT ให้คำจำกัดความว่า “กรอบความสัมพันธ์”

หลักการที่ 2 กระบวนการทางภาษามีความโดดเด่น เนื่องด้วยภาษามีข้อจำกัดที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลได้รับการสอนว่า A ใหญ่กว่า C และ B เล็กกว่า C ผลที่ตามมาคือ บุคคลจะเกิดการเชื่อมโยงด้วยตนเองทันทีว่า 1. A ต้องใหญ่กว่า B และ 2. B ต้องเล็กกว่า A ซึ่งเป็นการถ่ายทอดแบบผสมผสาน แต่ตามจริงแล้วสามารถเกิดการถ่ายทอดแบบเท่าเทียมได้ด้วย คือ 3. A เล็กกว่า C และ 4. B ใหญ่กว่า C จากตัวอย่างจึงสรุปได้ว่ารูปแบบของความสัมพันธ์สามารถเกิดขึ้นได้ 4 รูปแบบ แต่บุคคลกลับเรียนรู้ได้เพียง 2 รูปแบบ จุดบอดที่เกิดขึ้นจึงเป็นช่องทางให้บุคคลสามารถเติมแต่งความคิดตามความเชื่อ และประสบการณ์ของตนเองเข้าไปแทนที่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ผลกระทบที่ตามมาจึงเป็นการบิดเบือนความจริง

หลักการที่ 3 ภาษาทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงมากขึ้น RFT อธิบายว่า ภาษาสามารถกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดได้ แต่ตามจริงแล้วสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่ใช่ “ภาษา” แต่เป็น “กระบวนการเรียนรู้ของบุคคล” ที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความทุกข์จากภาษา เนื่องจากภาษาสามารถกระตุ้นให้เกิดสถานการณ์ตามความเป็นจริง หรือเกิดจินตนาการด้านลบได้ ประกอบกับธรรมชาติของมนุษย์ คือ การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด รวมไปถึงความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ดังนั้นภาษาจึงสามารถทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงมากขึ้นได้

หลักการที่ 4 ภาษาถูกควบคุมโดยบริบท บริบท หมายถึง เหตุผลที่บุคคลนำมากล่าวอ้างเพื่อเป็นสาเหตุให้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ดื่มน้ำทุกครั้งที่เคยดื่ม เพราะทำให้ลืมปัญหาได้ ซึ่งโดยทั่วไปบริบทมักถูกนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับภาษา ร่วมกับแรงเสริมทางสังคม ดังนั้น RFT จึงใช้หลักการในข้อนี้เพื่อลดอำนาจของภาษาที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ และประสบการณ์การหลีกเลี่ยง

4.2.2 ปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ (Functional contextualism) ACT ได้นำมาปรับใช้ตามองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561)

4.2.2.1 การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทั้งหมด ด้วยความเชื่อว่าการทำงานของมนุษย์เป็นการร่วมกันของสมอง กาย และจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถแยกวิเคราะห์เป็นส่วน ๆ ได้ ACT ได้นำความเชื่อดังกล่าวไปปรับใช้ คือ กระบวนการบำบัดของ ACT จะให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ทั้งหมด พิจารณาบริบทที่เป็นความจริง หรือบริบทที่นำไปใช้แล้วได้ผล

4.2.2.2 ความไวต่อบทบาทของบริบท หรือเรียกว่า “ความไวในการเข้าใจธรรมชาติ และหน้าที่ของเหตุการณ์” ได้แก่ เงื่อนไขสภาพแวดล้อม การเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น โดย ACT ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นให้ผู้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อบริบททางสังคม บริบททางคำพูด แทนการใส่ใจรูปแบบ หรือเนื้อหาของพฤติกรรมทางคลินิกของบุคคลนั้น ๆ

4.2.2.3 ยึดหลักเกณฑ์ความจริงเชิงปฏิบัตินิยม ความจริง คือ สิ่งที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยความจริงเชิงปฏิบัตินิยม คือ การทำงานสำเร็จ การวิเคราะห์พฤติกรรมใด ๆ จะเป็นความจริงต่อเมื่อพิจารณาบางเป้าหมายเท่านั้น ดังนั้นความจริงจึงเป็นได้ทั้งเฉพาะบุคคลและเชิงปฏิบัติ และเพราะมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ดังนั้นความจริงย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จึงไม่มีเงื่อนไขใดถูกสร้างขึ้นเพื่อประเมินเป้าหมายต่าง ๆ ดังที่กล่าวข้างต้น

4.3 กระบวนการของ ACT (Six core process of ACT) จากพื้นฐานทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ ร่วมกับแนวคิดบริบทนิยมเชิงหน้าที่ ACT ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นทฤษฎีที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (psychological flexibility) คือ ความสามารถในการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ รับรู้ตามความเป็นจริง และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามค่านิยมที่แท้จริงในแต่ละบุคคล โดย ACT ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้ (Hayes et al., 2006)

4.3.1 การยอมรับ (Acceptance)

การยอมรับ คือ ทางเลือกหนึ่งของการยุติประสบการณ์การหลีกเลี่ยง (Experience avoidance) ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการเปิดรับการสัมผัสกับทุกประสบการณ์และความรู้สึกภายในทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยไม่พยายามควบคุมเปลี่ยนแปลง หรือรอคอยให้บางสิ่งเปลี่ยนแปลง การยอมรับจะช่วยให้บุคคลอยู่กับปัจจุบัน รู้เท่าทันความคิด ความรู้สึก อันจะส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ สามารถค้นหาค่านิยมที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง และนำไปสู่ทางเลือกที่จะปฏิบัติตามค่านิยมเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.2 การแยกความคิด (Cognitive defusion)

ACT ใช้วิธีการลดอิทธิพลของภาษามาใช้ในการแยกความคิด โดยการแยกความคิดมีเป้าหมาย คือ การจัดการหลอมรวมความคิดของบุคคลกับภาษา เพื่อให้บุคคลตระหนักว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ไม่ใช่ลักษณะของภาษาตามความเป็นจริง เช่น ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีผิดอาจมีความคิดตีตราตนเองว่า “ฉันทเป็นคนเลว” ตามแบบแผนของสังคมที่เชื่อตามกันมาและมักกล่าวหาว่า “คนติดยาเป็นคนเลว” การแยกความคิดจะทำให้ผู้เสพติดได้เห็นว่าคำพูดว่า “คนติดยาเป็นคนเลว” เป็นภาษาที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด ไม่ใช่ลักษณะตามความเป็นจริงของภาษา เช่น ถ้าได้ยินสังคมกล่าวถึงผู้ติดยาว่า “Drogenabhängige sind schlechte Menschen” ผู้ติดยาจะไม่เกิดความเชื่อตามคำพูดดังกล่าว อันนำไปสู่การตีตราตนเอง ทั้ง ๆ ที่ความหมายของประโยคนี้คือ “คนติดยาเป็นคนเลว” เช่นเดียวกัน เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจภาษาดังกล่าว ดังนั้นกระบวนการ

แยกความคิดของ ACT จึงเป็นการกระตุ้นให้บุคคลได้พิจารณา ฝึามองความคิดตนเองตามความเป็นจริง โดยไม่วิเคราะห์ ตรวจสอบ หรือพยายามเปลี่ยนแปลงความคิดใด ๆ

4.3.3 การอยู่กับปัจจุบัน (Being present)

เป็นการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน ด้วยการเฝ้าดู ติดตาม สังเกตการรับรู้ต่อความคิด ความรู้สึก ประสบสัมผัส รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ณ ช่วงเวลานั้น ซึ่งการอยู่กับปัจจุบันนับเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสร้างโครงสร้างทางความคิดใหม่ เพื่อเปิดโอกาสให้ตนเองได้สัมผัสกับทุกประสบการณ์ภายใน ด้วยการมองดูและรับรู้ตามความเป็นไปที่เกิดขึ้น โดย ACT มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการติดตาม สังเกต และเผชิญกับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แทนการฝังตนเองไว้กับอดีต หรือการกังวลไปกับอนาคต โดยการยอมรับและการแยกความคิด นับว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้รู้จักกับการอยู่กับปัจจุบันด้วยเช่นกัน

4.3.4 การรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context)

เรียกอีกชื่อได้ว่า “ตัวตนตามบริบท” หมายถึง การเห็น การรู้เท่าทันต่อสิ่งต่างที่เกิดขึ้น เห็นว่าตนเองกำลังมีความคิดในเรื่องใดหรือสถานการณ์ใด โดยนัก ACT ได้แบ่งตัวตนออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวตนตามมโนคติ (Self as conceptualized) คือ ตัวตนในแบบที่บุคคลคิดและระบุว่าตนเองเป็น 2) ตัวตนในแบบยึดมั่น (Self as content) คือ ตัวตนที่บุคคลปรารถนาจะเป็น และ 3) ตัวตนตามบริบท (Self as context) โดย ACT มุ่งเน้นให้บุคคลสัมผัสถึงตัวตนตามบริบทเพื่อวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) ลดการยึดมั่นในตัวตนตามมโนคติ ด้วยการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง จากการที่บุคคลตระหนักได้ว่าตนเองเป็นผู้สังเกต และรับรู้ว่าตนเองคือผู้ที่กำลังสัมผัสเหตุการณ์นั้น ๆ อยู่ ณ ปัจจุบัน 2) การรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่การสร้างบริบทของการยอมรับและการแยกความคิด และ 3) เกิดการเพิ่มการสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา

4.3.5 การระบุค่านิยม (Values)

ACT ให้ความหมายคำว่า “ค่านิยม” คือ ลักษณะทางภาษาที่มีโครงสร้างบอกความปรารถนาจากส่วนลึก มีความเป็นสากล และระบุทิศทางของชีวิตที่ได้เลือกสรร หรือกล่าวได้ว่าค่านิยม คือ ความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของบุคคลนั้น ๆ โดย ACT ให้ความสำคัญกับการกำหนดค่านิยมที่ชัดเจนในแต่ละบุคคล เนื่องด้วยค่านิยมจะช่วยในการกำหนดทิศทางของชีวิต สร้างแรงจูงใจและการตอบสนองที่ยืดหยุ่น กำหนดพฤติกรรมที่คงเส้นคงวา กำหนดเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติได้จริง

4.3.6 การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)

นับว่าเป็นกระบวนการสำหรับการสร้างขั้นตอนในการปฏิบัติตามพันธะสัญญา ซึ่งคือค่านิยมที่แต่ละบุคคลได้ระบุเอาไว้ ด้วยการวางเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งการคาดการณ์

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งการระบุวิธีการก้าวผ่านอุปสรรคนั้น ๆ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในปัญหาเดิมที่บุคคลต้องการข้ามผ่านหรือแก้ไข

5. แนวคิดกลุ่มบำบัด

5.1 ความหมายของกลุ่มบำบัด

Yalom (1995) ให้ความหมายของกลุ่มบำบัดไว้ว่า เป็นรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม โดยจะมีการดำเนินการที่เน้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และก่อให้เกิดปัจจัยในการบำบัด มีจุดประสงค์เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ให้ความหมายของกลุ่มบำบัดไว้ว่า เป็นวิธีการบำบัดรักษารูปแบบหนึ่ง โดยมีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปภายในกลุ่ม มาร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งกลุ่มบุคคลนั้นจะต้องมีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ หรือปัญหาทางด้านพฤติกรรม สภาพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า กลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คนขึ้นไป เพื่อก่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด อันนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินกลุ่มบำบัด

5.2.1 พัฒนาการของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดยาลอม

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของยาลอม จะมีการให้ความสำคัญกับการใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยใช้ประสบการณ์กลุ่มเป็นเครื่องมือให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจกลุ่ม ยอมรับกันและกัน และเกิดปัจจัยบำบัดที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ โดยแบ่งพัฒนาการกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Yalom, 1995)

5.2.1.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating Phase) ระยะสร้างสัมพันธภาพนี้เป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินการกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องสร้างให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นมิตร ผ่อนคลาย และรับทราบถึงวิธีการ รูปแบบและประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน

5.2.1.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้มีการระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นของตนเอง พูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความผูกพัน มองเห็นคุณค่าของตนเองและของสมาชิกในกลุ่ม เน้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่ตนนั้น ๆ ให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

5.2.1.3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal Phase) เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม มีความร่วมมือ ช่วยเหลือประคับประคองกันและกัน ในระยะนี้สมาชิกจะทราบปัญหาของตนเอง ทราบหนทางแก้ไข มีความหวังที่จะแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพ มีการตระหนักถึงความผูกพันของกลุ่มที่เกิดขึ้น มีการแจ้งถึงความก้าวหน้าการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม และสรุปแนวทางที่ได้จากการดำเนินกลุ่ม

5.2.2 องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม

การใช้กระบวนการกลุ่มนั้น ผู้บำบัดต้องคำนึงถึงลักษณะกลุ่มและการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม โดย Yalom ได้ระบุไว้ดังนี้ (ภัทรพร กรดแก้ว, 2560)

5.2.2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์/จุดมุ่งหมายกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม

5.2.2.2 การคัดเลือกสมาชิก ควรต้องมีลักษณะใกล้เคียงกัน

5.2.2.3 โครงสร้างกลุ่ม ประกอบไปด้วยรายละเอียดดังนี้

- บรรยากาศต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกถึงความมีอิสระในการที่จะเปิดเผยตนเองและแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมให้สมาชิกรู้สึกถึงความเท่าเทียม มีความเป็นกันเอง

- สถานที่ต้องมีความเป็นสัดส่วน สงบ สมาชิกมีการนั่งหันหน้าเข้าหากัน ซึ่งส่งผลให้สะดวกต่อการสื่อสารได้อย่างทั่วถึง และก่อให้เกิดความสัมพันธที่ใกล้ชิด

- ขนาดของกลุ่มบำบัด Yalom (1995) กล่าวว่า ควรมีจำนวนสมาชิกที่ไม่มากหรือน้อยเกินไป เนื่องจากขนาดของกลุ่มสามารถส่งผลต่อประสิทธิผลของการบำบัดรักษาได้ ซึ่งขนาดของกลุ่มบำบัดที่เหมาะสมคือ การมีจำนวนสมาชิกประมาณ 5-10 คน

- ระยะเวลาและความถี่ของกลุ่มบำบัด Yalom (1995) กล่าวว่า ในการดำเนินการกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ในด้านความถี่ที่เหมาะสมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอยู่ที่ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

5.3 ปัจจัยบำบัดในการดำเนินกลุ่ม (Therapeutic Factors)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัดได้รับการพัฒนาโดย Yalom ซึ่งได้ทำการสังเกต บันทึกลง หลังจากได้ทำกลุ่มจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 11 ปัจจัย โดยปัจจัยบำบัดเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกลุ่มจิตบำบัด โดยอาจจะเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมด ปัจจัยตัวหนึ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นพื้นฐานเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดตัวอื่น ๆ ซึ่งทั้ง 11 ปัจจัย (ภัทรพรพรณ์ พงษ์ปณิศา, 2557) มีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 การเพาะความหวัง (instillation of hope) เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นหลังจากที่สมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัด โดยจะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเริ่มมีความรู้สึกที่ชีวิตตนเองไม่ได้เลวร้ายอย่างที่

คิด ยังมีคนอื่น ๆ อย่างน้อยก็เพื่อนสมาชิกกลุ่มที่ประสบปัญหาคล้ายกับตนเอง ส่งผลให้สมาชิกเกิดความหวังในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ มีความหวังในการลุกขึ้นมาต่อสู้กับปัญหา ด้วยหวังว่าชีวิตจะดีขึ้น

5.3.2 ความเป็นสากล (universality) เป็นความรู้สึกที่สมาชิกรับรู้ว่าปัญหาของตนเองไม่ใช่เรื่องแปลกประหลาด ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเพียงคนเดียว หากสมาชิกตระหนักได้จะรู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว ยังมีคนอื่น ๆ ที่ตกอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือรูปแบบปัญหาเดียวกัน ความเป็นสากลสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่าสมาชิกจะยังไม่พร้อมเปิดเผยปัญหาของตนเอง แต่การได้รับฟังคนอื่น ๆ จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และอาจจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเปิดเผยตนเองภายในกลุ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเป็นปึกแผ่น (group cohesiveness) และการเพาะความหวัง (instillation of hope)

5.3.3 การให้ข้อมูล (imparting of information) การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างกัน ข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนจะมีประโยชน์เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ประสบปัญหาใกล้เคียงกัน โดยการให้ข้อมูลที่ดียิ่งจะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มมีความเป็นปึกแผ่น มีความไว้วางใจ และมีการเห็นเป็นพวกพ้องเดียวกัน

5.3.4 การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ (altruism) จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกรับรู้ว่าตนเองได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น บุคคลจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นได้ และก่อให้เกิดความหวังในชีวิต

5.3.5 การแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group) เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่คาใจที่เกิดจากครอบครัว ทำให้ปมที่ขัดแย้งในใจได้รับการแก้ไข ทั้งนี้สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อกลุ่มมีสมาชิกอย่างน้อย 8-12 คน มีผู้บำบัด 2 คน เป็นชายและหญิงอย่างละ 1 คน ซึ่งเปรียบเสมือนโครงสร้างของครอบครัวที่จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และระลึกถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวของตน

5.3.6 การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (the development of socialization techniques) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สามารถเกิดได้ทุกครั้งของการทำกิจกรรมกลุ่ม การที่สมาชิกได้กล่าวทักทาย ขอบคุณ การมีมารยาท การรู้จักกาลเทศะ เป็นการพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ

5.3.7 พฤติกรรมการเลียนแบบ (imitative behavior) เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นได้มากที่สุด เนื่องจากสมาชิกสามารถเป็นแบบอย่างให้กันและกัน การได้เห็นพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิก การพูด การแสดงความคิดเห็น การเปิดเผยตนเอง ไปจนถึงวิธีการเผชิญปัญหา การรับมือกับอุปสรรค สิ่งเหล่านี้อาจเป็นต้นแบบให้สมาชิกคนอื่น ๆ จนนำไปสู่การเลียนแบบ ซึ่งผู้บำบัดต้องคอยสังเกตและสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

5.3.8 การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal learning) เป็นการเรียนรู้ว่าตนเป็นอย่างไรในสายตาของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกกลุ่มที่มีต่อตัวตน ในขณะที่เรียนรู้สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับผู้อื่น เรียนรู้ในสิ่งที่ตนมีให้ผู้อื่น หรือการเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นว่าตนเองจะสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างไร พฤติกรรมไหนควรหรือไม่ควรกระทำ

5.3.9 ความเป็นปึกแผ่น (group cohesiveness) เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน พัฒนาการไว้วางใจระหว่างกัน มีการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ซึ่งเมื่อความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้น จะส่งผลให้ลดอัตราการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมกลุ่ม

5.3.10 การได้ปลดปล่อยความรู้สึก (catharsis) เป็นลักษณะของการได้ปลดปล่อยความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกบอกเล่าเรื่องราวที่ตนมีความทุกข์ใจ ควบคู่ไปกับการปลดปล่อยอารมณ์ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้พัฒนาความไว้วางใจกับกลุ่มแล้ว การปลดปล่อยอารมณ์จะเกิดขึ้นไม่บ่อย ขึ้นอยู่กับความเป็นปึกแผ่นของกลุ่มและลักษณะปัญหาที่สมาชิกเผชิญ หากปัญหามีความคล้ายกันจะทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย ส่งเสริมให้เกิดการปลดปล่อยความรู้สึกภายในกลุ่ม

5.3.11 การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (existential factors) เป็นการตระหนักถึงแก่นแท้ของชีวิต เห็นความไม่ยุติธรรม ความไม่แน่นอนที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน การตระหนักได้ถึงการใช้ชีวิตอยู่และความตายจะส่งผลให้สมาชิกใช้ชีวิตอย่างซื่อสัตย์ เรียนรู้ต่อการรับผิดชอบชีวิตของตน ซึ่งปัจจัยบ่าบัดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้รับฟัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และตระหนักว่าตนไม่ได้เป็นบุคคลเดียวที่มีปัญหา การตระหนักถึงความจริงในชีวิตจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

6. โปรแกรมจัดการการติตรัตนเอง


การพัฒนาโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน ซึ่งโปรแกรมดำเนินการตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ของ Hayes et al. (2006) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) โดยผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมภายในโปรแกรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแนวคิดข้างต้น ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ รายละเอียดการพัฒนาโปรแกรมจัดการการติตรัตนเอง ดังตารางที่ 1


ตารางที่ 1 สรุปการประยุกต์โปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์


แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการตีตรา ตนเอง
	<p style="text-align: center;">ระยะเริ่มกลุ่ม (Initial Phase)</p> <p>เป็นระยะการสื่อสารเชิงสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำให้สมาชิกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินกลุ่ม หน้าทีของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม</p>	<p>ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า</p> <p>ประกอบไปด้วย 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการบำบัด การดำเนินกิจกรรมที่อาศัยแนวคิดกระบวนการกลุ่ม ในระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase) ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเป็นกันเองด้วยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี</p> <p>2) การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า เรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการซึมเศร้าผ่านคลิปวิดีโอสั้น ๆ และการประเมินตัวเองซ้ำตามลักษณะอาการซึมเศร้า 9 ข้อ</p>


แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการตีตรา ตนเอง
<p style="text-align: center;">การยอมรับ (Acceptance)</p> <p>เป็นการสัมผัสต่อประสบการณ์และความรู้สึกภายในกับทุก ๆ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน เป็นคุณลักษณะของการเปิดรับต่อทุก ๆ ประสบการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยง</p>	 <p style="text-align: center;">ระยะทำงาน ร่วมกัน (Working Phase)</p> <p>ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นสนทนา เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น เป็นระยะที่ก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียว ตระหนักว่าตนมิได้มี</p>	<p>และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันผู้ป่วยรายอื่น ๆ และปิดท้ายกิจกรรมด้วยการร่วมอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็น “การตีตราตนเอง” ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้องจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการซึมเศร้ามลดลง</p> <p style="text-align: center;">ครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ ยอมรับการตีตราตนเอง</p> <p>ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) โดยกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า</p>


แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการตีตรา ตนเอง
<p>ผ่านกลยุทธ์การสร้างการยอมรับ ซึ่งทำได้ 2 วิธี ได้แก่ 1) ขจัดการควบคุมประสบการณ์ และ 2) การกลับไปเผชิญกับสิ่งที่ต้องกระทำ เหล่านี้ ประสบการณ์ชีวิตที่เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ยูกยากหรือทุกข์ทรมาน (จุฬามาศ แทนจอน, 2561)</p>	<p>ปัญหาเพียงคนเดียว มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ระหว่างกัน จนทำให้เกิดความเข้มแข็งที่แก้ไขปัญหา ด้วยหวังว่าตนจะมีชีวิตที่ดีขึ้น</p>	<p>ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั้นคือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ในกิจกรรมผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จะเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดการตีตราตนเอง จากนั้นจะให้ผู้ป่วยได้มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเองผ่านการทำใบกิจกรรม “บันทึกจากเรื่องราวในวันนั้นของ.....” ซึ่งในใบกิจกรรมเป็นการให้ผู้ป่วยบอกเล่าสถานการณ์การถูกตีตราหรือประสบการณ์ที่ถูกทำให้รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ จนนำไปสู่การตีตราตนเอง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดตีตราตนเองเหล่านั้น พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหา</p>

แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรา ตนเอง
<p>การแยกความคิด (Cognitive defusion)</p> <p>คือ การลดอิทธิพลของภาษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ มีเป้าหมายเพื่อจัดการหลอมรวมความคิดระหว่างตัวตนกับภาษา (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ผ่านเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อการแยกความคิด ได้แก่ 1) การสร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) 2) การพูดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) และ 3) การร้อง</p>	 <p>ระยะทำงาน ร่วมกัน (Working Phase)</p>	<p>เพียงคนเดียว</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรมมองเห็นรับรู้ และยอมรับการติตราตนเอง คือ ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีการติตราตนเองเกิดขึ้น การติตราตนเองนั้นเป็นสาเหตุของปัญหาอาการซึมเศร้าที่ตนกำลังเผชิญ ดังนั้นการจัดการกับการติตราตนเองจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้</p> <p>ครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดติตราตนเอง</p> <p>ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การสร้างระยะห่างจากความคิดติตราตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการการติตราตนเองด้วยการใช้หลักการแยกความคิด เพื่อลดอิทธิพลของความคิดติตราตนเอง ผ่านการใช้เทคนิคการแยกความคิด โดยให้ผู้ป่วยระบุคำพูดที่มักใช้ติตราตนเอง จากนั้นให้ฝึกใช้เทคนิคการแยก</p>


แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรร ตนเอง
<p>เป็นเพลง (Sing it out) เป็นต้น การแยกความคิดไม่ใช่การ เปลี่ยนจำนวนครั้งของการคิด เช่น การหยุดคิดหรือทำอย่าง อื่นทดแทนเพื่อให้ลืมความคิด หรือความรู้สึกนั้น ๆ และไม่ใช่ การปรับเปลี่ยนรูปแบบของ ความคิดที่ไม่ดีให้เป็น ความหมายเชิงบวก แต่เป็น เพียงการนำความหมายออก จากภาษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าใจว่าความคิด เป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ไม่ใช่ตัวตน</p>		<p>ความคิดกับความคิดติตรรที่ ตนเองระบุ โดยฝึกทั้ง 3 เทคนิค ได้แก่ 1) การสร้างระยะห่าง จากความคิด (Create a distance) 2) การพูดซ้ำ ๆ (Titchener’s repetition) และ 3) การร้องเป็นเพลง (Sing it out) พร้อมทั้งการให้ผู้ป่วย เลือกกลยุทธ์ที่ตนเองถูกใจ และ ร่วมสาธิตย้อนกลับ พร้อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ เกิดขึ้นจากการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ผลลัพธ์ของกิจกรรมสร้าง ระยะห่างจากความคิดติตรร ตนเอง คือ การผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า อิทธิพลของความคิดติตรร ตนเองลดลงหลังจากที่ได้ลองใช้ เทคนิคการแยกความคิด รับรู้ว่า ความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ไม่ใช่คำอธิบายตัวตนของตนเอง</p>

<p>แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)</p>	<p>กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)</p>	<p>การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรา ตนเอง</p>
<p>การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) และการรู้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลง (Self as context)</p> <p>การอยู่กับปัจจุบัน คือ การเฝ้า มองดูการปรากฏ และตระหนัก รู้ต่อประสบการณ์ภายในและ ภายนอกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ ตัดสิน เพียงแค่มองและรับรู้ ตามสิ่งที่เกิดขึ้น ส่วนการรู้เท่า ทันการเปลี่ยนแปลง คือ การ รับรู้หรือเห็นว่าตนเองกำลังมี ความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดย หลักการข้างต้นนั้น มี วัตถุประสงค์เพื่อลดการหลอม รวมความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการนำตนเองไปหลอม รวมกับเนื้อหาของความคิดนั้น น้อยลง ช่วยให้สามารถแยก ความคิดที่บั่นทอนความสุข ออกไปได้ ซึ่งทั้งการอยู่กับ</p>	<p>ระยะทำงาน ร่วมกัน (Working Phase)</p> 	<p>ครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบัน และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ของความคิด</p> <p>ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญใน การสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การ ฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทัน การเปลี่ยนแปลงของความคิด โดยเริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยเสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการ อธิบายถึงความสำคัญของการ อยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับการติตราตนเอง และอาการซึมเศร้า ผ่าน กิจกรรมหลับตาแบบอิสระ เปรียบเทียบกับหลับตา แบบออกคำสั่ง จากนั้นจึงเป็น การฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการ ฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลม หายใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีการ ประเมินระดับความสงบ ภายหลังการหลับตาแบบอิสระ และการหลับตาร่วมกับการทำ สมาธิแบบกำหนดลมหายใจ</p>

แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรร ตนเอง
<p>ปัจจุบันและการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง นับว่าเป็นหลักการในส่วนของสติ (mindfulness) ของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT)</p>	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>หลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการบ้านให้ไปฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ พร้อมทั้งบันทึกคะแนนความสงบความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความคิดติตรรตนเอง (ถ้ามี ณ ขณะฝึก) และ การใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดติตรรตนเอง</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรมการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด คือ ผู้ป่วยรู้จักธรรมชาติของความคิด การฝึกอยู่กับปัจจุบันผ่านการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ช่วยให้รู้เท่าทันความคิดตนเอง เห็นความคิดติตรรตนเอง สามารถใช้เทคนิคจัดการได้ ไม่ปล่อยให้ตนเองจมไปกับความคิดติตรรตนเองเหล่านั้น จนนำไปสู่ปัญหาอาการซึมเศร้า</p>

<p>แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)</p>	<p>กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)</p>	<p>การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรา ตนเอง</p>
<p>หลักการระบุค่านิยม (Defining valued directions)</p> <p>คือ การค้นหาความคิดหรือ ความเชื่อที่เป็นความต้องการที่ แท้จริง สำหรับนำมากำหนด ทิศทางและเป้าหมายในด้าน ต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิต โดย ค่านิยม เป็นสิ่งที่กำหนด พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ทำให้ มีการดำเนินชีวิตอย่างมี ทิศทางที่เฉพาะเจาะจง หรือมี คุณภาพชีวิตตามที่ต้องการ หากค่านิยมเหล่านั้นเกิดจาก ความต้องการที่แท้จริง ค่านิยม จะไม่เปลี่ยนแปลงไปง่าย ๆ จะ เป็นเหมือนแสงสว่างบอก ทิศทางแม้ ณ ตอนนั้นบุคคลจะ กำลังอยู่ในช่วงมืดมิดของชีวิต (จุฑามาศ แหนจน, 2561)</p>	<p>ระยะทำงาน ร่วมกัน (Working Phase)</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต... นำสู่เป้าหมาย</p> <p>ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญใน การสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การ กำหนดทิศทางชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ ดำเนินกิจกรรมกำหนดทิศทาง ชีวิต... นำสู่เป้าหมาย โดย กิจกรรมเริ่มต้นด้วยการที่ผู้ป่วย เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการ อธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญของการกำหนด ทิศทางชีวิต และการเรียนรู้ ความแตกต่างระหว่างการ กำหนดทิศทางชีวิตกับการ กำหนดเป้าหมาย จากนั้นผู้วิจัย ได้ให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิ ออยด์กำหนดทิศทางชีวิตและ เป้าหมายใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน สัมพันธภาพในครอบครัว ด้าน สัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการ งานหรือการศึกษา และด้าน สุขภาพ พร้อมทั้งให้แลกเปลี่ยน ทิศทางชีวิตและเป้าหมายของ ตนเองร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิด</p>

แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการติตรา ตนเอง
<p>การปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action)</p> <p>การปฏิบัติตามพันธสัญญา คือ การนำค่านิยมมาปฏิบัติ โดยการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม กำหนดแผนปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนเพื่อป้องกันและรับมืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นขั้นตอนของการให้พันธสัญญาในการนำเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยมมาปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยมุ่งเน้นการดำเนินชีวิตด้วยความยืดหยุ่น มีชีวิตชีวา และมีความสุขใน</p>	<p>ระยะยุติกลุ่ม (Terminal Phase)</p> <p>ในระยยะยุติกลุ่มนี้สมาชิกจะทราบปัญหาของตนเอง ทราบว่าต้องแก้ปัญหาอย่างไร พร้อมทั้งได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา หรือการสร้างความหวังให้ตนเองจากสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้จริง</p>	<p>การเรียนรู้ เลียนแบบแนวทางดี ๆ ที่ได้รับรู้จากผู้อื่น</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรมกำหนดทิศทางชีวิต... นำสู่เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยทราบความต้องการที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง เกิดการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการ</p> <p>ครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต</p> <p>สำหรับกิจกรรมเดินตามทิศทางชีวิต เป็นการนำทิศทางชีวิตในด้านที่คิดว่าสำคัญกับตนเองมากที่สุดจากการบำบัดครั้งก่อนหน้า มากำหนดเป้าหมายระยะยาว เป้าหมายระยะสั้น มีการวางแผนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะสั้น พร้อมทั้งมีการคาดการณ์อุปสรรคและระบุวิธีการที่จะใช้รับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว มีการแลกเปลี่ยนแนวทางของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เกิดเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ การรับมือ</p>

แนวคิด ACT (Hayes et al., 2006)	กลุ่มบำบัด (Yalom, 1995)	การพัฒนาประยุกต์แนวคิด ในโปรแกรมจัดการการตีตรา ตนเอง
ระยะยาว (จุฬามาศ แหนจอน, 2561)		<p>กับอุปสรรค จากเพื่อนสมาชิก กลุ่มคนอื่น ๆ ท้ายสุดเป็นการ ประกาศพันธะสัญญาสำหรับ ความมุ่งมั่นที่จะนำสิ่งที่ได้ วางแผนไปปฏิบัติจริง</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรมเดินตาม ทิศทางชีวิต คือ ผู้ป่วยมีแนว ทางการแก้ไขปัญหา และม ีความหวังและความมุ่งมั่นต่อ การดำเนินชีวิตตามทิศทางชีวิต ของตนเอง</p>

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จัดการอาการซึมเศร้าและการตีตราตนเอง

ธีรนาถ บุญญาธิการ (2561) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุนันทา คำชมพู และชนกฤทัย ชื่นอารมณ (2557) ศึกษาการบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่นในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต ความรุนแรงของอาการหูแว่ว และความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด และผู้ป่วยปฏิเสธการมีความคิดหรือแผนการฆ่าตัวตายหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด

Luoma et al. (2008) ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่อการตีตราตนเอง (internalized stigma) ในผู้ติดยาเสพติดจำนวน 88 คน โดยได้รับการบำบัดใน

รูปแบบกลุ่ม รวมระยะเวลา 6 ชั่วโมง ดำเนินการตาม 6 องค์ประกอบของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีการติตราตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Bohlmeijer et al. (2011) ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ต่ออาการซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 93 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจำนวน 49 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 44 คน วัดผลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Bricker & Tollison (2011) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) กับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ผลการศึกษาพบว่าเฉพาะการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเท่านั้น ที่มีการสอนทักษะเพื่อให้เกิดการยอมรับ ความคิดและความรู้สึกที่ยากต่อการเผชิญ

Livingston et al. (2011) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมสำหรับใช้ลดการติตรา (stigma) ประเภทต่าง ๆ ในผู้ติดยาเสพติด ผลการศึกษาพบว่าเฉพาะการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาแบบกลุ่ม ที่เหมาะสมสำหรับใช้ลดการติตราในประเภทของการติตราตนเอง (internalized stigma) ของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

Kohtala et al. (2015) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา 4 กิจกรรม ต่ออาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 29 คน ติดตามผลในระยะหลังการบำบัด 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงร้อยละ 47 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงเพียงร้อยละ 4

Saedy et al. (2015) ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการรับยาเมทาโดนทดแทน ทั้งชายและหญิง อายุ 18-50 ปี จำนวน 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 14 ราย ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนเพียงอย่างเดียว และกลุ่มทดลอง 14 ราย ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนร่วมกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีอาการซึมเศร้าเท่านั้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom จัดการอาการซึมเศร้า

จริยา บุญเชิญ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ปานิสรา เกษมสุข (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เกิดการแบ่งปันความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมไปถึงได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้า

Zullig et al. (2018) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตามแนวการเจริญสติ (Mindfulness-Based Relapse Prevention) ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตามแนวการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

Alexander, Kronk, Sekula, Short, & Abatemarco (2019) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพศหญิง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการบำบัดด้วยการเจริญสติ ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพศหญิงมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ก่อนเข้าร่วมการบำบัดมีคะแนนอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าภายหลังจากการบำบัดมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงมากอย่างมีนัยสำคัญ

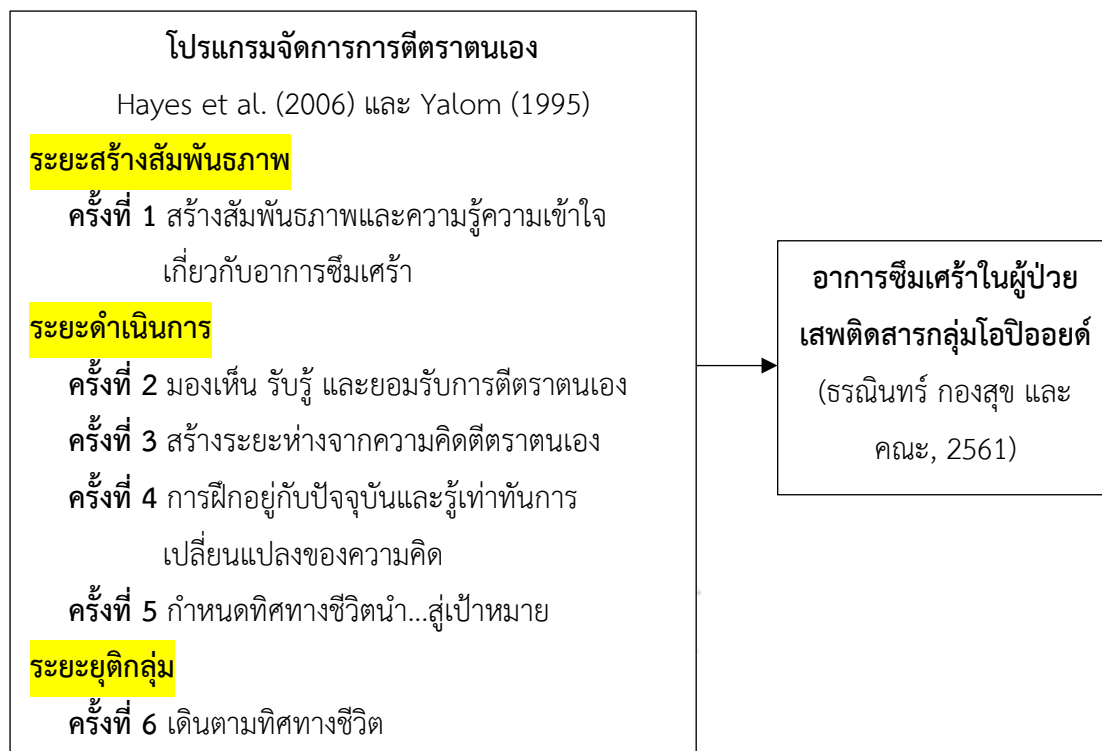
7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย

ดวงตา ปาวา (2558) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้นยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยานาน 90 คน ซึ่งส่วนใหญ่เสพสารเฮโรอีน คิดเป็นร้อยละ 51 ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถลดความถี่ในการฉีดยาเสพติด ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการฉีดยาเสพติดหลายตัว และลดการผสมยาเสพติดก่อนฉีดได้อย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าโปรแกรมทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาในทั้งสามสถานการณ์ดังกล่าวดีขึ้น

ทิพสุคนธ์ มูลจันทิ, อัจฉรียา แวงจนา และณิตยา ไชยกุล (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotional Behavior Therapy Counselling) ต่อการควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเฮโรอีน โดยศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดกาย จิต สังคมบำบัด ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ป่วยเฮโรอีนมีความอยากกลับไปใช้เฮโรอีนซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดกาย จิต สังคมบำบัดมีประสิทธิผลมากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้ายังคงมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาในประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีประสิทธิผลที่ดีต่อการจัดการการติดยาตนเองในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติด รวมไปถึงมีประสิทธิผลที่ดีต่อการจัดการอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดและกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่นเดียวกันกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom ที่ประสบการณ์และปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้พื้นฐานของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (Yalom, 1995) ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง 7 กิจกรรม ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ระยะก่อน-หลังได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองทันที และระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 2) เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	O ₃	ก	ล	ม
				ทดลอง		
O ₄		O ₅	O ₆	ก	ล	ม
				ควบคุม		

O ₁	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง
O ₂	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองทันที
O ₃	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง 1 เดือน
O ₄	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
O ₅	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที
O ₆	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 1 เดือน
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of Test) โดยนำค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองตามการศึกษาของ Seady et al. (2015) เรื่อง Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on Anxiety and Depression among Patients on Methadone Treatment: A Pilot Study มาใช้ประกอบในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80.41 และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 19.59 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดนมีโอกาสดอนตัว (drop out) เนื่องด้วยถูกจับกุมระหว่างการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 22.2 (Zhang et al., 2013) และมีการศึกษาในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่ามีอัตราการถอนตัวจากการรักษาคิดเป็นร้อยละ 27.7 (Marcovitz, McHugh, Volpe, Votaw, & Connery, 2016) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched-pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder)
2. อายุระหว่าง 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 7 คะแนน (หมายถึง มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป) จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2561)

4. ได้รับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน และมารับยาเมทาโดนตามนัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป (พอใจ มหาเทพ และ จีรวัดน์ ธนนราพงศ์, 2561; อภิศักดิ์ วิทยานุกูล ลักษณะ และคณะ, 2552)

5. ไม่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressants) หรือ ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าแต่ไม่มีการปรับเพิ่มขนาดยาหรือไม่มีแผนการรักษาด้วยยาด้านเศร้าที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงมากขึ้น

6. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การพูด และการได้ยิน

7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิต หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน

2. มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง หมายถึง คะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 18 คะแนน จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์

เกณฑ์การยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria)

1. ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

2. เข้ารับการบำบัดไม่ครบตามกำหนดของโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากโครงการงานวิจัยผ่านความเห็นชอบจาก นพ.ลำซำ ลักษณะภิกขุณชัช ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2563 (ตั้งเอกสารในภาคผนวก ข) แล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าคลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อขออนุญาตคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จำนวน 30 คน และทดลองใช้โปรแกรมจัดการการติดยาตนเองกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำนวน 3 คน โดยผู้ป่วยที่ทดลองใช้เครื่องมือนี้ จะไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่คลินิกเมทาโดน และคัดเลือกผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์คัดเข้าในบางข้อโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ไม่มีประวัติกำลังรับยาด้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) หรือ ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าแต่ไม่มีการปรับเพิ่มขนาดยาหรือไม่มีแผนการรักษาด้วยยาด้านเศร้าที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงมากขึ้น 3) ได้รับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน และมารับยาเมทาโดน

ตามนี้ตัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และ 4) ไม่มีอาการทางจิต หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน จากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในเบื้องต้น

3. เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการชักประวัติและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ทั้งนี้เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกเพิ่มเติม ได้แก่ 1) มีคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 7 คะแนน 2) ไม่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (คะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 18 คะแนน) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย และ 3) สามารถฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การพูด การได้ยิน กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับเอกสารเพื่อลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งดำเนินการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทุกข้อมาเป็นกลุ่มทดลองก่อนและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเป็นกลุ่มควบคุมในภายหลัง โดยจับคู่ (Matched pairs) กลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองไปที่ละคู่จนครบ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ 1) เป็นเพศเดียวกัน 2) อายุต่างกันไม่เกิน 8 ปี โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าและอยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้าในเพศหญิงและกลุ่มอายุน้อยลดลงเร็วกว่าเพศชายและกลุ่มอายุมาก (Wang et al., 2017) และการศึกษาในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มอายุมาก (55-60 ปี) กับกลุ่มอายุน้อย (25-34 ปี) พบว่ากลุ่มอายุน้อยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอายุมาก คิดเป็นร้อยละ 12.1 (Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain, 2005) และ 3) ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยเมทาโดนต่างกันไม่เกิน 12 เดือน เนื่องด้วยมีผลการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้าลดลงร้อยละ 15 ในช่วง 12 เดือน และลดลงร้อยละ 30 ในช่วง 18 เดือนที่รับเมทาโดนทดแทน (Havard et al., 2006)

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทุกข้อมาเป็นกลุ่มทดลองก่อนและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเป็นกลุ่มควบคุมในภายหลัง ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยเมทาโดนใกล้เคียงกัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุและระยะเวลาในการเข้ารับเมทาโดนทดแทน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ (ปี)	ระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง	อายุ (ปี)	ระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง
1	19	1 เดือน 3 สัปดาห์	20	2 เดือน 3 สัปดาห์
2	19	4 เดือน	22	5 เดือน 3 สัปดาห์
3	19	2 เดือน	22	2 เดือน
4	20	1 เดือน 2 สัปดาห์	22	1 เดือน
5	20	1 เดือน	22	1 เดือน
6	20	1 เดือน	23	1 เดือน
7	21	3 เดือน	23	2 เดือน
8	22	1 เดือน	24	1 เดือน
9	22	1 เดือน 2 สัปดาห์	26	1 เดือน 1 สัปดาห์
10	23	7 เดือน	31	1 ปี
11	23	2 เดือน	26	2 เดือน
12	24	5 เดือน	32	9 เดือน
13	25	2 ปี	25	1 ปี 6 เดือน
14	27	1 เดือน	27	2 เดือน
15	28	2 ปี	35	1 ปี 7 เดือน
16	34	1 เดือน	31	1 เดือน
17	51	6 ปี	58	7 ปี
18	28	1 เดือน	29	3 เดือน
19	40	1 เดือน	38	3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ มีมติเห็นชอบตาม

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 63012 เอกสารใบรับรองที่ 024/2563 เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2563 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข)

2. ผู้วิจัยดำรงไว้ซึ่งหลักจริยธรรมในการวิจัยและป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติตามเอกสารที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ อย่างเคร่งครัด ได้แก่ 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงว่าในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มได้ตามความต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเน้นย้ำว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยการนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องรับทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจึงมีแนวทางป้องกัน คือ มีการพิจารณาแบบสอบถามและโปรแกรมจัดการการติตราตนเองฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการและการพยาบาล เสพติด และในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีการสังเกตพฤติกรรมของอาสาสมัคร รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินระดับอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งภายหลังสิ้นสุดทุกกิจกรรมผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้อาสาสมัครระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ค้างคาใจ และมีช่องทางการติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในกรณีที่อาสาสมัครต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้หากอาสาสมัครมีระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงจากการสังเกตของผู้วิจัย ร่วมกับเกณฑ์การประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง อาสาสมัครจะได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาทันที

3. ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความยุติธรรม ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยสอบถามตามความสมัครใจพบว่า ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มควบคุมทั้งหมด 19 ราย ไม่สะดวกเข้ารับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การติตราตนเอง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ต้องเผชิญกับ

อาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนะนำวิธีการสังเกตตนเองและการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว คนใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ตามความเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดในการศึกษาของ Hayes et al. (2006) และ Yalom (1995)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย, แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการติตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Brief opioid stigma scale) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Yang et al. (2019)

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาโดยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้าสามารถจัดการการติตราตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงตามมาโดยในโปรแกรมจะถูกออกแบบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการติตราตนเองได้นั้น ประกอบไปด้วยการดำเนินกลุ่ม 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า 2) มองเห็น รับรู้ และยอมรับการติตราตนเอง 3) สร้างระยะห่างจากความคิดติตราตนเอง 4) การฝึกรู้กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด 5) กำหนดทิศทางชีวิต... นำสู่เป้าหมาย และ 6) เดินตามทิศทางชีวิต โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา การใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมไปถึงเข้าร่วมประชุมวิชาการชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT) ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม – 1 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรมนารายณ์ สีลม จัดโดยศูนย์บริการวิชาการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย โดยในการประชุมดังกล่าวผู้วิจัยได้รับการ workshop เกี่ยวกับการใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy : ACT) และ

ผู้วิจัยได้รับวุฒิปัตริ “เข้าร่วมการประชุมวิชาการชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4”

2) พัฒนาโปรแกรมจัดการการติตรรกตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประยุกต์จากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การอบรม จากนั้นดำเนินการวางโครงร่างและสร้างโปรแกรมจัดการการติตรรกตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3) จัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมจัดการการติตรรกตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สำหรับพยาบาล และสำหรับผู้ป่วย โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง 7 กิจกรรม ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งสาระสำคัญของโปรแกรมในการบำบัดแต่ละครั้ง ดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด ระยะเวลา 30 นาที และ 1.2 การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างฐานความเชื่อใจที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง จะช่วยลดความวิตกกังวลจากความรู้สึกเป็นผู้แปลกหน้าระหว่างกัน นำไปสู่การเชื่อใจ ไว้วางใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เกิดการให้ความร่วมมือที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และเนื่องด้วยการบำบัดในรูปแบบรายกลุ่มจะให้ประสิทธิผลที่ดีเมื่อสมาชิกกลุ่มเปิดเผยประสบการณ์หรือข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งร่วมอภิปรายประเด็นต่าง ๆ จากความคิดเห็นของตนเอง อันนำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันภายในกลุ่ม จนสามารถนำประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มท่านอื่น ๆ ไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยทลายกำแพงที่ปิดกั้นตัวตน อันส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาการซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีโอกาสต้องเผชิญสูง นำมาซึ่งผลกระทบไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ การจะแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลำดับแรกสมาชิกกลุ่มต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า ผลกระทบ และความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การติตรรกตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิกกลุ่มสำหรับเข้าสู่การบำบัดเพื่อแก้ไขอาการซึมเศร้าด้วยโปรแกรมจัดการการติตรรกตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์พบว่า การตีตราตนเอง (Internalized stigma) เป็นสาเหตุสำคัญรองจากความรุนแรงในการเสพติด (Severity drug use) การตีตราตนเอง คือ ความคิดและความรู้สึกด้านลบที่สมาชิกกลุ่มนี้มีต่อตนเอง ได้แก่ การรังเกียจตนเอง ความรู้สึกผิด ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งเป็นการนำความคิด ความรู้สึกด้านลบของสังคมที่มีต่อผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เข้าสู่การคิดและมีความรู้สึกลบต่อตนเอง เนื่องจากสังคมทั่วไปรับรู้ว่าการเสพยาเป็นคุณลักษณะที่ผิดแปลก มองผู้ซึยาเป็นพวกอาชญากร ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนที่สมาชิกกลุ่มจะมาเป็นส่วนหนึ่งของประชากรผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังนั้นเมื่อถูกตีตราว่าเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ สมาชิกกลุ่มจึงต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์เชิงลบภายในจิตใจ เกิดการตีตราตนเอง รู้สึกว่าตนเองผิด คิดว่าตนเองด้อยคุณค่า นำไปสู่อาการซึมเศร้าอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นการจัดการความคิดตีตราตนเองจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าได้ โดยการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา นับเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่ดีต่อการจัดการการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งในกระบวนการแรกของการบำบัดดังกล่าวนี้ คือ การยอมรับ (Acceptance) เป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ยุติการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับประสบการณ์ความเจ็บปวดของตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความถี่หรือรูปแบบของความคิด ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าว การบำบัดครั้งนี้สมาชิกกลุ่มจะได้รับการกระตุ้นให้มองเห็นสถานการณ์ที่สร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง เข้าใจความคิดตีตราตนเอง และความรู้สึกแท้จริงที่เกิดขึ้น หรือเรียกว่าการเผชิญหน้าต่อการตีตราตนเอง โดยไม่พยายามเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เพราะการพยายามปรับเปลี่ยนอาจนำมาซึ่งความเจ็บปวดที่มากขึ้น การบำบัดจึงเป็นการส่งเสริมให้มองเห็นความเป็นไปของความคิด ความรู้สึก และนำไปสู่การยอมรับความคิด ความรู้สึกเหล่านั้นตามความเป็นจริง

การบำบัดครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ต้องเผชิญกับปัญหายาอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีการตีตราตนเองจะมีความรู้สึกนึกคิดที่วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ต่อว่า ตำหนิ ดุฎตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตนนั้นถูกปฏิเสธหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมด้วยสาเหตุจากการที่ตนเป็นผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ความคิดตีตราตนเองดังกล่าวจะเริ่มมีอิทธิพลกับกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อพวกเขาเริ่มที่จะเชื่อฟังความคิดเหล่านั้น และยอมให้ความคิดเหล่านั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจของตนเอง ดังนั้นการลดอิทธิพลของความคิดตีตราดังกล่าวจึงเป็นอีกกลไกหนึ่งที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดปัญหายาอาการซึมเศร้าได้ โดยกระบวนการต่อมาของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา คือ การแยกความคิด (Cognitive

defusion) เป็นการสร้างระยะห่างระหว่างตัวตนกับความคิดของตนเอง ปลดตนเองออกจากความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือความคิดด้านลบ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถก้าวออกมามองความคิดของตนเอง ปล่องให้ความคิดผ่านเข้ามาและผ่านออกไป แทนการพยายามหาเหตุและผล การพยายามแก้ไข หรือการพยายามปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านั้นให้ต่างไปจากเดิม การแยกความคิดจะนำมาซึ่งการลดอิทธิพลของความคิดดังกล่าว ดังนั้นการบำบัดในครั้งนี้นัสมาชิกรุ่นจะได้นำความคิดที่ตราตนเองที่ได้มองเห็น รับรู้ และได้ยอมรับความคิดที่ตราตนเองเหล่านั้นในการบำบัดครั้งที่ 2 มาใช้สำหรับฝึกเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง เพื่อลดอิทธิพลของความคิดที่ตราตนเอง อันนำมาซึ่งการลดปัญหาอาการซึมเศร้า

การบำบัดครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ การเริ่มต้นจัดการกับความคิดที่ตราตนเองเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อีกหนึ่งกระบวนการที่มีส่วนส่งเสริมให้การจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ การเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัจจุบันและการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด (Being present & Self as context) จากกระบวนการบำบัดที่ผ่านมาสมาชิกกลุ่มได้มองเห็น รับรู้ ยอมรับความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งฝึกเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง อันนำไปสู่การลดอิทธิพลของความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้นดังกล่าว โดยไม่มีการพยายามปรับเปลี่ยน หรือค้นหาเหตุและผลของความคิดที่ตราตนเองนั้น ๆ แต่การจะจับความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้นได้ และใช้เทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง ไม่ปล่อยให้ตนเองจมลงไปกับความคิดที่ตราตนเองนั้น สมาชิกต้องอยู่กับปัจจุบันขณะ มองเห็นว่าตนเองคิดอะไรอยู่ รู้สึกอะไร พร้อมทั้งมีตัวตนที่รู้เท่าทันการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยการบำบัดในครั้งนี้นัสมาชิกรุ่นจะได้นำการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ผ่านกิจกรรมเปรียบเทียบที่จะสื่อให้สมาชิกได้รู้จักลักษณะของความคิด พร้อมทั้งเรียนรู้การอยู่กับปัจจุบันผ่านการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ การเชื่อมโยงให้สมาชิกได้เห็นประโยชน์ของการฝึกสมาธิกับการมองเห็น รับรู้ และยอมรับการที่ตราตนเอง และการใช้เทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง นอกจากนี้มีการมอบหมายให้สมาชิกกลับไปฝึกสมาธิประจำวันด้วยตนเอง อันนำไปสู่การประยุกต์นำการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดไปใช้ร่วมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การบำบัดครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย ระยะเวลา 75 นาที

เนื้อหาสาระ จากแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา นำสู่การพัฒนาโปรแกรมจัดการการที่ตราตนเอง เมื่อสมาชิกกลุ่มรับรู้สาเหตุสำคัญของปัญหาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น นั่นคือการที่ตราตนเอง สมาชิกได้ผ่านการบำบัดที่ทำให้ได้มองเห็น รับรู้ และยอมรับความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น มีการฝึกเทคนิคการสร้างระยะห่างระหว่างตนเองกับความคิดที่ตราตนเอง อันเป็นการลดอิทธิพลของ

ความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นเหล่านั้น นอกจากนี้สมาชิกยังได้ฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ผ่านการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ เพื่อเป็นอีกหนึ่งตัวช่วยที่ส่งเสริมให้สมาชิกสามารถมองเห็น รับรู้ และยอมรับความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้น นำไปสู่การใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองต่าง ๆ ได้ เมื่อสมาชิกสามารถรับมือกับความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นได้แล้ว สิ่งที่จะส่งเสริมให้สมาชิกดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคง นั่นคือ การกำหนดทิศทางชีวิตของตนเอง เมื่อกล่าวถึงคำว่า “ทิศทางชีวิต” ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งถ้าสมาชิกสามารถกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้ชัดเจน ก็จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตไปในเส้นทางที่ตรงกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงของชีวิต นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติได้จริง เกิดเป็นพฤติกรรมที่คงเส้นคงวา ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเพราะเป้าหมายที่กำหนดนั้นสอดคล้องกับความต้องการส่วนลึกในจิตใจ โดยสมาชิกกลุ่มจำเป็นต้องค้นหาและกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองในด้านหลัก ๆ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านหน้าที่การงานหรือการศึกษา และ ด้านสุขภาพ ทั้งนี้การกำหนดทิศทางชีวิตของแต่ละบุคคลจะกลายเป็นเครื่องมือนำทางชีวิต เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้สมาชิกคงพฤติกรรมดี มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ มีพลังในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งเสริมให้ปัญหาอาการซึมเศร้าเบาบางลง

การบำบัดครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ การปฏิบัติตามพันธะสัญญานับว่าเป็นกระบวนการปิดท้ายของการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญา โดยเมื่อสมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยมที่เลือกสรรหรือในโปรแกรมบำบัดนี้ใช้คำว่า “ทิศทางชีวิต” ซึ่งคือ ความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มสามารถกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว สิ่งตามมา คือ การนำทิศทางชีวิตดังกล่าวมาใช้ในชีวิตจริง สามารถจับต้องได้ ประเมินผลได้ จึงนำมาสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติตามพันธะสัญญา คือ การกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับทิศทางชีวิต การวางแผน/การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ รวมไปถึงการคาดการณ์อุปสรรคที่อาจเป็นสิ่งกีดขวาง พร้อมทั้งการวางแผนรับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเรียกโดยรวมว่า “การปฏิบัติตามพันธะสัญญา” ทั้งนี้การปฏิบัติตามพันธะสัญญานับว่าเป็นการวางรากฐานให้กับสมาชิกกลุ่มภายหลังจากที่ได้รู้จักตนเองมากขึ้น เข้าใจตนเองมากขึ้นจากกระบวนการมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง ได้เรียนรู้ที่จะสร้างระยะห่างระหว่างตัวตนกับความคิดตีตราตนเอง อันเป็นการลดอิทธิพลของความคิดตีตรา พร้อมทั้งการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ผ่านการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ที่ทำให้สมาชิกรู้เท่าทันความคิด ความรู้สึก ความ เป็นไปต่าง ๆ รอบตัว ส่งเสริมให้สมาชิกสามารถจับความคิดตีตราที่เกิดขึ้นได้และไม่จมตนเองลงไปกับความคิดตีตราเหล่านั้นที่เป็นต้นเหตุของอาการซึมเศร้า ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นขั้นตอนที่

ทำให้สมาชิกได้เกิดความยึดหยุ่นภายในจิตใจ พร้อมทั้งจะดำเนินชีวิตต่อไปตามทิศทางชีวิตที่ตนเองได้เลือกสรร เป้าหมายที่ตนเองได้กำหนด ซึ่งเมื่อการดำเนินชีวิตมีเป้าหมาย ประกอบกับความยึดหยุ่นภายในจิตใจที่เพิ่มขึ้น ย่อมนำไปสู่การลดลงของอาการซึมเศร้าในที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ภายหลังจากทบทวนวรรณกรรมและสร้างโปรแกรมจัดการการติตราดตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขข้อผิดพลาด เนื้อหา ลำดับของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และภาษาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย จากนั้นนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาส่งให้กับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จำนวน 1 คน 3) จิตแพทย์ที่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดจำนวน 1 คน 4) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจำนวน 1 คน และ 5) นักจิตวิทยาผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จำนวน 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของแบบฝึกหัด

ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ความครอบคลุมของเนื้อหา

ข้อเสนอแนะ

ความรู้ ความเข้าใจ และผลกระทบเกี่ยวกับการติตราดตนเองยังน้อยเกินไป

การแก้ไข

ผู้วิจัยได้ปรับเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของเนื้อหา โดยการปรับปรุง “ใบความรู้ที่ 2 การติตราดตนเอง กับอาการซึมเศร้า” ซึ่งแต่เดิมได้ทำการอธิบายความหมายของการติตราดตนเอง และอธิบายเชื่อมโยงการติตราดตนเองกับอาการซึมเศร้า ปรับแก้ไขเป็นการเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของกระบวนการเกิดการติตราดตนเอง โดยผู้วิจัยได้ทำการอธิบายกระบวนการเกิดการติตราดตนเองอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งมีการยกตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจการติตราดตนเองได้ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งได้ปรับแก้ไขลำดับการดำเนินกิจกรรม

ในการบำบัดครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง ซึ่งแต่เดิมในการบำบัดจะให้สมาชิกกลุ่มทำ “ใบกิจกรรมที่ 2 บันทึกจากเรื่องราวในวันนั้นของ.....” และทำการอธิบายการตีตราตนเอง ในภายหลัง ปรับแก้ไขเป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตีตราตนเองก่อน จึงจะให้ทำใบกิจกรรมในภายหลัง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เนื้อหาและสร้างพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราตนเองที่ถูกต้อง ก่อนที่จะดำเนินการวิเคราะห์การตีตราในบริบทของตนเอง

2) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ข้อเสนอแนะ

การใช้คำว่า “เรา” อาจทำให้ผู้ป่วยสับสน เพราะสามารถเข้าใจได้ว่าตัวพยาบาลเองก็มีปัญหาอาการซึมเศร้าและใช้ยาเสพติดเช่นเดียวกัน

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับการใช้ภาษาด้วยการระบุอย่างชัดเจนในแต่ละบริบท โดยเมื่อบริบทนั้นหมายถึงผู้บำบัดจะแทนด้วยคำว่า “พยาบาล” และเมื่อบริบทนั้นหมายถึงผู้เข้ารับการบำบัด (ผู้ป่วย) จะแทนด้วยคำว่า “สมาชิกกลุ่ม” ยกตัวอย่าง เช่น “จากการบำบัดครั้งที่แล้ว **เรา** ได้เรียนรู้เกี่ยวกับอะไรกันไปบ้างคะ ไหนลองช่วยกันทบทวนได้ไหมคะ” ปรับแก้ไขเป็น “จากการบำบัดครั้งที่แล้ว **สมาชิก** ได้เรียนรู้เกี่ยวกับอะไรกันไปบ้างคะ ไหนลองช่วยกันทบทวน**ให้พยาบาลฟัง**ได้ไหมคะ”

ข้อเสนอแนะ

ในการกล่าวอธิบายเกี่ยวกับการตีตราตนเอง ควรใช้คำว่า “ว่ากล่าว หรือ ตำหนิ” แทนการใช้คำว่า “ตำท้อ” ตนเอง

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับการใช้ภาษาด้วยการเปลี่ยนจากการใช้คำว่า “ตำท้อตนเอง” เป็น “ตำหนิตนเอง” ยกตัวอย่างเช่น “...จากเหตุการณ์ที่แล้วมา เหตุการณ์เหล่านั้นทำให้สมาชิกรู้สึกแย่กับตัวเอง เกิดความคิดลบกับตัวเอง.... ตอนนั้นสมาชิก**ตำท้อตนเอง**อย่างไรบ้าง.... ให้สมาชิกบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 2 ได้เลยคะ” ปรับแก้ไขเป็น “...จากเหตุการณ์ที่แล้วมา เหตุการณ์เหล่านั้นทำให้สมาชิกรู้สึกแย่กับตัวเอง เกิดความคิดลบกับตัวเอง.... ตอนนั้นสมาชิก**ว่าตนเอง ตำหนิตนเอง**อย่างไรบ้าง.... ให้สมาชิกบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 2 ได้เลยคะ”

ข้อเสนอแนะ

ในใบความรู้ที่ 2 การตีตราตนเอง กับอาการซึมเศร้า ควรใช้คำว่า “ฉัน” แทนคำว่า “เรา” เพราะในกิจกรรมสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ต้องแยก “ฉัน” ออกจากความคิดต่าง ๆ เช่น ฉันไร้ค่า เป็น “ฉัน” + “ไร้ค่า”

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับการใช้ภาษาในใบความรู้ที่ 2 การตีตราตนเอง กับอาการซึมเศร้า ด้วยการเปลี่ยนจากการใช้คำว่า “เรา” เป็นคำว่า “ฉัน” เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 3 การสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง

ภายหลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งข้างต้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เข้าสู่กระบวนการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 6 ครั้ง 7 กิจกรรม ตามเนื้อหาของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษา และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีพอสมควร สามารถดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่วางไว้ตามโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองได้เป็นอย่างดี แต่ในกิจกรรมครั้งที่ 6 การปฏิบัติตามพันธะสัญญาพบว่า ในขั้นตอนของการกำหนดอุปสรรคที่ขวางกั้นไม่ให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีความยากในการแยกระหว่างอุปสรรคภายในกับอุปสรรคภายนอก ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้เพื่อให้โปรแกรมจัดการการตีตราตนเองมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง จึงปรับให้กลุ่มตัวอย่างระบุอุปสรรคที่ขวางกั้นไม่ให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิตในภาพรวมของตนเองเท่านั้น

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ, รายได้, โรคประจำตัว, ระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน), ชนิดของสารโอปิออยด์ที่เสพ วิธีการเสพ ปริมาณ ความถี่, การใช้สารเสพติดอื่น ๆ วิธีการเสพ ปริมาณ ความถี่, ระยะเวลาที่เข้ารับเมทาโดนทดแทน ณ ครั้งปัจจุบัน และ ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง

เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่ได้

เป็นเครื่องมือในการคัดกรองโรคซึมเศร้า โดย 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลางนี้ สามารถนำไปใช้แทน 9Q ภาษาไทยภาคกลางฉบับเดิมได้ และจากการปรับคำถาม การเพิ่มการประเมินความรุนแรงของแต่ละอาการ ส่งผลให้ 9Q ฉบับปรับปรุงมีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่าการทำนายผลที่ดีขึ้นกว่าเดิม

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-5 โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลือก 7 คำตอบ ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย และอีก 6 ตัวเลือกว่าแบ่งเป็นความรุนแรง และความถี่ของอาการแต่ละข้อ ดังนี้

ความรุนแรง

- 1 หมายถึง ความรุนแรงน้อย
- 2 หมายถึง ความรุนแรงปานกลาง
- 3 หมายถึง ความรุนแรงมาก

ความถี่

- 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง (1-6 วัน)
- 2 หมายถึง บ่อย (7-10 วัน)
- 3 หมายถึง เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน)

โดยการคิดคะแนนรวมเป็นการนำ ความรุนแรง x ความถี่ ซึ่งผลคะแนนที่ได้สามารถแปลผลตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

น้อยกว่า 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 – 12 คะแนน	หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย
13 – 17 คะแนน	หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง
18 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1.1) **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะและการแก้ไข ดังนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อคำถาม เรื่อง ระดับการศึกษา ควรเพิ่มตัวเลือก “ไม่เคยเข้าร่วมในระบบการศึกษา”

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับเพิ่มตัวเลือก “ไม่เคยเข้าร่วมในระบบการศึกษา” ในข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษาตามข้อเสนอแนะข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อคำถาม เรื่อง โรคประจำตัวอื่น ๆ ให้พิจารณาความเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ถ้าหากต้องการทราบโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคใน harm reduction ควรระบุตัวเลือกให้ชัดเจน และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ขอให้กลับมาทบทวนข้อคำถามอีกครั้ง เนื่องจากหากถามถึงโรคใน harm reduction ซึ่งได้แก่ เอชไอวี/เอดส์, ไวรัสตับอักเสบบี หรือชนิดซี การต้องตอบแบบสอบถามอาจจะ sensitive ต่อผู้ป่วย

การแก้ไข

ภายหลังจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบกับการพิจารณาความคิดเห็นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อคำถาม เรื่อง โรคประจำตัวอื่น ๆ ออกจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อคำถาม เรื่อง ระยะเวลาการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ควรระบุให้ชัดเจนว่า ตั้งแต่ใช้ครั้งแรก หรือ การเสพติดครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการหยุดเสพยาเป็นเวลานานแล้วกลับมาใช้ซ้ำ

การแก้ไข

ผู้วิจัยเพิ่มความชัดเจนของข้อคำถามตามคำแนะนำ ดังนี้ ระยะเวลาการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน) ปี.....เดือน.....

ข้อเสนอแนะ

ข้อคำถาม เรื่อง ชนิดของสารโอปิออยด์ที่เสพยา ผู้วิจัยควรมีคำจำกัดความให้ว่าคือสารอะไรบ้าง

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับเพิ่มคำจำกัดความคำว่า สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ เฮโรอีน ผีน เมทาโดน มอร์ฟิน ไว้ที่คำชี้แจงของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อคำถาม เรื่อง ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน ควรระบุขนาดให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้ปริมาณ 30 ml เท่ากัน แต่ขนาด mg ไม่เท่ากัน ต้องระบุจำนวน mg ที่เขาได้

การแก้ไข

ผู้วิจัยปรับเพิ่มความชัดเจนของข้อคำถามตามคำแนะนำ ดังนี้ ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน มิลลิกรัม

1.2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง เนื่องด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับเดิม เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และในฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ใน

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้พัฒนาเครื่องมือได้ระบุว่า “สามารถนำไปใช้แทน 9Q ภาษาไทยภาคกลางฉบับเดิม” (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ดังนั้นจึงไม่ต้องผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุง ภาษาไทยภาคกลาง (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2561) โดยทดลองใช้ (try out) แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Brief opioid stigma scale) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Yang et al. (2019) โดยเครื่องมือต้นฉบับประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ารายด้าน ดังนี้ 1) ารายด้าน aware ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 1-4 สำหรับการประเมินการรับรู้การตีตราของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Perceived opioid-stigma) 2) ารายด้าน agree ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5-8 และ 3) ารายด้าน harm ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 9-12 ซึ่งทั้ง 2 ารายด้านนี้ สำหรับการประเมินการตีตราตนเองของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Internalized opioid-stigma) โดยแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการรักษาจำนวน 378 คน พบค่าความเที่ยง (Reliability) ในแต่ละรายด้านเท่ากับ .72, .68 และ .70 ตามลำดับ สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำข้อคำถามที่ 5-12 ที่แสดงถึงการประเมินการตีตราตนเองของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มาใช้ในการวิจัย (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

เมื่อได้รับคำอนุญาตในการนำเครื่องมือไปใช้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยได้ส่งเครื่องมือให้กับสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลจากภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้วิจัยได้ใช้ชื่อเครื่องมือเป็นภาษาไทยว่า “แบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์” โดยแบบประเมินประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ตัวเลือกเป็นมาตราวัดลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่ค่อยเห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 4 | หมายถึง | ค่อนข้างเห็นด้วย |

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สำหรับเกณฑ์การคิดคะแนน เนื่องด้วยเครื่องมือนี้ไม่มีจุดตัด ประกอบกับคำอธิบายจากการสอบถามเจ้าของเครื่องมือระบุว่า “การตีตราตนเองนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ดังนั้น ค่าคะแนนที่มาก จะหมายถึง มีการตีตราตนเองสูง” ดังนั้นเมื่อนำเครื่องมือมาใช้กำกับกับการทดลองในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงออกแบบการวิจัยโดยให้มีการประเมินคะแนนการตีตราตนเองของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ และประเมินอีกครั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการกำกับการทดลองว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีคะแนนการตีตราตนเองลดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

เนื่องด้วยแบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในการศึกษา และเครื่องมือได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลมาจาก Brief opioid stigma scale ของ Yang et al. (2019) โดยทดลองใช้ (try out) แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ที่คลินิกเมทาโดนสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิธีของครอนบาชแอลฟา พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัย โดยดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และการบำบัดในรูปแบบกลุ่มเพื่อจัดการการตีตราตนเองและลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ด้วยการศึกษาจากการอ่านตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการขอ

คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งการเข้าร่วมประชุมวิชาการชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม – 1 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรมนารายณ์ สีสม จัดโดย ศูนย์บริการวิชาการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้รับการ workshop เกี่ยวกับการใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เข้าร่วม “อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรคลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลเอกชนในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิภาพ เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2562” ซึ่งในการเข้าร่วมครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง จากคณะผู้พัฒนาเครื่องมือฉบับนี้โดยตรง ระหว่างวันที่ 5-6 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร และได้รับประกาศนียบัตรผ่านการ “อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรคลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลเอกชนในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิภาพ เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2562”

1.2) ผู้วิจัยจัดทำแผนดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทธิ์ กองสุข และคณะ, 2561) 3) แบบประเมินการตีตราตนเอง สำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Yang et al., 2019) และ 4) โปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งโปรแกรมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การอบรม และดำเนินการวางโครงสร้างพร้อมสร้างโปรแกรมดังกล่าวร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำเครื่องมือส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดจำนวน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจำนวน 1 คน และ นักจิตวิทยาผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจำนวน 1 คน

1.3) ผู้วิจัยนำโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1.4) ภายหลังจากที่โครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เรียบร้อยแล้วแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และดำเนินการประสานงานกับสถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีอีกครั้ง เพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยกระทำในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คลินิกเมทาโดน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยจำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทดลองใช้เครื่องมือจะไม่ถูกนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สำหรับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง จะถูกทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 3 คน ตามความสมัครใจ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.5) ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่คลินิกเมทาโดน และคัดเลือกผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์คัดเข้าในบางข้อ ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ไม่มีประวัติกำลังรับยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) หรือ ได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าแต่ไม่มีการปรับเพิ่มขนาดยาหรือไม่มีแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงมากขึ้น 3) ได้รับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน และมารับยาเมทาโดนตามนัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 4) ไม่มีอาการทางจิต หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และโปรแกรม HOSXP จากนั้นดำเนินการนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในเบื้องต้น

1.6) เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในเบื้องต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการซักประวัติและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเพิ่มเติมตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับเอกสารเพื่อลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งดำเนินการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง

1.7) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มทดลองก่อน และคัดเลือกกลุ่มควบคุมมาจับคู่ทีละคู่ (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ และ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดน

2. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 คน และเข้าสู่ขั้นตอนการทดลองซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

2.1) กลุ่มควบคุม

2.1.1) ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ในขั้นตอนของการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) ในขั้นตอนดำเนินการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.2) ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกเมทาโดน ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินระดับอาการขาดสารอนุพันธ์ฝิ่น การประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ (สำหรับผู้ป่วยที่ให้ประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ) การประเมินอาการสำคัญ ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยาเมทาโดนและยาอื่น ๆ ตามอาการ พร้อมทั้งมีการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ สารเสพติดอื่น ๆ วิธีการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาเมทาโดนทดแทน การประเมินครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นรายครอบครัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) สำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป โดยจะทำการเป็นรายกรณี

2.1.3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้าภายหลังจากการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) พร้อมเปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย

2.1.4) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้าในระยะติดตามผลการทดลอง (Follow-up) ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) พร้อมเปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้ารับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

2.2) กลุ่มทดลอง

2.2.1) ภายหลังจากการประเมินระดับอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) ในขั้นตอนการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มย่อย และทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง ซึ่งการนัดหมายจะกระทำให้สอดคล้องกับการมารับยาเมทาโดนต่อเนื่องของผู้ป่วย และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะจัดกระทำก่อนผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนตามนัดในวันนั้น ๆ

2.2.2) ดำเนินโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองให้กับกลุ่มทดลองตามที่นัดหมาย โดยโปรแกรมฯ จะดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยก่อนเข้ารับโปรแกรมแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้การรับประเมินความพร้อม

สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่มีภาวะอาการขาดสารอนุพันธ์ฝิ่น (Opioid withdrawal) ซึ่งเป็น การประเมินผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ก่อนพบแพทย์ทุกราย ตามมาตรการของคลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และในการบำบัดครั้งแรกผู้ป่วยจะ ได้รับการประเมินการติตราตนเอง ด้วยแบบประเมินการติตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารโอปิออยด์ (Yang et al., 2019) เพื่อเป็นการกำกับการทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ โดยรายละเอียด กิจกรรมและการประเมินผลทุกกิจกรรมตามโปรแกรมจัดการการติตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มีดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือที่ดีต่อการเข้าร่วมการบำบัด
- 2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด
- 3) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการ ซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมมือในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และร่วมมือในการทำ กิจกรรม
- 2) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้
- 3) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกลักษณะของอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่มี ต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้

การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการบำบัด และ 1.2 การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า มีการ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

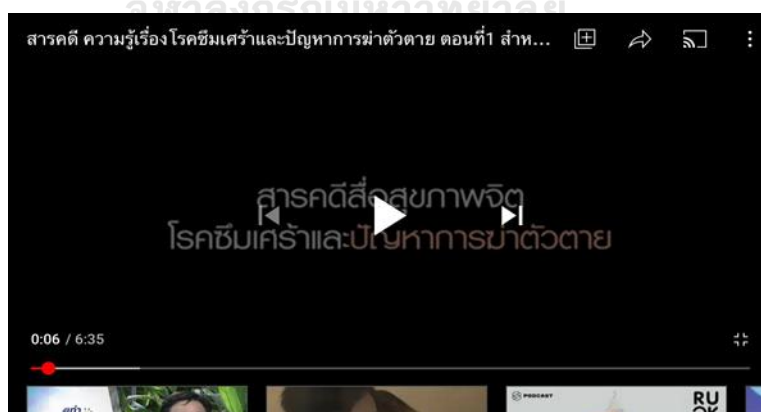
การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง เนื่องด้วยเป็นการบำบัดครั้งแรกการทำทำความรู้จักและสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดย กิจกรรมเพื่อการสร้างสัมพันธภาพประกอบไปด้วย การแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ การ ชี้แจงรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม การให้ความสำคัญกับความเห็นของสมาชิกกลุ่มด้วยการร่วมกันตั้งกฎ กติกา สำหรับการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด รวมทั้งการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกหรือสอบถาม ข้อสงสัยต่าง ๆ การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้คลายความวิตกกังวล ลด

ความแปลกหน้าระหว่างกัน ลดกำแพงกันระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้บำบัด อันนำไปสู่ความไว้วางใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และการให้ความร่วมมือที่ดีต่อการเข้ารับการบำบัดจนครบกำหนดกิจกรรม จากนั้นจึงดำเนินการเข้ากิจกรรมที่ 1.2

การอธิบายความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้า และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยสมาชิกจะได้เรียนรู้ผ่านคลิปวิดีโอเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละราย สอดแทรกไปกับการให้ความรู้ทางคลินิกที่ถูกต้องจากผู้บำบัดเกี่ยวกับอาการ ผลกระทบ และสาเหตุ โดยมีการเน้นย้ำประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า การกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายภายในกลุ่มบำบัด พร้อมทั้งการให้ความรู้เชื่อมโยงถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือการตีตราตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ป้ายชื่อ
- 2) แบบประเมิน “การตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์”
- 3) ฟลิปชาร์ทเปล่า
- 4) ฟลิปชาร์ท (อาการซึมเศร้าและผลกระทบ)
- 5) ปากกาเคมี
- 6) คลิปวิดีโอ “อาการซึมเศร้า” เข้าถึงได้จาก (YouTube: สารคดี ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และปัญหาการฆ่าตัวตาย ตอนที่1 สำหรับผู้ป่วย) ระยะเวลา 6.35 นาที



- 7) ใบความรู้ที่ 1 “นายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว”
- 8) ใบกิจกรรมที่ 1/1 “สวัสดี นายซึมเศร้า เราชื่อ.....”
- 9) ใบกิจกรรมที่ 1/2 “ผลกระทบจากนายซึมเศร้า”

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย การประเมินผลในแต่ละกิจกรรมสามารถสรุปได้ ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กล้าสนทนาได้ตอบ กล้าแนะนำตนเอง ให้ความร่วมมือระหว่าง การเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมีสีหน้าท่าทีที่เป็นมิตร ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีการระบุงู กติกา การเข้าร่วมกิจกรรม และทุกคนสามารถระบุวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่าง ถูกต้อง ระหว่างดำเนินกิจกรรมมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมทั้งสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ซึ่ง เห็นได้จากการบอกเล่าในเรื่องส่วนตัวต่าง ๆ ของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 “ผมพยายามจะเลิก ครั้งนี้ผมอยากเลิกเอง แต่พ่อแม่ ไม่ไว้วางใจเลย ผมแค่เดินออกไปสูบบุหรี่ตรงบันไดบ้าน บ้านผมเป็นแฟลต พ่อก็ตามออกมาเพราะคิดว่า ผมจะแอบกลับไปเสพ บางทีก็คั่นห้องผม ผมท้อ บอกให้ผมปรับ พ่อแม่ก็ต้องปรับด้วย ไม่ใช่ให้ผมปรับ อยู่ฝ่ายเดียว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 4 “ผมกำลังจะถูกให้ออกจากโรงเรียน เเทมสุดท้าย แล้วแต่เขาจะไม่ให้เรียน ครูคิดว่าผมขายยา แต่ผมไม่ได้ขาย เคยมีบางคนฝากผมซื้อเพราะเขารู้ว่าผมรู้ แหล่งซื้อ ผมก็เลยซื้อไปให้เท่านั้น คนอื่นก็เสพนะในโรงเรียนแต่ผมโดนเล่นงานคนเดียว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5 “บ้านผมอยู่คลองเตย เป็นสลัม เดินออกไปนอกบ้าน ก็เจอยาแล้ว มันมีอยู่ทั่วไปเลยหาง่าย ก่อนหน้านี้ที่เสพนักหาเงินมาซื้อยาไม่ได้ ก็เริ่มนำยามาขาย แล้วผมก็ไปทำผิด ประมาณปีกว่า ๆ ช่วงนั้นติดยามากและไม่มีตั้ง เลยไปกับเพื่อน เพื่อนเป็นคนซีผม เป็นคนซ้อ น ไปชิงทรัพย์ผู้หญิง ผมมารู้ทีหลังว่าเขาเป็นนายด้วย ตอนทำเสร็จไม่รู้ตัวหrok กลับบ้าน สร้างเมมาถึงเพิ่งนึกออกว่าตัวเองทำอะไรลงไป ตอนนั้นตำรวจก็มารออยู่หน้าบ้านแล้ว ผมจะต้องไปขึ้น ศาลเร็ว ๆ นี้ กังวลเรื่องที่ติดเฮโรอีน เพราะก่อนหน้านี้เคยติดคุก เคยเห็นคนเสียนยาในคุกมาก่อน ตอนนี้อยู่ลอลงขนาดยาทานเองดู”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 6 “ผมเคยเป็นนักกีฬาแบท ได้ที่ 5 ของประเทศไทย แต่ตอนที่เขาให้คัดตัวไปเกาหลีใต้ ผมไม่ได้ไปเพราะพ่อแม่ไม่มีเส้น ตอน ม. 1 ผมถูกให้ออกจาก โรงเรียนตอนเทม 2 เพราะถูกกล่าวหาเรื่องขโมยของและสูบบุหรี่ แต่ผมไม่ได้ขโมย บุหรี่ก็ไม่เคยไป สูบที่โรงเรียน อาจารย์เขาคงอยากให้ผมออกจะได้รับเด็กที่จ่ายแป๊ะเจี๊ยะได้ ผมมันเข้าไปด้วยโควต้า นักกีฬา” “แถวที่ผมอยู่หาง่าย พี่ที่รู้จักก็ให้ผมวิ่งยาให้ จะได้เสพยาฟรีตอบแทนค่าวิ่ง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13 “ผมออกจากมหาลัยตอนปี 3 ด้วยเรื่องยาเสพติด เปลี่ยนไปเรียนที่ใหม่ก็ไม่สำเร็จ ตอนนี่ไม่คิดจะเรียนต่อแล้ว อายุตั้ง 25 แล้ว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17 “ผมทำงานเลิร์ฟ ต้องดื่มเหล้าเป็นเพื่อนลูกค้า บางทีก็ต้องเสพยา ถ้าเสพเป็นเพื่อนลูกค้าผมก็ได้ค่าตัวเพิ่ม พวกลูกค้ามีแต่พวกไฮโซจะมีมาให้เล่นเลย มีทุกประเภทให้เลือกเล่น ตอนที่ผมไปสมัครงานเขาก็ถามผมว่าอภัยได้ไหม”

ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ในเรื่องทั่วไป ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จะถูกนำเข้าสู่ขั้นตอนของการอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

1.2 การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า หลังจากอธิบาย พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า การดูวิดีโอคลิปเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งกิจกรรมที่ย้ำให้รู้จักอาการซึมเศร้าทั้ง 9 ข้อ ด้วยการให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้ประเมินตนเองผ่านใบกิจกรรมที่ 1/1 “สวัสดิ์นายซึมเศร้า เราชื่อ...” พบว่าเมื่อมีการประเมินย้อนกลับ ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกคนสามารถระบุลักษณะของอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ได้รายงานเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเองในลักษณะอื่น ๆ เพิ่มเติม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 “อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12 “หดหู่ รู้สึกชีวิตไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 18 “เมื่อพูดถึงอาการซึมเศร้า ผมจะนึกถึงตัวเอง นึกเรื่องในอดีต”

จากนั้นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับผลกระทบจากอาการซึมเศร้าที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นั่นคือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในประเด็นของการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การมีคู่นอนหลายคน การเสพยาเกินขนาด รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภายหลังจากการอธิบาย การร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถตอบทวนกลับถึงผลกระทบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาได้ถูกต้อง อีกทั้งยังมีผู้ป่วยหลายรายที่ระบุว่าอาการซึมเศร้าได้ส่งผลกระทบต่อตนเองในแบบเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น จากตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 “ไม่อยากอยู่ ทำให้อยากกลับไปใช้ยา”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3 “ทำให้อยากใช้ยา ทำให้อยากใช้ยาเยอะขึ้น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 4 “อยากใช้ยาเกินขนาด ให้ตาย ๆ ไปซะ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13 “อยากตาย ไม่อยากอยู่ นอนไม่อยากตื่นขึ้นมาอีก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 15 “เก็บตัว ไม่อยากทำอะไร คิดอยากตาย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17 “ผมทำงานกลางคืน ฤงยามไม่เห็นจำเป็นเลย ช่วงมันเถะยังงี้ก็ไม่ติดหรอก” “บางคืนผมก็ไปนอนกับเขาเลย ผมไม่เอาตั้งด้วยนะ ก็ผู้หญิงเขาอยาก ผมก็จัดให้”

นอกจากการร่วมพูดคุยถึงผลกระทบจากอาการซึมเศร้า ในใบกิจกรรมที่ 1/2 “ผลกระทบจากนายซึมเศร้า” ที่ให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้บรรยายผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง พบว่ามีประเด็นอื่น ๆ นอกเหนือจากผลกระทบที่ได้ระบุไว้ในคู่มือประกอบการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ดังนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 2 “เบื่อ ๆ เซ็ง ๆ ไม่อยากทำอะไร”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3 “ไม่อยากพบเจอใคร ไม่มีสมาธิทำงาน มีผลกับความสัมพันธ์ในครอบครัว บางทีลูกก็ไม่กล้ามาเล่นด้วยเวลาเราดูเศร้า ๆ เมื่อกี้กังวลกลัวผมจะไปทำร้ายตัวเอง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5 “รู้สึกวุ่นวาย ๆ มีความคิดลบกับเรา เรื่องเรียนหรือเรื่องทำงานเราจะรู้สึกไม่ค่อยอยากทำ ไม่มีสมาธิ วอกแวก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 6 “มีผลกระทบกับเรื่องงานครับ ทำงานได้ช้า สมองคิดแต่เรื่องอื่น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7 “ไม่อยากเข้าสังคม ทำงานไม่มีสมาธิ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 “รู้สึกโทษตัวเองว่าแย่มาก คอยแต่โทษตัวเองและเรื่องราวเก่า ๆ ไม่อยากทำอะไรในชีวิต เบื่อหน่าย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 9 “ไม่ค่อยอยากไปเรียน ผลการเรียนเลี้ยว ผมตก 30 ตัวอะ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 10 “ผมรู้สึกว่าผมไม่ค่อยกระตือรือร้น ไม่อยากทำอะไร ทำให้กระทบกับเรื่องงานที่ทำ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 11 “มีผลกับการเรียน ไม่อยากไปเรียน ไม่อยากทำอะไรเลย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12 “อยากอยู่คนเดียว ไม่อยากมีเพื่อนเพิ่ม ชอบเก็บตัว ไม่อยากออกไปไหน ไม่ชอบสถานที่ที่มีคนเยอะ ๆ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13 “ไม่อยากไปทำงาน ไม่อยากเจอใคร รู้สึกว่าคนอื่นดีหมด ตัวเองแย่มากที่สุด รู้สึกตัวเองตัวเล็กนิดเดียว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 16 “ชีวิตไม่มีความสุข รู้สึกเป็นภาระครอบครัว เบื่อหน่ายตนเอง ไม่อยากอาหาร นอนไม่หลับ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 18 “ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากพูด ไม่อยากไปเรียน”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 19 “รู้สึกหดหู่ รั้นหดกับชีวิต ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดแรงบันดาลใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง”

ทำการบำบัดครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ชวนผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มนี้ โดยภายหลังจากการเกริ่นนำถึงการติตราทางสังคม การที่สังคมมองผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์แบบเหมารวมในทางลบจนนำไปสู่การติตราตนเอง การมีอคติต่อตนเอง ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้มีการร่วมอภิปรายและกล่าวถึงประสบการณ์ของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5 “ผมถูกมองในแง่ลบไปหมด มีรุ่นน้องหรือเพื่อนกลับไปใช้ยา ผมก็ถูกกล่าวหาว่าเป็นคนขายให้ ทั้งที่ผมเลิกแล้ว บางทีเขาก็ระแวง ยิ่งเขารู้มาว่าผมใช้แบบฉีดด้วย เขาก็ยิ่งออกห่าง ผมคิดว่าพวกเขาคิดว่าคนที่เสพแบบฉีดน่าจะกลัวกว่าแบบดม” “มีจะไปสมัครงาน ผมก็อายไม่กล้าเข้าไป ทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครรู้ว่าผมเสพยา บางครั้งก็ต้องกลับไปใช้ยาบางตัวเพื่อให้กล้ามากขึ้นที่จะไปสมัครงาน”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7 “ผมเคยไปสมัครงาน ถึงหน้าที่ทำงานแล้วไม่กล้าเข้าไป รู้สึกอาย ไม่กล้า ทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครเขารู้ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผมเลย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 10 “ผมว่าสาเหตุที่ซึมเศร้ามาจากคนรอบข้างชอบพูดไม่คิด ชอบด่า ผมถูกติตราว่าต้องกลับไปเสพแน่ ๆ ทั้ง ๆ ที่ผมไม่ได้ทำ ผมพยายามเลิก มันทำให้รู้สึกแย่ เศร้า เสียใจ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 14 “ครอบครัวพูด เมินเล็กไม่ได้หรอก ติดยาแล้วก็ต้องไปเป็นโจร ผมเข้าห้องน้ำนาก็ถูกกล่าวหาว่าเสพ ทั้ง ๆ ที่ผมไม่ได้เสพแล้ว”

การร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสาเหตุที่นำไปสู่อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นถึงการติตราทางสังคม การถูกมองแบบเหมารวมในทางลบอันเนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยหลักการแล้วนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดการติตราตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอาการซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับรายละเอียดของกระบวนการเกิดการติตราตนเอง การระบุถึงการติตราตนเอง และผลกระทบที่เกิดขึ้นอันจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอาการซึมเศร้า จะถูกกล่าวถึงในการบำบัดครั้งที่ 2 ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการติตราตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้สมาชิกค้นหาสถานการณ์ที่สร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง อันเนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

2) เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยไม่พยายามปกปิด เปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น

3) เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้าของตัวสมาชิกเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกเล่าสถานการณ์การถูกตีตรา หรือประสบการณ์ที่ถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นคนแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประสบการณ์เหล่านั้นนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกเจ็บปวด หรือความคิดด้านลบต่อตนเอง

2) สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกเจ็บปวดที่มีต่อตนเอง กับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ

3) สมาชิกกลุ่มสามารถอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้าของตัวสมาชิกเองได้

การดำเนินกิจกรรม

การอธิบาย การเรียนรู้ และการเผชิญหน้าเกี่ยวกับการตีตราตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มยุติการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง มุ่งเน้นให้สมาชิกได้เผชิญหน้ากับประสบการณ์ความเจ็บปวดของตนเอง โดยที่ไม่ต้องปรับเปลี่ยนความถี่หรือรูปแบบของความคิด ความรู้สึกนั้น ๆ โดยภายในกิจกรรมสมาชิกจะได้รับมอบหมายให้ระบุสถานการณ์การที่ตนเองถูกตีตรา หรือประสบการณ์ที่ถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นคนแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องมาจากการที่ตนเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประสบการณ์เหล่านั้นนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกเจ็บปวด หรือความคิดลบต่อตนเอง (การตีตราตนเอง) พร้อมทั้งการสนับสนุนให้สมาชิกได้อธิบายความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเองดังกล่าว และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิด ความรู้สึกเหล่านั้น ๆ นอกจากนี้สมาชิกจะได้รับข้อมูลการอธิบายเชื่อมโยงระหว่างการตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาอาการซึมเศร้า และความสำคัญในการจัดการกับสาเหตุ นั่นคือ การตีตราตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ใบกิจกรรมที่ 2 “บันทึกจากเรื่องราวในวันนั้นของ.....(ชื่อสมาชิก).....”
- 2) ใบความรู้ที่ 2 “การตีตราตนเอง กับอาการซึมเศร้า”
- 3) ฟลิปชาร์ทเปล่า
- 4) ปากกาเคมี
- 5) ฟลิปชาร์ท “สรุปเกี่ยวกับการตีตราตนเอง”
- 6) ฟลิปชาร์ท “สรุปประสบการณ์ ความรู้สึก ผลกระทบ”
- 7) ฟลิปชาร์ท “สรุปลักษณะอาการซึมเศร้า”

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าที่เป็นประเด็นสำคัญของการศึกษานี้ นั่นคือ การติตราตนเอง ซึ่งก่อนการทำกิจกรรมผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ยังไม่รู้จักการติตราตนเอง ไม่รู้ว่าการถูกมองแบบเหมารวมในทางลบจากสังคมที่ตนเองกำลังเผชิญนำไปสู่การติตราตนเอง และการติตราตนเองนั้นนำไปสู่อาการซึมเศร้า ภายหลังจากได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการติตราตนเอง ความหมายกระบวนการเกิดการติตราตนเองในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถบอกเล่าสถานการณ์การถูกติตรา หรือประสบการณ์ที่ถูกทำให้รู้สึกที่ตนเองแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประสบการณ์เหล่านั้นนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกเจ็บปวด หรือความคิดด้านลบต่อตนเอง พร้อมทั้งสามารถบอกเล่าถึงตัวอย่างคำพูดลบที่มักใช้ติตราตนเอง และอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เห็นได้จากตัวอย่างการพูดคุยและบางส่วนจากใบกิจกรรมที่ 2 “บันทึกจากเรื่องราวในวันนั้นของ.....” ดังนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1

ประสบการณ์การถูกติตรา “โดนระแวง ไม่ไว้ใจจากคนรอบข้าง พ่อ แม่” โดยผู้ป่วยได้อธิบายถึงเหตุการณ์ที่เผชิญเพิ่มเติมจากที่ระบุในใบกิจกรรมว่า “เวลาเดินออกไปนอกบ้าน พอกลับเข้ามาจะถูกใช้คำถ่มที่สื่อไปในทางที่กล่าวหาว่าผมต้องออกไปเสพยาแน่ ๆ แต่ผมไม่ได้เสพ ผมออกไปเตะบอลกับเพื่อน ซึ่งเป็นเพื่อนกลุ่มที่ไม่ได้เล่นยา พ่อก็กล่าวหาว่าที่ผมออกไปหาเพื่อน คือออกไปเล่นยาแน่ ๆ บางครั้งก็มาค้นกระเป๋าสะพายส่วนตัวของผม ไซ้ที่แต่ก่อนผมเคยใส่ยาและอุปกรณ์การเสพไว้ แต่ตอนนี้ผมพยายามเลิกแล้ว ผมมาคลินิก ผลฉีเขาก็เห็น แต่เขาไม่เชื่อใจผม ยังมาค้นกระเป๋าผม ผมออกไปสูบบุหรี่ข้างบ้าน กลับเข้ามาในบ้านก็ถูกค้นห้องนอน เขาชอบใช้สายตาแยะ ๆ มองผม แบบว่าด่าผมทางสายตา”

การติตราตนเอง “ตอนแรกผมก็โกรธพวกเขาซะ แล้วผมก็โกรธตัวเอง กูมันแยะ กูแค้ไอ้ขี้ยา กูมันเหี้ย กูมันลูกที่เหี้ยทำพ่อแม่เดือนร้อน”

ผลกระทบ “ทำร้ายร่างกายตัวเอง กรีดแขน ใช้น้ำมากกว่าเดิม” โดยผู้ป่วยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “ผมเคยกรีดมาหลายครั้งแล้วก่อนหน้านี้ มันอึดอั้น คุยกับใครก็รู้สึกว่ามีใครเข้าใจ แม่ก็บ่นไม่เคยฟังเลย กรีดแขนแล้วรู้สึกดีขึ้น แต่ช่วงหลัง ๆ มาผมยังตัวเองได้ ไม่อยากทำร้ายตัวเองแล้ว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3

ประสบการณ์การถูกติตรา “ผมเคยเจอสายตาดูถูกจากญาติ จากคนใกล้ชิด เคยถูกกล่าวหาว่าเป็นขโมย ตอนนั้นอยู่ที่บ้านของญาติหาย ซึ่งผมไม่รู้เรื่อง ไม่ได้เป็นคนเอาไป แต่โดนพูดกระแทกแค้นตำหนองว่าผมเป็นคนเอาไป เคยถูกกีดกันจากสังคมและคนรอบข้าง ตอนนั้นผมไปอ้อมลูกของญาติ เขาก็มาดึงออกไป ไม่ให้อุ้ม และห้ามไม่ให้ลูกเขามาเล่นกับลูกผม”

การตีตราตนเอง “ผมกลับมาค่าตัวเอง ไอ้ซี่ยา ผมมันแย่ ผมมันเลว ลูกผมเลยต้องมาเจออะไรแบบนี้”

ผลกระทบ “ผมเก็บตัวเอง จมอยู่กับยา เพราะผมไม่เป็นที่ต้องการ ก็ไม่อยากจะออกไปเจอใคร พออยู่คนเดียวก็อยากใช้ยา บางทีก็ใช้มากขึ้น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 4

ประสบการณ์การถูกตีตรา “พอใช้ยา ใครก็ไม่เชื่อในตัวเรา ผมถูกรุ่นน้องใส่ร้ายจนอาจารย์จะไม่ให้เรียนหนังสือทั้งที่เหลืออีกแค่ 1 เทอม เพราะคิดว่าเราขายและไม่ถามความจริงจากเราเลยสักนิด อาจารย์คนนั้นพูดกับผมว่า เม็งมันกลับตัวไม่ได้แล้ว” “แถวบ้านผมก็เริ่มมีปัญหา เริ่มมีคนนำยามาขายแล้วตำรวจก็คิดว่าเป็นผม ทั้ง ๆ ที่ผมไม่ได้ทำ ออกจากบ้านมากก็ไม่ได้ กลัวถูกตำรวจยึดยา”

การตีตราตนเอง “เรามันโง่เอง เรามันผิดเอง คนอื่นเลยมองเราเหมารวมไปแบบนั้น” ซึ่งขณะที่เล่าผู้ป่วยมีน้ำตาคลอ เจ็บไปชั่วขณะ

ผลกระทบ “ผมโทษตัวเอง บางทีมันทำให้ผมอยากกลับไปใช้ยาอีก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5

ประสบการณ์การถูกตีตรา “ผู้คนรังเกียจและตีตราว่าเราคิดไม่ได้ เป็นซี่ยา ทางบ้านก็ไม่มีความไว้วางใจหรือเชื่อใจเลย คอยดูถูกเหยียดหยามเรา เคยมีเหตุการณ์ที่น้องในบ้านไปติดยา เขาก็กล่าวหาว่าผมเป็นคนทำให้ติด เป็นคนพาไป แต่ผมไม่เกี่ยวไม่รู้เรื่องอะไรเลย มันไปของมันเอง ตัวผมเป็นลูกชายคนเล็ก ลูกชายคนเดียว แต่ก่อนผมได้ของขวัญตลอด แต่ตอนนี้ไม่มีใครให้อะไรผมเลย ผมออกจากบ้านไปทำอย่างอื่นก็ถูกกล่าวหาว่าไปเล่นยา แต่ผมไม่ได้เล่นแล้ว เคยออกไปหางานทำที่บ้านก็พูดว่า ที่ไหนเขาจะรับคนอย่างมึง”

การตีตราตนเอง “รู้สึกตอกย้ำตัวเองจนไม่รู้จะหาทางออกยังไง ทำไมเราคิดไม่ได้ เราเป็นซี่ยา เราซี้บมัย ทำให้คนอื่นไม่ไว้วางใจ ไม่ได้อะไรสักอย่างจากที่เคยได้มา”

ผลกระทบ “ผมทำร้ายตัวเอง เคยอยากฆ่าตัวตายให้จบปัญหาตรงนี้ บางทีก็ซังตัวเองอยู่คนเดียว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7

ประสบการณ์การถูกตีตรา “บางครั้งอยากคุย แต่ก็ไม่มีใครรับฟัง บางครั้งเราไม่ผิด แต่กลับโดนเหมารวมว่าผิด ชีวิตไม่มีค่าเจอแต่ผู้คนมองเราในแง่ลบเสมอ ผมเคยถูกให้พักจากงานเพราะมีสินค้าเสียหาย หรือบางครั้งก็มีสินค้าหาย ซึ่งผมไม่รู้เรื่องอะไรด้วยเลย แต่เขาเหมามาหลงที่ผมว่าผมผิด โดนไม่มีการสอบสวนข้อเท็จจริงอะไรเลย และที่น่าเสียใจ คือ คนที่ทำแบบนี้เป็นพี่ชายผมเอง และเคยมีครั้งหนึ่งผมเดินเข้าไปคุยกับญาติ เขาเดินหนี บางครั้งผมพูด แต่เขาก็ไม่สนใจ ไม่คุยด้วย เขาแสดงท่าทีเมินผม ทำเหมือนไม่เห็นผม เหมือนผมไม่มีตัวตน”

การตีตราตนเอง “ผมจะโทษตัวเองเสมอ ไม่โทษใคร เพราะผมทำตัวแย่มากตลอด ผมมันบ้า เป็นคนบ้า”

ผลกระทบ “ผมจะโทษตัวเองตลอด คุณคนเดียวเป็นบางครั้ง ไม่อยากไปไหน ไม่อยากทำอะไร เหมือนชีวิตมันหมดทุกอย่าง พอออกไปเจอสังคมภายนอกทำแย ๆ ใส่ ผมก็จะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ทำอะไร บางครั้งก็อยากกลับไปใช้ชีวิต ๆ เคยมีความคิดอยากโดดน้ำให้ตาย ๆ ไป ผมว่าผมเข้าใจคนที่เขาฆ่าตัวตาย เขาคงเป็นเหมือนผม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 10

ประสบการณ์การถูกตีตรา “ผมถูกเพื่อนมองว่าเป็นคนไม่ดี เพื่อนที่สนิทตีตัวออกห่าง ไม่ค่อยคุยด้วยเหมือนเดิมเมื่อรู้ว่าผมใช้ยา ตอนทำงานก็มีปัญหา คือ หัวหน้าไปทราบดีว่ามีประวัติใช้ยา หลังจากนั้นมันมีเหตุการณ์ที่ผมไปทำงานสาย 1 ครั้ง กลับถูกหัวหน้าไล่ออกจากงาน ทั้ง ๆ ที่เพื่อนร่วมงานมาสายหลายครั้งกลับไม่เคยถูกลงโทษอะไรเลย เวลาทำงานก็ถูกจ้องมอง เมื่อโดนไล่ออกผมก็โทรไปขอคำอธิบายเนื่องจากคนอื่นก็ผิดเหมือนกันแต่ไล่ผมออกคนเดียว หัวหน้าก็ให้คำตอบผมไม่ได้”

การตีตราตนเอง “รู้สึกเสียใจ ผิดหวังในตัวเอง บางครั้งก็นึกโกรธตัวเอง ถูกแล้วที่หัวหน้าจะทำแบบนั้นเพราะผมเคยใช้เฮโรอีน บางทีผมก็มีต่อว่าตัวเอง เออ กูมันแย่ แล้วก็มารู้สึกเสียใจน้อยใจ เปื่อ”

ผลกระทบ “เมื่อไม่เป็นที่ต้องการก็อยากแยกออกมาอยู่คนเดียว ไม่อยากไปเจอสถานการณืแบบนั้นอีก อยากรอยู่คนเดียว ไม่อยากเข้าสังคม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 14

ประสบการณ์การถูกตีตรา “มีครั้งหนึ่งผมทำมือถือหาย กลับโดนที่บ้านมองว่าผมนำไปขายเพื่อซื้อยาเสพติด แล้วก็มียี่ห้อในบ้านหาย พวกเขาไม่ได้กล่าวหาผม แต่ในบ้านมีกัน 5 คน พวกเขา 4 คนคุยกันหมดเรื่องของหาย แต่เสียงที่จะไม่พูดกับผมเรื่องนี้ จะให้ผมคิดยังไง แต่ผมไม่ได้เป็นคนเอาไปจริง ๆ”

การตีตราตนเอง “ตอนแรกผมว่ามันดูตลกที่คิดว่าผมจะขายโทรศัพท์ตัวเองเพื่อไปซื้อยา ส่วนเรื่องของหาย ก็ผมมันติดยา ถูกแล้วที่คนในบ้านเขาจะคิดแบบนั้น ที่จะโทษว่าผมเป็นคนเอาไป ผมมันเลว เหยี่ย เป็นขี้ยา”

ผลกระทบ “ผมก็พยายามทำตัวปกติ ไม่ให้แปลกไปจากเดิม เดี่ยวจะโดนกล่าวหาว่าทำในสิ่งที่ไม่ได้ทำ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 16

ประสบการณ์การถูกตีตรา “สิ่งของมีค่าของเพื่อนหาย และช่วงตอนนั้นผมเสพยาอยู่ก็มาหาว่าผมเป็นคนเอาไป แต่ในที่สุดคนที่เอาไปไม่ใช่ผม ผมโดนด่าว่าเป็นคนเหยี่ยในสายตาเพื่อน ๆ เพราะผมเป็นคนเสพยา”

การตีตราตนเอง “คิดว่าทำไม แค่มผมเป็นคนที่ใช้ยาจะต้องเป็นซีซีโมยทุกคนเธอ คิดว่ากูตลอด ผมเลยคิดว่าผมมันไม่มีค่า ผมมันเหี้ย ไม่มีอะไรดีเลยซักอย่าง”

ผลกระทบ “มันทำให้ผมรู้สึกว่าคุณไม่ดี ไม่มีค่า เป็นภาระครอบครัว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17

ประสบการณ์การถูกตีตรา “เคยมีที่พี่สาววางเงินไว้ที่อื่น ลืม หาเงินไม่เจอ แต่มาโทษผมหาว่าผมเป็นคนขโมยไป” “ผมถือสายชาร์ตแบตโทรศัพท์ที่จะเอาไปชาร์ต แต่ผมถือสายแบบสายห้อย ๆ ลากลงพื้น แม่ก็มากล่าวหาว่าผมจะเอาสายชาร์ตไปรดแชนดิทยา ผมเข้าห้องน้ำนานหน่อยก็หาว่าผมเสพยาแล้ว” “ผมเสพยาแบบฉีด ไอ้พวกที่ทำงานผมที่เล่นยาเหมือนกันแต่พวกมันดม มันหาว่าผมเป็นตัวนำรังเกียจ มันทำสายตารังเกียจผม ยกมือทำท่าผล็วออก เหมือนไม่อยากโดนตัวผม”

การตีตราตนเอง “ผมไม่ได้โกรธพี่สาวตอนที่เขามากล่าวหาผม ผมมันติดยาไง ถูกแล้วที่เขาต้องโทษผม ผมว่าตัวผมแม่งโคตรต่ำเลย ขนาดคนที่เสพด้วยกันมันยังมามองว่าผมแย่กว่าพวกมันอีก ผมแม่งเหี้ย”

ผลกระทบ “ผมท้อ หมดกำลังใจ ไม่อยากเป็นคนดี อยากขโมยเงินจริง ๆ เลวไปเลย ไม่สนใจ กลับไปใช้ยาและเล่นมันให้หนักกว่าเดิม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 18

ประสบการณ์การถูกตีตรา “เคยมีที่โทรศัพท์แม่หาย เขาไปวางมั่วตัวเองแล้วลืม แต่มาโทษว่าผมเป็นคนเอาไป บางทีผมออกจากบ้านไปหาเพื่อน ก็โดนกล่าวกล่าวหาว่าไปเสพยาตลอด แต่ผมไม่ได้ไปเสพ”

การตีตราตนเอง “ผมเป็นตัวช่วย ผมเบื้อที่ต้องมาเจออะไรแบบนี้ ผมแม่งเป็นตัวช่วย”

ผลกระทบ “ผมอยากหนีออกจากบ้าน บางทีก็ชอบที่จะโดนมองแยะ ๆ และผมจะได้ทำแยะ ๆ ใส่เพิ่มอีก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 19

ประสบการณ์การถูกตีตรา “ผมเคยมีรุ่นพี่ที่นับถือ เขาเคยรักผมมาก ผมก็เคารพเขามาก พอผมมาติดยาและช่วงที่ผมพยายามเลิกยา ผมอยากไปอยู่กับพี่เขา ไปขอความช่วยเหลือเขา เพียงแค่ขอผมมานั่งกินเหล้าด้วย นั่งปาร์ตี้ด้วยแค่นั้นเอง ผมอยากออกมาจากกลุ่มที่ใช้ยา แต่พอผมกลับไปหาพี่เขา เขาเปลี่ยนไป เขารังเกียจผม ไล่ผม พุดกับผมว่า กูเกลียดไอ้พวกขี้ยา เวลาเจอหน้าผมจะชอบใช้คำพูดทักทายว่า เมิงไปโดนมาปะเนี่ย แล้วยกมือขึ้นทำท่าห้ามไม่ให้ผมเข้าใกล้เขา”

การตีตราตนเอง “ผมน้อยใจพี่เขา ผมคิดว่าทำไมเราเลวแบบนี้ ทำไมเรานำรังเกียจขนาดนี้ ทำไมเราดูแยะ น่าสมเพชขนาดนี้”

ผลกระทบ “ผมเสียใจ น้อยใจอย่างบอกไม่ถูก ผมก็เก็บตัว ไม่กล้าเข้าหาเขาอีก เข้าไปที่เจ็บบวดอีก”

จากการทำกิจกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกคนสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง การตีตราตนเอง และผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อมีการอธิบายเชื่อมโยงระหว่างการตีตราตนเองกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากตัวอย่างที่ผู้ป่วยได้กล่าวมาข้างต้น พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยมีการพยักหน้าคล้อยตามเมื่อถูกชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากบางตัวอย่างที่มีความชัดเจน เช่น “ทำร้ายร่างกาย กรีดแขน ใช้ยามากกว่าเดิม” “เกิดการทำร้ายตัวเองและต้องการอยากฆ่าตัวตายให้จบปัญหาตรงนี้” หรือ “เคยมีความคิดอยากกระโดดน้ำให้ตาย ๆ ไป ผมว่าผมเข้าใจคนที่เขาฆ่าตัวตาย เขาคงเป็นเหมือนผม” และนอกจากนี้ยังเห็นความเชื่อมโยงได้จากตัวอย่างคำพูดอธิบายย้อนกลับที่ว่า “มันจะมาด้วยกัน ตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้า” “การที่เรามีการต่อว่าตนเองแรง ๆ จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา” “มันมาคู่กัน พอเรามีความคิดตีตราตนเอง เราก็จะมีอาการซึมเศร้า” หรือ “เมื่อเรามีค่าตัวตัวเอง เราจะน้อยใจ เสียใจ เศร้า ไม่อยากไปเจอใคร อาการซึมเศร้าก็ตามมา”

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รู้จักกับอาการซึมเศร้า เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า นั่นคือ การตีตราตนเองตนเอง ยอมรับว่าตนเองประสบกับการถูกมองแบบเหมารวมทางด้านลบจากสังคม ยอมรับว่าตนเองมีการตีตราตนเอง และการตีตราตนเองนั้นนำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นการจัดการการตีตราตนเองจึงเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ลดปัญหาอาการซึมเศร้าลงได้ ซึ่งการจัดการการตีตราตนเองนั้นจะเป็นกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 3 ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง

2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะเกี่ยวกับการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองได้

2) สมาชิกกลุ่มสามารถอธิบายเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองทั้ง 3 เทคนิคได้

3) สมาชิกกลุ่มสามารถแสดงทักษะตามเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

การเรียนรู้และฝึกเทคนิคการแยกความคิด หรือกล่าวได้ว่าเป็นการฝึกสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องด้วยการตีตราตนเองจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกนึกคิดที่

วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ต่อว่า ต่ำท้อ ดูถูกตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตนนั้นถูกปฏิเสธหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ด้วยสาเหตุจากการที่ตนเองเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ จนก่อให้เกิดปัญหาอาการซึมเศร้าตามมา ความคิดตีตราตนเองเหล่านี้จะเริ่มส่งผลกระทบมากขึ้นเมื่อสมาชิกเชื่อและนำตนเองไปจมอยู่กับความคิดเหล่านั้น ดังนั้นเมื่อสมาชิกได้ผ่านกิจกรรมมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเองแล้ว กิจกรรมในครั้งนี้จะสอนและฝึกให้สมาชิกได้สร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นด้วย 3 เทคนิคการแยกความคิด ได้แก่ 1) Create a distance 2) Titchener's repetition และ 3) Sing it out เทคนิคเหล่านี้เป็นวิธีที่จะช่วยให้สมาชิกดึงตนเองออกจากความคิดตีตราที่เกิดขึ้น เป็นการลดอิทธิพลของความคิดตีตราตนเอง อันจะนำมาซึ่งการลดลงของปัญหาอาการซึมเศร้า

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ฟลิปชาร์ท “สรุปประสบการณ์ ความคิดความรู้สึกลบ ผลกระทบ”
- 2) บัตรคำ
- 3) ปากการเคมี
- 4) ใบความรู้ที่ 3 “เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง”

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการจัดการการตีตราตนเอง หรือการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ให้มีระยะห่างระหว่างตนเองกับความคิดของเรา และจะทำให้เราไม่จมไปกับความคิดนั้น” “เพื่อลดอิทธิพลของคำตีตราตนเอง” “เพื่อให้คำตีตราตนเองมันรุนแรงลดลง” “ช่วยให้ไม่เศร้า ไม่จมลงไป” “เพื่อแยกความคิดออกมาจะได้ไม่เศร้า” “ช่วยให้มันมีช่องว่างเกิดขึ้น” เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง 3 เทคนิค ผู้ป่วยทุกคนสามารถอธิบายย้อนกลับทั้ง 3 เทคนิคได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งมีความสามารถในการแสดงทักษะตามเทคนิคที่กล่าวข้างต้นได้ โดยคำพูดตีตราตนเองที่นำมาใช้ฝึกเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง มาจากการย้อนถึงประสบการณ์การถูกตีตราและการตีตราตนเองที่ได้ร่วมพูดคุยเมื่อกิจกรรมบำบัดในครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในการตีตราตนเองมากขึ้นเมื่อเทียบกับการบำบัดครั้งก่อนหน้า ในการบำบัดครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถระบุคำพูดที่มักใช้ตีตราตนเองได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีการแสดงเทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง และระบุถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการใช้เทคนิคตัวอย่างความคิดตีตราตนเอง เทคนิคที่ใช้ และความรู้สึกหลังใช้เทคนิค ผู้ป่วยได้กล่าวไว้ดังนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1

ผู้ป่วยระบุความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นบ่อย คือ “กุ่มนเห็นย” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมเห็นย” ภายหลัง

ทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “เออ รู้สึกว่าคำนี้มันไม่เหมือนเดิม มันไม่รู้สึกรุนแรงเหมือนตอนที่พูดว่ากูมันเหี้ย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “ไอ้ซีแพ้” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมซีแพ้” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “เมื่อผมพูดแบบนี้แล้วรู้สึกว่าการพูดนี้มันเบาลงกว่าเดิม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 4

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูแม่งโง่” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมโง่” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “คำคำดูเบาไปจากเดิม ยังไม่ทันได้เป็นไปตามนั้น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “ไอ้ซียา” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener’s repetition) “ซียา ซียา ๆ ๆ” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “ผมรู้สึกว่าการพูดมันต่างไปจากเดิม ไม่รู้หมายถึงอะไร”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูมันบ้า ไอ้บ้า” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener’s repetition) “ไอ้บ้า ไอ้บ้า ๆ ๆ” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “คำมันดูไม่รุนแรงเหมือนเดิม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “ไอ้ซียา” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมซียา” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “รู้สึกเหมือนมันห่างกว่าการพูดแบบแรก มันดูเบาลง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูแม่งเหี้ย” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener’s repetition) “เหี้ย เหี้ย ๆ ๆ ...” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “การพูดโดยใช้เทคนิคทำให้ไม่รู้สึกรุนแรงเหมือนคำพูดแรก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13

ผู้ป่วยระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูมันแะด่า” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener’s repetition) “แะด่า แะด่า ๆ ๆ ...” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “คำพูดดูไม่รุนแรงเท่าเดิม”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 14

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ก่อนที่จะระบุนึกความคิดที่ตราตนเอง ผู้ป่วยได้เล่าย้อนถึงเหตุการณ์ที่ตนเองถูกมองแบบเหมารวมทางด้านลบจากสังคม โดยผู้ป่วยเล่าว่า “มีครั้งหนึ่งผมเคยไปขึ้นศาลคดีมีเฮโรอีนไว้ในครอบครอง ตอนที่ขึ้นศาลมันมีผู้คุมและผู้ต้องขังคดีอื่นมาขึ้นศาลด้วยเหมือนกัน ซึ่งตอนนั้นผู้คุมมันขึ้นมาที่ผม แล้วพูดกับพวกนักโทษคนอื่นว่า เห้ย พวกมันดู นั้นน้ำพุ น้ำพุ อย่างพวกมันไม่เท่าไรร่ ต้องแบบไอ้นี้” สำหรับความคิดที่ตราตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยระบุว่า “ขนาดพวกมันอยู่ในคุก มันยังมามองว่าผมแย่กว่าพวกมันเลย คิดแล้วผมว่าผมมันน่าสมเพช สมเพชตัวเอง” ดังนั้นในกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้ระบุนึกความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้นว่า “สมเพช” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมน่าสมเพช...” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “มันเหมือนตัวผมไม่ได้เป็นตามที่ผมด่าตัวเอง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 16

ผู้ป่วยระบุนึกความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “ผมมันไร้ค่า” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) “ไร้ค่า ไร้ค่า ๆ ๆ ...” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “เออ มันตลกดี เป็นคำอะไรก็ไม่รู้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 18

ผู้ป่วยระบุนึกความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูแม่งตัวช่วย” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมเป็นตัวช่วย” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “มันต่างจากที่พูดอย่างแรก ดูไม่แรงเท่า”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 19

ผู้ป่วยระบุนึกความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้น คือ “กูมันแย” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) “แย แย ๆ ๆ ...” ภายหลังทดลองฝึกใช้เทคนิค ผู้ป่วยรายนี้ได้ระบุว่า “คำพูดนั้นรู้สึกเบาลง”

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้ฝึกเทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง ความคิดและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้ระบุภายหลังการฝึกมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการใช้เทคนิค นั่นคือ เพื่อสร้างระยะห่างระหว่างตัวตนกับความคิดที่ตราตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การลดอิทธิพลของคำพูดที่ตราตนเหล่านั้น เมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความคิดที่ตราตนเอง มีทักษะสำหรับใช้จัดการการตราตนเอง คือ เทคนิคการสร้างระยะห่างจากความคิดที่ตราตนเอง สิ่งสำคัญลำดับต่อมาเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีสติอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจับความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้นได้และนำไปสู่

การใช้เทคนิคที่ได้ฝึกไปในกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 สำหรับการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดเป็นกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับความคิดตีตราตนเองและอาการซึมเศร้า

2) เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับความคิดตีตราตนเองและอาการซึมเศร้าได้

2) สมาชิกสามารถฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยวิธีการทำสมาธิกำหนดลมหายใจได้

การดำเนินกิจกรรม

การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ผ่านการฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ เนื่องด้วยการจะใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองเพื่อลดอิทธิพลของความคิดตีตราที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญ คือ สมาชิกต้องอยู่กับปัจจุบันขณะ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์ไปถึงความรู้สึก และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว เพื่อให้สมาชิกสามารถจับความคิดตีตราตนเองที่เกิดขึ้นได้ทัน และไม่ปล่อยให้ตนเองจมลงไปกับความคิดตีตราเหล่านั้น ดังนั้น ในกิจกรรมนี้จึงเป็นการสอนและฝึกการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ พร้อมการอธิบายเชื่อมโยงประโยชน์ของการฝึกทำสมาธิประยุกต์ใช้กับกิจกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง และการใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง พร้อมทั้งการมอบหมายการบ้านเพื่อให้สมาชิกกลับไปฝึกทำสมาธิประจำวัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ฟลิปชาร์ต
- 2) ปากกาเคมี
- 3) ใบกิจกรรมที่ 4 “ฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด”
- 4) ใบความรู้ที่ 4 “การฝึกสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ”
- 5) ใบการบ้าน “ฝึกสมาธิอยู่กับปัจจุบัน รู้ทันความคิดตีตราตนเอง”

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทราบถึงความสำคัญของการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด โดยสามารถตอบย้อนกลับถึงความสำคัญ พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงไปสู่การตีตราตนเองและอาการซึมเศร้าได้ภายหลัง

จากการทำกิจกรรมตามคำสั่งของผู้บำบัด คือ การหลับตานาน 2 นาทีแบบอิสระ เปรียบเทียบกับการหลับตาแบบออกคำสั่ง เนื่องด้วยตัวกิจกรรมมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มองเห็นธรรมชาติของความคิด เมื่อได้รับการอธิบายเชื่อมโยงจากผู้บำบัดเพิ่มเติม ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดที่ว่า

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 “การฝึกก็เพื่อให้เราไม่ฟุ้ง มีจุดโฟกัส เราจะได้รู้ความคิดดีตราของเราและจัดการได้ จะได้ไม่เศร้า”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 “ถ้าไม่บังคับมันจะคิดไปเรื่อย ๆ ฟุ้ง บางครั้งก็ไม่รู้ว่าตัวเองคิดอะไรอยู่ ไม่อยู่กับตัวเอง พอเริ่มได้โฟกัสจะเห็นความคิดอื่น ๆ ที่เข้ามาชัดเจนขึ้น การฝึกสติก็เพื่อจะได้รู้ความคิดดีตราตนเอง ถ้าเราคิดได้จะใช้เทคนิค”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12 “ฝึกสติเพื่อให้รู้ความคิดตัวเอง จะได้ใช้เทคนิค เพื่อให้ตัวเองซึมเศร้า”

ทั้งนี้กิจกรรมการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดมีความคาบเกี่ยวกัน โดยผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดด้วยการเรียนรู้ธรรมชาติของความคิดผ่านกิจกรรมการหลับตาแบบอิสระ 2 นาที เปรียบเทียบกับการหลับตาแบบออกคำสั่ง 2 นาที จากนั้นผู้ป่วยจะถูกโยนเข้าสู่การฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ภายหลังการฝึกพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ส่วนใหญ่มีคะแนนความสงบเพิ่มขึ้น โดยเทียบคะแนนระดับความสงบจากการหลับตาแบบอิสระกับการหลับตาร่วมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ โดยตัวอย่างการทำกิจกรรมผู้ป่วยได้ระบุไว้ดังนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “งง ไม่รู้ว่าตัวเองคิดอะไรอยู่ เหมือนไม่ได้คิดอะไรแต่ก็คิด” ให้คะแนนความสงบ 8 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “พอได้เริ่มโฟกัสกับการนั่ง พอนั่งไปสักพักก็เมื่อเรื่องอื่นเข้ามาในหัว เรื่องอื่นเข้ามาแล้วรู้ทันที” และภายหลังการหลับตาร่วมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “ยังมีความคิดฟุ้งซ่านหลายเรื่อง คิดหลายเรื่อง” ให้คะแนนความสงบ 6 คะแนน เมื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับคะแนนความสงบที่ลดลง ผู้ป่วยอธิบายว่า “เข้าใจว่าที่ในหัวไม่คิดอะไรเลยในตอนแรกคือความสงบ แต่จริง ๆ แล้วไม่ใช่ คือมันคิดแต่ไม่รู้ว่าเรื่องอะไร แบบที่รู้ว่าเราคิดอะไรในตอนหลังรู้สึกดีกว่า”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “เกิดความฟุ้งซ่านมาก ๆ มีเรื่องราวต่าง ๆ ให้คิดหรือเข้ามาในหัวมากมาย” ให้คะแนนความสงบ 2 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “พยายามจดจ่ออยู่กับการทำสมาธิและคำสั่ง แต่จะมีอะไรพยายามเข้ามา

แทรกกับความคิดบ้างนิดหน่อย” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “พยายามจดจ่อ แต่ยังมีอะไรบกวนอยู่” ให้คะแนนความสงบ 5 คะแนน

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 6 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “รู้สึกมีความคิดวนไปมาแต่จับไม่ได้” ให้คะแนนความสงบ 5 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “รู้สึกจิตใจนิ่งสงบกว่าครั้งที่ 1 ยังไม่มีความคิดอื่นเข้ามาแทรก” โดยผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกเพิ่ม นอกเหนือจากในสมุดคู่มือว่า “เออ มันรู้สึกสงบขึ้นเลย” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “ช่วงแรกความคิดล่องลอย แต่พยายามดึงกลับมาอยู่ที่การหายใจ ทำให้รู้สึกนิ่งมากขึ้น” ให้คะแนนความสงบ 6 คะแนน

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “รู้สึกว่าคิดแต่เรื่องลบ ๆ เดิม ๆ วนไปมา” ให้คะแนนความสงบ 4 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “รู้สึกว่าสมองมันต่อต้านกับคำสั่ง” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “พยายามอยู่ที่ลมหายใจเข้าออกช้า ๆ รู้สึกมีสมาธิมากขึ้น” ให้คะแนนความสงบ 5 คะแนน

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “คิดเยอะจำไม่ได้ มีคิดว่ากลับจากโรงพยาบาลแล้วจะทำอะไรดี” ให้คะแนนความสงบ 3 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “ก็รู้สึกสงบขึ้นกว่าครั้งแรก มีคิดว่าที่พยาบาลจะถามเรื่องอะไรต่อ” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “รู้สึกสงบ รู้สึกดี” ให้คะแนนความสงบ 7 คะแนน

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 10 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “ในหัวไม่ได้คิดอะไร ไม่รู้ว่าคิดอะไร” ให้คะแนนความสงบ 6 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “พอมีสั่งมีจุดโฟกัสเข้ามา พยายามตั้งใจคิดมากขึ้น เห็นความคิดตัวเองชัดขึ้น” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “พอเริ่มหลับตาก็จะคิดไปหลายเรื่อง” ให้คะแนนความสงบ 7 คะแนน เมื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับคะแนนความสงบที่เพิ่มขึ้น ทั้งที่ให้เหตุผลว่าเมื่อหลับตาผู้ป่วยมีคิดหลายเรื่อง ผู้ป่วยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “มันมีคิดหลายเรื่อง แต่ผมก็พยายามดึงกลับมาที่ลมหายใจ จมูก สะดือ จมูก มันเลยรู้สึกว่าสงบกว่าหลับตาครั้งแรก”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 15 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “รู้สึกหัวว่าง รู้ว่ามีเรื่องคิด แต่ไม่รู้ว่าเรื่องอะไร” ให้คะแนนความสงบ 4 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “ก็คิดเฉพาะเรื่องที่สั่ง แต่มันมีเรื่องอื่นแวบเข้ามา แบบเรื่องที่จะทำธุรกิจกับเพื่อน” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “พยายามตั้งใจทำ มันอึดอัดช่วงที่เริ่มทำ แต่ไม่มีเรื่องอะไรแวบเข้ามา” ให้คะแนนความสงบ 6 คะแนน

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 16 ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า “ไม่รู้ ไม่รู้ว่าคิดอะไร บอกไม่ถูก” ให้คะแนนความสงบ 3 คะแนน เมื่อหลับตาแบบออกคำสั่งพบว่า “ก็พยายามบังคับ

ให้คิดตามคำสั่ง มีเรื่องอื่นแวบมา จะถึงคิวหาหมอหรือยัง” และภายหลังการหลับตาพร้อมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า “พยายามคิดถึงการทำใจตามที่พี่บอก บังคับตัวเองให้คิดตามนั้น แต่ยังมีเรื่องอื่นแวบเข้ามา” ให้คะแนนความสงบ 5 คะแนน

ภายหลังจากจบกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 4 ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการบ้านให้ไปฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ พร้อมทั้งบันทึกคะแนนความสงบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความคิดตีตราทนเอง (ถ้ามี ณ ขณะที่ฝึก) และการใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราทนเอง พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกรายมีคะแนนความสงบเพิ่มขึ้น และเข้าใจว่าการฝึกดังกล่าวช่วยให้เห็นความคิดตีตราทนเองได้ง่ายขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ฝึกแล้วรู้สึกนิ่งมากขึ้น รู้ความคิดตนเองชัดขึ้น ไม่ฟุ้ง” “ฝึกแล้วรู้สึกสงบขึ้น เห็นความคิดตีตราทนเองมาบางครั้ง” “ฝึกแล้วโฟกัสความคิดได้ดีขึ้น” และ “ตอนทำมีอึดอัด แต่วันหลัง ๆ เริ่มชิน รู้สึกว่ามองเห็นความคิดตัวเองชัดขึ้น” เป็นต้น มีบางรายระบุว่ามีความคิดตีตราทนเองบางครั้ง “ตอนทำสมาธิมีตัวตัวเองว่า ภูมันบ้า ผมลองพูดซ้ำ ๆ ดัง ๆ เพราะอยู่ในบ้านคนเดียว มันก็รู้สึกดีขึ้น เบาลง” นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย 1 รายที่เข้าใจเทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราทนเองผิด โดยเมื่อฝึกสมาธิแล้วพบว่าตนเองมีความคิดตีตราทนเองเกิดขึ้น ผู้ป่วยระบุความคิดตีตราทนเองว่า “กูแม่งเลว” และลองใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) ซึ่งผู้ป่วยบันทึกมาว่า “พูดใหม่ว่า ผมก็เป็นคนดีได้” ภายหลังจากอธิบายซ้ำเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถสาธิตย้อนกลับการใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราทนเองได้อย่างถูกต้อง

การบำบัดครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้เกี่ยวกับการกำหนดทิศทางชีวิต ความสำคัญ และเข้าใจความแตกต่างของการกำหนดทิศทางชีวิตกับการตั้งเป้าหมาย
- 2) เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจทิศทางชีวิตของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) สมาชิกกลุ่มสามารถบอกความหมาย ความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิต และสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างการกำหนดทิศทางชีวิตกับการตั้งเป้าหมายได้
- 2) สมาชิกสามารถกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 2. ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน 3. ด้านการงานหรือการศึกษา และ 4. ด้านสุขภาพ

การดำเนินกิจกรรม

การสรุปประสบการณ์ภายหลังกลับไปฝึกทำสมาธิตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และเข้าสู่การบำบัดครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นการอธิบายเกี่ยวกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในชีวิต หรือเรียกว่าการกำหนดทิศทางชีวิต (บางตำราเรียกว่า “การระบุค่านิยม”) และอธิบายความต่างของการระบุ

ความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในชีวิต กับการระบุเป้าหมายในชีวิต โดยในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะเป็นบุคคลสำคัญในการนำการสนทนากลุ่ม รวมทั้งการยกตัวอย่างต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเอง สำรวจความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในชีวิตของตนเองใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านหน้าที่การงานหรือการศึกษา และด้านสุขภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบุเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงในแต่ละด้านดังกล่าวข้างต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ฟลิปชาร์ทเปล่า
- 2) ปากกาเคมี
- 3) ใบกิจกรรมที่ 5 “ทิศทางชีวิต...(ชื่อสมาชิก)....”

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทราบถึงความหมาย ความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิต สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างการกำหนดทิศทางชีวิตกับการตั้งเป้าหมายชีวิตได้อย่างถูกต้อง โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 “ทิศทางชีวิต คือ การกำหนดสิ่งที่เราอยากให้เป็น ส่วนเป้าหมายชีวิต คือ สิ่งที่เราต้องทำให้ได้” และผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิตได้ว่า “เราต้องมีทิศทางก่อนถึงจะบอกเป้าหมายได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3 “การกำหนดทิศทางชีวิต คือ แนวทางชีวิตที่เราอยากให้เป็น ส่วนเป้าหมายชีวิต คือ สิ่งที่เราต้องทำให้ได้” โดยผู้ป่วยได้อธิบายเชื่อมโยงว่า “เป้าหมายคือสิ่งที่เราต้องทำ เพื่อให้ชีวิตเป็นไปตามทิศทางที่ต้องการ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 5 “ทิศทางชีวิต คือ สิ่งที่เราหวังจะให้เป็นส่วนเป้าหมายเป็นการตั้งหลักไปให้ถึงสิ่งที่หวังนั้น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 6 “ทิศทางชีวิตเป็นการกำหนดสิ่งที่อยากเป็นในชีวิต จะทำให้เรากำหนดเป้าหมายได้ ส่วนเป้าหมาย คือ สิ่งที่เราวางไว้แล้วต้องทำให้ได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 “ทิศทางชีวิต คือ ทางชีวิตที่เราอยากได้ อยากเป็น แต่เป้าหมาย คือ สิ่งที่เราต้องเห็นภาพและทำให้ได้ ซึ่งเราควรต้องมีทิศทางชีวิตก่อน”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 9 “ทิศทางชีวิต คือ สิ่งที่มีมปรารถนาจะเป็น แต่เป้าหมาย คือ สิ่งที่กำหนดแล้วต้องทำให้ได้ เพื่อจะได้เป็นไปตามทิศทางชีวิต”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12 “ถ้าเรากำหนดทิศทางชีวิตได้ดี จะตั้งเป้าหมายที่ดีได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13 “ทิศทางชีวิต คือ ทางที่เราเลือกที่เราอยากให้เป็น เป้าหมาย คือ สิ่งที่เราต้องแล้วทำ เราต้องรู้ทิศทางชีวิต เพื่อกำหนดเป้าหมายและสิ่งที่จะทำได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 15 “ทิศทางชีวิต คือ เส้นทางเดินชีวิตที่เราอยากให้มัน เป็น ส่วนเป้าหมาย คือ สิ่งที่เราต้องตั้งเป้าแล้วทำเพื่อให้ชีวิตไปตามทางเดินทางอยากได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17 “ทิศทางชีวิต คือ สิ่งที่เราคาดหวัง ที่เราอยากให้เป็นแบบนั้น ส่วนเป้าหมาย คือ สิ่งที่เราต้องทำให้ได้” และผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญของทิศทางชีวิตได้ว่า “เราต้องรู้ทิศทางชีวิตก่อน เพื่อจะได้กำหนดเป้าหมาย”

เมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทราบถึงความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิต พร้อมทั้งทราบความแตกต่าง ความเชื่อมโยงระหว่างการกำหนดทิศทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมายแล้ว พบว่า จากใบกิจกรรมที่ 5 “กำหนดทิศทางชีวิต.....” ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกคนสามารถ กำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้ใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการงานหรือการศึกษา และด้านสุขภาพ ทั้งนี้ในกิจกรรมผู้ป่วยจะได้ทดลอง กำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับทิศทางชีวิตที่ตนเองเลือกสรรร่วมด้วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “อยากให้ครอบครัวอบอุ่น ไม่ทะเลาะ” เป้าหมาย “ต้องปฏิบัติตนให้เป็นลูกที่ดี แบ่งเบาภาระพ่อแม่ ใช้เหตุผลคุยกัน”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “อยากให้มีความจริงใจมาก ๆ อยากให้มีแต่เพื่อนที่ดี” เป้าหมาย “ต้องเลือกคบเพื่อนที่ดี เราต้องมีความจริงใจก่อน”

ด้านการงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “อยากมีงานที่มั่นคง เงินเดือนเยอะ” เป้าหมาย “ตั้งใจเรียนเพื่อให้มีวุฒิเข้าทำงานและเริ่มต้นงานทำ”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “อยากมีสุขภาพที่ดี หุ่นดี” เป้าหมาย “ต้องเลิกใช้ยา 100% และต้องออกกำลังกายทุกวัน”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “อยากมีครอบครัวที่อบอุ่น” เป้าหมาย “เลิกใช้ยา”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “อยากได้เพื่อนที่ดี เกื้อหนุนกัน” เป้าหมาย “เลือกคบคนที่ดี”

ด้านการงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “มีงานที่ดี ที่มั่นคง” เป้าหมาย “เลิกใช้ยา”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “อยากมีสุขภาพที่ดี ไม่ติดยา” เป้าหมาย “เลิกใช้ยา”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 9

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “อบอุ่น รักกัน” เป้าหมาย “ทำตัวเองให้ดี ให้ความสำคัญกับคนในครอบครัว”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “มิตรภาพที่ดี” เป้าหมาย “เป็นเพื่อนที่ดี ซื่อสัตย์”

ด้านการงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “งานที่ดี ตำแหน่งสูง” เป้าหมาย “ตั้งใจเรียน ตั้งใจสอบ เรียนให้จบ”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “แข็งแรง ไม่ป่วย” เป้าหมาย “ออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 11

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “ครอบครัวที่อบอุ่น มีอะไรเราก็สามารถปรึกษาระบายได้” เป้าหมาย “เปลี่ยนตัวเองให้พอกับแม่เชื่อใจมากขึ้น”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “เข้าใจกัน สามารถปรึกษาได้” เป้าหมาย “เราต้องเปิดใจคุยกับเพื่อนตรง ๆ”

ด้านการงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “เรียนจบปริญญาตรี มีงานทำที่มั่นคง” เป้าหมาย “ตั้งใจศึกษาต่อให้จบ”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย” เป้าหมาย “เลิกยาเสพติดและออกกำลังกาย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “ครอบครัวที่มีความสุข อบอุ่น” เป้าหมาย “เราต้องทำตัวดีให้ครอบครัวไม่เป็นทุกข์กับเรา” เมื่อพูดคุยเพิ่มเติม ผู้ป่วยระบุว่า “ผมต้องเลิกยุ่งกับยาให้ได้”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “อยากให้เพื่อนเลิกใช้ยาและหันมาตั้งเป้าหมายชีวิต” เมื่อพูดคุยเพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้ป่วยเขียนในใบกิจกรรม ผู้ป่วยได้ระบุว่า “ผมอยากมีสังคมเพื่อนที่ดีที่ไม่ใช้ยาเสพติด” เป้าหมาย “ต้องเป็นตัวอย่างให้เพื่อน ช่วยดึงเพื่อน ผมต้องเลิกใช้ยาเป็นตัวอย่างให้เพื่อน” ซึ่งผู้วิจัยรับทราบข้อมูลจากพยาบาลประจำคลินิกว่าผู้ป่วยเคยหยุดยาได้ติดต่อกัน 2-3 เดือน และสามารถดึงเพื่อนมาเลิกยาด้วยได้

ด้านการงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “จบปริญญาตรี” เป้าหมาย “ผมต้องวางแผนการเรียนหรือการทำงานอย่างจริงจัง”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “สุขภาพดี หุ่นดี เฮลตี้” เป้าหมาย “ออกกำลังกายสม่ำเสมอ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “มีความไว้วางใจ รักและอบอุ่น” เป้าหมาย “ไม่กลับไปเล่นยาอีก และไม่โทษคนในครอบครัว”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “ช่วยเหลือกัน ไม่โทษและไม่ว่าลัษหลัง” เป้าหมาย “ช่วยเหลือเพื่อนก่อน ให้ใจเพื่อน”

ด้านการทำงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “งานสบายได้เงินมากกว่าเดิม” เป้าหมาย “ขยัน อดทน และมีความรับผิดชอบมากขึ้น”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “อยากให้อวัยวะแข็งแรงนอนหลับปกติ” เป้าหมาย “กินผักผลไม้ ออกกำลังกาย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 19

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ทิศทางชีวิต “อยากได้ครอบครัวอบอุ่น” เป้าหมาย “นั่งกินข้าวเย็นกับครอบครัว กอดแม่ทุกวัน”

ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน : ทิศทางชีวิต “เลือกเพื่อนที่จริงใจ” เป้าหมาย “เราต้องให้ใจแลงใจในการคบกัน”

ด้านการทำงานหรือการศึกษา : ทิศทางชีวิต “งานที่มั่นคง” เป้าหมาย “หมั่นทำงานที่เราทำได้ดีและมีประสิทธิภาพ”

ด้านสุขภาพ : ทิศทางชีวิต “อยากมีสุขภาพแข็งแรง” เป้าหมาย “ออกกำลังกาย”

จากตัวอย่างที่แสดงข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถกำหนดทิศทางชีวิตในแต่ละด้านของตนเองได้ และผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสำคัญ ความเชื่อมโยงระหว่าง การกำหนดทิศทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมาย แต่การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยยังเป็นข้อความที่ไม่แสดงถึงการกระทำที่ชัดเจน ยังไม่เห็นภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งช่องว่างตรงจุดนี้ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบาย การฝึกกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิต พร้อมทั้งการระบุขั้นตอนที่ผู้ป่วยต้องนำไปปฏิบัติเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนด การคาดการณ์อุปสรรคพร้อมทั้งวิธีการรับมือกับอุปสรรคดังกล่าวในการบำบัดครั้งสุดท้าย ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 6 เติมนตามทิศทางชีวิต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้สมาชิกสำรวจทิศทางชีวิต ระบุเป้าหมายที่สอดคล้อง และวางแผนการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายดังกล่าว

2) เพื่อให้สมาชิกคาดการณ์อุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตตามเป้าหมาย พร้อมทั้งวางแผนรับมือกับอุปสรรคนั้น

3) เพื่อให้สมาชิกได้ประกาศพันธะสัญญาการเดินตามทิศทางชีวิตด้านที่เลือกสรร

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) สมาชิกกลุ่มสามารถระบุเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านที่ตนเองเลือกสรรและสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวได้
- 2) สมาชิกกลุ่มสามารถคาดการณ์อุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่กำหนดและสามารถวางแผนรับมือกับอุปสรรคดังกล่าวได้
- 3) สมาชิกกลุ่มให้คำมั่นสัญญาด้วยการแลกเปลี่ยนทิศทางชีวิตในด้านที่ตนเองเลือกสรรเป้าหมาย แผนการดำเนินชีวิต การคาดการณ์อุปสรรค และวิธีการรับมืออุปสรรคดังกล่าวกับสมาชิกกลุ่มท่านอื่น ๆ

การดำเนินกิจกรรม

ต่อเนื่องจากการบำบัดครั้งที่ 5 เมื่อสมาชิกรู้จักการกำหนดทิศทางชีวิต และการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตทั้ง 4 ด้านของตนเองแล้ว การบำบัดในครั้งนี้จะเน้นย้ำไปที่การวางแผนปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตไปให้ถึงเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตที่กำหนด พร้อมทั้งการคาดการณ์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนเพื่อรับมือกับอุปสรรคดังกล่าว และการประกาศพันธะสัญญาต่อเพื่อนๆสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเปรียบได้กับการสัญญาที่จะนำแผนการต่าง ๆ ที่ได้กำหนดขึ้นมานั้นไปปฏิบัติจริง ด้วยการแลกเปลี่ยนทิศทางชีวิตด้านที่เลือกสรร พร้อมแผนการดำเนินการของตนเองกับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ทำกิจกรรมเป็นการทบทวนความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ จากการบำบัดครั้งที่ 1 จนถึงครั้งปัจจุบัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ฟลิปชาร์ท
- 2) ปากกาเคมี
- 3) ใบกิจกรรมที่ 6 “เดินตามทิศทางชีวิต...(ชื่อสมาชิก)...”
- 4) แบบประเมินการติดตามตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
- 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 6 จากใบกิจกรรมที่ 6 “เดินตามทิศทางชีวิต...” พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกคนสามารถทำการระบุเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านที่ตนเองเลือกสรรได้ มีการวางแผนชีวิต และสามารถคาดการณ์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งสามารถระบุวิธีการรับมือได้ โดยเห็นได้จากตัวอย่างดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3 : เลือกเขียนด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “*อยากมีสุขภาพที่ดี ไม่ติดยา*” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ใน 1 ปี ต้องไม่เสพเฮโรอีนอีก”

เป้าหมายระยะสั้น : “ใน 1 เดือน ต้องไม่เสพเฮโรอีนเลย”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. พาตัวเองออกจากภาวะเสี่ยง ไม่ติดต่อเพื่อนที่เสพยา 2. ฝึกสมาธิ 3. ออกกำลังกาย 4. มาหาหมอให้ตรงนัด 5. ทิ้งสิ่งกระตุ้นทุกอย่าง เช่น พวกอุปกรณ์ที่ใช้ฉีด”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “เพื่อนที่ซี้ยา”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “ต้องทำให้เข้มแข็ง ปฏิเสธให้ได้ ลบการติดต่อกับเพื่อนที่เสพยา ตัดทุกช่องทางการติดต่อ” และผู้ป่วยได้พูดเพิ่มเติมว่า “ตอนนี้ผมไม่ได้ไปเจอพวกเขาเลย และไม่คิดจะกลับไปเจออีก”

ผู้ป่วยเสพยาติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 : เลือกเขียนด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “แข็งแรง” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ใน 1 ปี ต่อจากนี้ จะไม่ใช้เฮโรอีนซ้ำอีก”

เป้าหมายระยะสั้น : “ในระยะเวลา 3 เดือน จะไม่ใช้เฮโรอีนซ้ำ”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. ไม่ปล่อยให้ตัวเองว่างจะได้ไม่คิดถึงยา โดยอาจจะออกกำลังกาย กินขนม เล่นเกมส์ 2. ออกจากกลุ่มสังคมเดิม ตอนนี้ผมย้ายกลับไปอยู่ต่างจังหวัดแล้ว ปิดเฟส บล็อกไลน์ 3. มารับยาตามนัดทุกครั้ง”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “ความเครียด เพราะเวลาเครียดจะประชดด้วยการใช้ยา”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “ถ้าเครียดจะหาคนคุยด้วย ไม่พอกับแม่” เมื่อมีการพูดคุยเพิ่มเติมทำให้ทราบว่า บุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและประชดด้วยการเสพยาซ้ำ คือ พ่อกับแม่ของผู้ป่วยเอง ดังนั้นจึงให้ผู้ป่วยระบุวิธีการรับมือเพิ่มเติมซึ่งผู้ป่วยได้ระบุว่า “ถ้าทั้งพ่อกับแม่ทำให้เครียด จะเดินออกมาจากตรงนั้น ผมขอขอบคุณ จะหาหนังกูให้อารมณ์ดีขึ้นแทนการใช้ยา”

ผู้ป่วยเสพยาติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 : เลือกเขียนด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “อยากมีสุขภาพที่ดี หุ่นที่ดี” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ภายใน 2 ปี ต้องเลิกใช้ยา 100% และไม่กลับไปยุ่งกับกลุ่มที่ใช้”

เป้าหมายระยะสั้น : “ภายในระยะ 1 เดือน เลิกใช้ยา 100%”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. ไม่ยุ่งกับกลุ่มที่ซี้ยา ได้แก่ ไม่ออกไปพบหา ไม่ติดต่อ 2. หากิจกรรมทำในเวลาว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นเกมส์ 3. มารับยา (การรักษา) ให้ตรงตามนัด”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “เพื่อน”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “ไม่สนใจความ ไม่เปิดอ่าน” แต่เมื่อพยาบาลเสนอให้ลบเบอร์ติดต่อ ผู้ป่วยรายนี้แจ้งว่า “เพื่อนอนาคตต้องช่วยเหลือกัน ยังไม่อยากจะกลับไปเลย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 9 : เลือกเขียนด้านการงานหรือการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “งานที่ดี ตำแหน่งสูง” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ภายในปีนี้ต้องสอบนายสิบตำรวจให้ติด”

เป้าหมายระยะสั้น : “เดือนกันยายนี้อ่านหนังสือวิทยาศาสตร์กับคณิตศาสตร์ให้จบ”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. อ่านหนังสือวันละ 3 หน้า 2. ต้องใช้เวลาในการศึกษาหนังสือไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “เลิกงานดึก อาจจะมึ่งงนอนและเหนื่อย ไม่ว่างที่จะอ่านหนังสือ”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “เอาไปศึกษาตอนพักกลางวันทำงาน ศึกษาในวันถัดไปให้เป็นคุณสอง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 10 : เลือกเขียนด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “อยากมีครอบครัวที่อบอุ่น” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ใน 1 ปี ต่อจากนี้ ต้องกล้าที่จะคุยกับครอบครัวมากขึ้น”

เป้าหมายระยะสั้น : “ใน 1 เดือน ต้องมีการคุยกับครอบครัวแบบเปิดอก 1 ครั้ง”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. เดินเข้าไปคุยกับครอบครัวตรง ๆ 2. สร้างสัญญาณตกลงกับครอบครัวว่าจะต้องมีการคุยกันตรง ๆ ทุกสิ้นเดือน”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “1. เวลาอาจไม่ตรงกัน 2. ไม่กล้าที่จะเข้าไปคุย”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “1. ถ้าเวลาไม่ตรงกันก็วันต่อมา แล้วสัญญาณกับตัวเองว่าจะต้องได้คุยทุกเดือน 2. พุดกับตัวเองว่าถึงจะโดนด่าบ้างก็ไม่ใช่ไร ยิ่งไงก็ต้องได้คุย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 11 : เลือกเขียนด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “ครอบครัวที่อบอุ่น มีอะไรเราก็ปรึกษาได้” ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีการพูดเพิ่มเติมว่า “ผมเองต้องเปลี่ยนตัวเองให้พอกับแม่เชื่อใจมากขึ้นก่อน” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “1. อีก 2 ปี ต่อจากนี้ ผมต้องเรียนไม่ตกเลย และ 2. อีก 1 ปีต่อจากนี้ ผมจะไม่กลับไปใช้ยาซ้ำเลย”

เป้าหมายระยะสั้น : จากเป้าหมายระยะยาวในข้อที่ 2 นำสู่เป้าหมายระยะสั้นที่ว่า “1 เดือนต่อจากนี้ ผมจะไม่กลับไปใช้ยาซ้ำ”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. กินยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง 2. เลือกรุ่นสังคมน้อย อยู่กับเพื่อนในมหาวิทยาลัย 3. หากิจกรรมทำยามว่าง เช่น ไปวิ่ง นั่งทำงานในคอม 4. มาพบหมอตามนัดทุกครั้ง”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “เจอเพื่อนกลุ่มเดิม”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “พักทหายแล้วแยกย้ายเลย ปิดแจ้งเตือนทุกทาง”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 13 : เลือกเขียนด้านการงานหรือการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “อยากจบปริญญาตรี” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “เข้าเรียน ป.ตรี ให้ได้ ภายในอายุ 26”

เป้าหมายระยะสั้น : “1. ภายในกัณยายนี้อต้องทราบว่ามีมหาวิทยาลัยไหนเปิด 2. ภายในเดือนตุลาคมนี้เริ่มดูหนังสือ”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : แผนการสำหรับเป้าหมายระยะสั้นในข้อที่ 1 ผู้ป่วยระบุว่า “1. หาข้อมูลตามอินเทอร์เน็ต วันละ 2 ชั่วโมง (13.00-15.00น.) 2. จดบันทึกว่าควรเลือกที่ไหน 3. ไปดูตามมหาวิทยาลัยต่าง ๆ 4. คีกรายละเอียดเกี่ยวกับคณะที่อยากเรียน ทุกวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เวลา 12.00-14.00น.”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “ความขี้เกียจ”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “1. ขอของขวัญจากที่บ้านถ้าเข้าเรียนได้เพื่อเป็นกำลังใจ 2. จัดตารางเวลาให้ตัวเอง 3. ใช้โทรศัพท์แจ้งเตือนตามตารางเวลา”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 14 : เลือกเขียนด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “สุขภาพดี เจ็บป่วยน้อย” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ภายใน 1 ปี ฉันจะไม่ใช้ยาเสพติด”

เป้าหมายระยะสั้น : “ภายใน 1 เดือน ฉันจะไม่ใช้ยาเสพติด” ยาเสพติดที่ผู้ป่วยหมายถึงคือ เฮโรอีน เท่านั้น

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. เลี่ยงสังคมนิตยาเสพติด ออกจากคนที่ยังใช้อยู่ 2. ออกกำลังกายทุกวัน วันละ 10-15 นาที 3. เข้าหากกลุ่มเพื่อนที่ไม่ใช้ยาเสพติด 4. เริ่มคุมสติตัวเอง ต้องเริ่มจากตัวเอง 5. คิดถึงตัวเองในวันข้างหน้า ยังใช้ยาอยู่สุขภาพจะเป็นแบบไหน 6. กินเมทาโดนตามหมอสั่ง” โดยในเรื่องของการคุมสติตนเองผู้ป่วยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “เวลาผมไปกินเหล้ากับเพื่อน เมื่อเมามาจะพากันเสพยาต่อ ซึ่งถ้าผมเมาแบบเมามาก ๆ ผมจะคุมตัวเองไม่ได้ ปฏิเสธไม่ได้ ไม่มีสติ เพื่อนกลุ่มนี้เป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่เรียนมัธยม ผมยังคงต้องเจอ ถ้าต้องไปอีกผมจะดื่มให้น้อยที่สุดให้ตัวเองมีสติที่จะปฏิเสธยาได้”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “1. ใจอ่อน ไม่เข้มแข็ง ทนต่อสิ่งเร้าไม่ไหว”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “เวลาอยากยา ผมจะพยายามนึกถึงผลเสียของมัน ผลเสียของการติดยา ความทรามตอนที่ตัวเองขาดยา”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17 : เลือกเขียนด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุทิศทางชีวิตที่ตนเองต้องการในด้านนี้ คือ “มีความไว้ใจ รัก อบอุ่น” ซึ่งผู้ป่วยได้พูดเพิ่มเติมว่า “ผมต้องเลิกยาก่อน เพื่อให้พวกเขากลับมาไว้ใจผม” โดยผู้ป่วยได้วางเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตในด้านนี้ของตนเอง ดังนี้

เป้าหมายระยะยาว : “ระยะเวลา 1 ปี จะไม่มีการใช้สารเสพติดทุกชนิดอีก”

เป้าหมายระยะสั้น : “ระยะเวลา 1 เดือน ไม่ใช้ซ้ำอีกทุกชนิด”

วางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิต : “1. ไม่กลับไปเล่นกับเพื่อนที่เคยให้ใช้ยาอีก 2. จะเดินหนีลูกค้าคนที่น่ายามาให้ ไม่สนใจลูกค้าคนนี้ (ผู้ป่วยรายนี้ทำงานเป็นเด็กเสิร์ฟและเอนเตอร์เทนลูกค้าในร้านอาหารกลางคืน) 3. หาความสุขให้ตัวเองทดแทน เช่น ตั้งใจทำงาน รับเงิน 4. กินยาตามที่หมอสั่งและมาตามนัด”

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น : “ถ้าเกิดเห็นยาตรงหน้าก็จะกลับไปใช้อีก”

วิธีการรับมือกับอุปสรรค : “เดินหนีและไม่รับลูกค้าคนนั้น”

ภายหลังจากการทำใบกิจกรรมที่ 6 “เดินตามทิศทางชีวิต...” ผู้ป่วยทุกรายได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสิ่งที่ตนเองได้เขียน ทั้งทิศทางชีวิตในด้านที่ตนเองเลือกสรร การกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับทิศทางชีวิตด้านดังกล่าว การวางแผนขั้นตอนการดำเนินชีวิตเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น การคาดการณ์ที่อุปสรรคที่อาจขัดขวางไม่ให้ตัวผู้ป่วยดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมาย และการระบุวิธีการรับมือล่วงหน้ากับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งภายหลังจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ป่วยทุกรายได้มีการให้พันธะสัญญาที่จะนำสิ่งที่เขียนไปปฏิบัติจริง พร้อมทั้งบอกกล่าวความรู้สึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัติร่วมกันมา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 1 “ผมจะพยายามทำให้ได้ตามที่เขียนเอาไว้” และผู้ป่วยยังได้พูดถึงการเข้ากิจกรรมว่า “ผมรู้สึกดีที่แต่ละอาทิตย์ได้มาเข้ากิจกรรม ได้ระบาย อย่างน้อยเวลาที่ทำตัวเองผมก็มีวิธีจัดการแล้ว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 3 “ผมสัญญาว่าจะทำให้ได้ ผมอยากเลิกยาจริง ๆ จะทำให้ได้ตามที่เขียน”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 6 “ผมจะพยายามทำ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 7 “ผมเองก็ไม่ค่อยมั่นใจ แต่ผมสัญญาว่าจะทำให้ได้ และทำให้ดีที่สุด” และผู้ป่วยยังได้พูดถึงการเข้ากิจกรรมว่า “ดีมากเลยที่ได้เข้ากิจกรรม ได้ฝึกสมาธิได้อยู่กับความคิดตัวเอง ได้ระวังคำพูดแย่ ๆ ที่เราชอบใช้กับตัวเอง บางทีผมก็ไม่ได้เป็นตามนั้น”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 8 “ผมสัญญาว่าจะทำให้ได้ จะพยายามทำ จะไม่ประชดด้วยการใช้ยา จะใช้วิธีรับมือที่เขียนมาช่วยให้ได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 11 “ผมจะพยายามทำให้ได้ตามที่เขียน ผมให้สัญญา” และผู้ป่วยยังได้พูดถึงการเข้ากิจกรรมว่า “ผมรู้สึกโอเคกับการเข้าร่วมโปรแกรม รู้สึกว่ามีวิธีจัดการกับคำพูดแย่ ๆ ได้ รู้สึกดีขึ้นที่ได้คุย ได้ระบาย”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 12 “ผมสัญญาว่าผมจะทำให้ได้ ผมอยากเลิกจริง ๆ ผมทำได้ ผมว่าผมทำได้”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 14 “มารอดูเดือนนี้กัน ผมจะไม่เสพซ้ำแล้ว”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 17 “จะทำตามที่เขียน เรามาดู 1 เดือนแรกกันนะครับ”

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คนที่ 19 “ผมให้สัญญาเลย ผมจะทำให้ได้ รอดูผลฝีมือผมไปเรื่อย ๆ ได้เลย ผมจะไม่เสพซ้ำอีก” นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้บอกความรู้สึกตัวเองเพิ่มเติมว่า “ขอบคุณที่ให้ผมได้เข้ากิจกรรม นอกจากแม่ พี่ก็เป็นกำลังใจของผม ขอขอบคุณมากครับ”

2.2.3) **กำกับกำกับการทดลอง** เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินการติตราตนเอง ด้วยแบบประเมินการติตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Yang et al., 2019) ซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเป็นการกำกับการทดลอง โดยผลการประเมินจะถูกนำมาประกอบการวิเคราะห์เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม นั่นคือ การติตราตนเองลดลง จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ในกรณีของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที แล้วพบว่ามีความคะแนนการติตราตนเองเพิ่มขึ้น ข้อมูลอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยรายนั้นจะไม่ถูกนำมาพิจารณาในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องด้วยไม่ผ่านเกณฑ์จากการกำกับการทดลอง ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง (n=19)

คนที่	คะแนนการตีตราตนเอง		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	29	24	5
2	30	20	10
3	22	19	3
4	23	20	3
5	34	20	14
6	23	21	2
7	29	18	11
8	27	23	4
9	24	11	13
10	32	27	5
11	36	13	23
12	34	31	3
13	32	25	7
14	27	19	8
15	33	22	11
16	33	23	10
17	30	22	8
18	33	37	-4
19	32	25	7

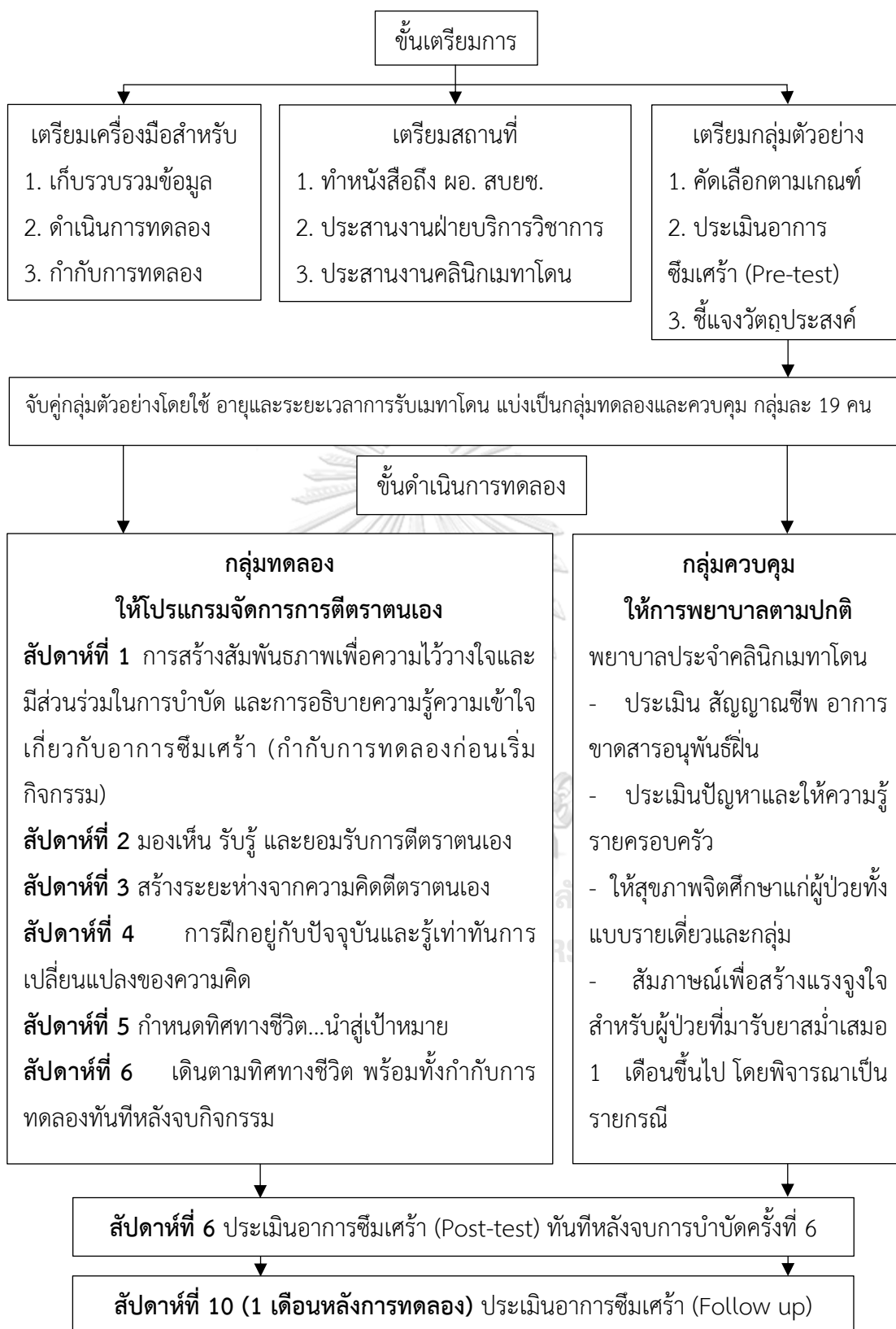
จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกด้วยการรับยาเมทาโดนระยะยาว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองจำนวน 18 ราย มีคะแนนการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลง และพบผู้ป่วย 1 ราย มีคะแนนการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพิ่มขึ้น จากการประเมินหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 6

สำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายที่ 18 ที่มีคะแนนการตีตราตนเองเพิ่มขึ้น ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยพบว่าในการบำบัดครั้งที่ 6 ผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นว่าสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง ยังคงมีความไม่เชื่อใจ เห็นได้จากคำถามระหว่างการบำบัดครั้งที่ 6 ที่ผู้ป่วยถามว่า “การบำบัดนี้จะช่วยอะไร จะช่วยได้จริงหรือ พี่รู้ได้อย่างไรว่าสิ่งที่ผมพูดไปคือความจริง” ซึ่งภายหลังจากการได้พูดคุย การอธิบายเพิ่มเติม รวมทั้งการสะท้อนกลับถึงสิ่งที่ผู้บำบัดสัมผัสได้จากการบำบัดผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ผู้ป่วยแสดงอาการ น้ำตาคลอ พร้อมพูดว่า “คนอื่นเขาไม่ได้เข้าใจผมเหมือนที่พี่เข้าใจ” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดที่ดีขึ้น ซึ่งมาเกิดขึ้นขณะที่สิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 ดังนั้นเมื่อประเมินคะแนนการตีตราตนเองและคะแนนอาการซึมเศร้าจึงพบว่ามีความคะแนนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยรายที่ 18 เมื่อครบกำหนดประเมินระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยแสดงอาการเหม่อลอย ไม่สบตา ตอบตรงคำถามแต่ต้องใช้วิธีการถามย้ำ ๆ ผู้ป่วยมีค่าคะแนนซึมเศร้าเพิ่มขึ้น $9Q = 31$ คะแนน และมีความคิดฆ่าตัวตาย มีคิดวางแผนแต่ควบคุมความคิดได้ ยังไม่ย่อท้อลงมือทำจริง $8Q = 15$ คะแนน ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงพิจารณาวางแผนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ดังนั้นจากข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้นที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรายที่ 18 มีค่าคะแนนการตีตราตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ดังนั้นข้อมูลอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยรายนี้จึงไม่ถูกนำมาพิจารณาในการวิจัยครั้งนี้

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ดำเนินการก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันแรกที่พบและทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 ดำเนินการภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที (Post-test) คือ ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 และครั้งที่ 3 ดำเนินการติดตามผลการทดลอง (Follow up) คือ 1 เดือน ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ชุดเดียวกันสำหรับการเก็บข้อมูลอาการซึมเศร้าทั้ง 3 ครั้ง และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

โดยในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถมั่นใจได้ว่าข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์และน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และการเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni Test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 38 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด จึงมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched pairs) ด้วยอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน โดยมีการประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)		รวม (n=38)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	19	100	19	100	38	100
อายุ						
19 – 28 ปี	16	84.2	12	63.2	28	73.7
29 – 38 ปี	1	5.3	6	31.6	7	18.4
39 – 48 ปี	1	5.3	0	0	1	2.6
49 – 58 ปี	1	5.3	1	5.3	2	5.3
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean = 25.53 (SD. = 8.25)		Mean = 28.21 (SD. = 8.74)		Mean = 26.87 (SD. = 8.49)	
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	0	0	3	15.8	3	7.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	47.4	5	26.3	14	36.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	42.1	9	47.4	17	44.7
อนุปริญญา/ปวส.	1	5.3	1	5.3	2	5.3
ปริญญาตรี	1	5.3	1	5.3	2	5.3

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งหมดเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 – 28 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 84.2 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 63.2 ในกลุ่มควบคุม ด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 42.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 26.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)		รวม (n=38)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	สถานภาพสมรส					
โสด	17	89.5	15	78.9	32	84.2
คู่	2	10.5	4	21.1	6	15.8
อาชีพ						
เกษตรกร	0	0	1	5.3	1	2.6
รับจ้าง	7	36.8	6	31.6	13	34.2
ค้าขาย	1	5.3	1	5.3	2	5.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	5.3	1	2.6
ว่างงาน	6	31.6	4	21.1	10	26.3
อื่น ๆ	5	26.3	6	31.6	11	28.9

รายได้ (บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	8	42.1	6	31.6	14	36.8
ต่ำกว่า 10,000	10	52.6	2	10.5	12	31.6
10,001 – 20,000	1	5.3	5	26.3	6	15.8
20,001 – 30,000	0	0	5	26.3	5	13.2
มากกว่า 30,000	0	0	1	5.3	1	2.6

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 89.5 และ 78.9 ตามลำดับ รองลงมาคือสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 10.5 และ 21.1 ตามลำดับ ในด้านอาชีพพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา คือ ว่างงานคิดเป็นร้อยละ 31.6 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 31.6 เท่า ๆ กัน รองลงมา คือ ว่างงานคิดเป็นร้อยละ 21.1 ในด้านรายได้พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 42.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาคือรายได้ 10,001 – 20,000 บาท/เดือน และ 20,001 – 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.3 เท่า ๆ กัน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ชนิดของโอปิออยด์ที่เสพ ปริมาณ ความถี่ และวิธีการเสพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=19)		(n=19)		(n=38)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ปี) ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน						
1 – 9 ปี	17	89.5	14	73.7	31	81.6
10 – 19 ปี	0	0	3	15.8	3	7.9
20 – 29 ปี	2	10.5	2	10.5	4	10.5
ระยะเวลาเสพติดสารกลุ่ม	Mean = 7.16		Mean = 7.89		Mean = 7.53	
โอปิออยด์เฉลี่ย (ปี)	(SD. = 7.50)		(SD. = 6.57)		(SD. = 6.96)	
ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน						
ชนิดของโอปิออยด์ที่เสพ						
เฮโรอีน	19	100	18	94.7	37	97.4
ปริมาณ(ต่อวัน)						
น้อยกว่า 0.5 g	4	21.1	8	44.4	12	32.4
0.5-1 g	15	78.9	7	38.9	22	59.5
มากกว่า 1 g	0	0	3	16.7	3	8.1
ความถี่						
ทุกวัน	18	94.7	16	88.9	34	91.9

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=19)		(n=19)		(n=38)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วันเว้นวัน	1	5.3	2	11.1	3	8.1
วิธีการเสพ						
สูบ	2	10.5	6	33.3	8	21.6
ดม	6	31.6	4	22.2	10	27.0
ฉีด	8	42.1	7	38.9	15	40.5
สูบ/ดม	1	5.3	1	5.6	2	5.4
ดม/ฉีด	2	10.5	0	0	2	5.4
Tramadol						
Tramadol ไม่ผสมสารอื่น	0	0	1	5.3	1	2.6
Tramadol ผสมสารอื่น ๆ เรียกว่า “โป๊ร”	9	47.4	5	26.3	14	36.8
ปริมาณ(ต่อวัน)						
10 เม็ด	7	77.8	5	83.3	12	80
20 เม็ด	2	22.2	0	0	2	13.3
30 เม็ด	0	0	1	16.7	1	6.7
ความถี่						
ทุกวัน	7	77.8	5	83.3	12	80

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=19)		(n=19)		(n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	(คน)		
วันเว้นวัน	1	11.1	0	0	1	6.7
นาน ๆ ครั้ง	1	11.1	1	16.7	2	13.3

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน) มาเป็นระยะเวลา 1 – 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.5 และ 73.7 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเสพคือ 7.53 ปี ซึ่งสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่กลุ่มตัวอย่างเสพมากที่สุด คือ เฮโรอีน คิดเป็นร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 94.7 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อพิจารณาปริมาณและความถี่ของการเสพเฮโรอีนพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เสพเฮโรอีน 0.5 – 1 กรัม/วัน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และนิยมเสพทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 94.7 สำหรับในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เสพเฮโรอีนน้อยกว่า 0.5 กรัม/วัน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และนิยมเสพทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ในด้านวิธีการเสพเฮโรอีนนั้น พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ใช้การเสพด้วยวิธีฉีดคิดเป็นร้อยละ 42.1 และ 38.9 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มทดลองเสพด้วยวิธีดม คิดเป็นร้อยละ 31.6 และในกลุ่มควบคุมเสพด้วยวิธีสูบ คิดเป็นร้อยละ 33.3

ประเภทของสารเสพติดที่กลุ่มตัวอย่างเสพมากรองลงมา คือ Tramadol ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ Tramadol ไม่ผสมสารอื่น กับ Tramadol ผสมสารอื่น ๆ ซึ่งในกลุ่มผู้เสพเรียกว่า “โปร” ประกอบด้วย Tramadol 10 เม็ด ผสมกับ Procodyl และน้ำอัดลม โดยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการเสพ Tramadol ผสมสารอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 47.4 และ 26.3 ตามลำดับ ในด้านปริมาณและความถี่ของการเสพ Tramadol นั้น พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เสพ Tramadol 10 เม็ด/วัน และเสพทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 77.8 และ 83.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนครั้งปัจจุบัน และขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=19)		(n=19)		(n=38)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติดอื่น ๆ						
บุหรี	15	78.9	17	89.5	32	84.2
กัญชา	11	57.9	7	36.8	18	47.4
ไอซ์	2	10.5	1	5.3	3	7.9
เค	1	5.3	1	5.3	2	5.3
กระท่อม	1	5.3	2	10.5	3	7.9
ระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนครั้งปัจจุบัน						
1 เดือน – 6 เดือน	15	78.9	14	73.7	29	76.3
มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี	1	5.3	2	10.5	3	7.9
มากกว่า 1 ปี – 1 ปี 6 เดือน	0	0	1	5.3	1	2.6
มากกว่า 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี	2	10.5	1	5.3	3	7.9
มากกว่า 2 ปี	1	5.3	1	5.3	2	5.3
ระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนครั้งปัจจุบันเฉลี่ย (สัปดาห์)	Mean = 32.58 (SD. = 67.97)		Mean = 35.95 (SD. = 76.09)		Mean = 34.26 (SD. = 71.18)	

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	(n=19)		(n=19)		(n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	

ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับ

ต่อวัน

น้อยกว่า 20 mg	5	26.3	6	31.6	11	28.9
21 – 40 mg	12	63.2	10	52.6	22	57.9
มากกว่า 40 mg	2	10.5	3	15.8	5	13.2

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้ามีการเสพยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยสารเสพติดอื่น ๆ ที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเสพยาเป็นส่วนใหญ่ คือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 89.5 ตามลำดับ รองลงมา คือ กัญชา คิดเป็นร้อยละ 57.9 และ 36.8 ตามลำดับ ในด้านของระยะเวลาการเข้ารับเมทาโดนทดแทนครั้งปัจจุบันพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับเมทาโดนอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 73.7 ตามลำดับ โดยขนาดเมทาโดนที่ได้รับต่อวันนั้น พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับเมทาโดนขนาด 21 – 40 mg/วัน คิดเป็นร้อยละ 63.2 และ 52.6 ตามลำดับ รองลงมาได้รับน้อยกว่า 20 mg คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 31.6 ตามลำดับ

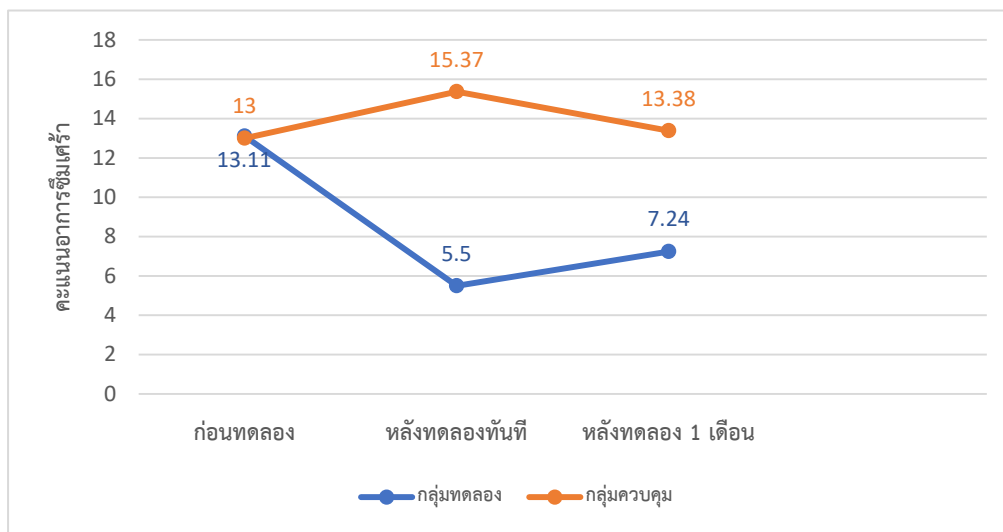
ตอนที่ 2 คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ภายหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีได้มีการกำกับการทดลองด้วยการประเมินการติตราตนเอง โดยใช้แบบประเมินการติตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 18 มีคะแนนการติตราตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อมูลอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยรายดังกล่าวออก ไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา

ตารางที่ 8 คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน จำแนกตามรายคู่ (Matched pairs)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	หลังการทดลอง 1 เดือน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	หลังการทดลอง 1 เดือน
1	17	6	5	17	8	-
2	9	3	7	13	11	2
3	7	0	0	7	8	16
4	14	10	5	15	6	1
5	17	8	15	15	8	-
6	-	-	-	16	28	41
7	12	4	1	16	25	14
8	10	7	13	7	12	10
9	13	4	6	14	9	6
10	13	8	-	10	13	32
11	17	3	8	16	18	10

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง ทันที	หลังการ ทดลอง 1 เดือน	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง ทันที	หลังการ ทดลอง 1 เดือน
12	9	3	3	17	19	11
13	14	10	18	11	16	18
14	17	7	13	17	19	10
15	13	3	14	14	36	6
16	11	2	1	16	18	17
17	14	9	8	8	4	1
18	13	1	2	10	1	-
19	16	11	4	8	33	19
Mean	13.11	5.50	7.24	13.00	15.37	13.38
(S.D.)	3.05	3.37	5.52	3.64	9.70	10.86



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาในการวัด

จากตารางที่ 8 และภาพที่ 3 ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าวระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 13.11 (S.D.=3.05), 5.50 (S.D.=3.37) และ 7.24 (S.D.=5.52) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าวระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 13.00 (S.D.=3.64), 15.37 (S.D.=9.70) และ 13.38 (S.D.=10.86) ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันทีพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าวลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และเมื่อติดตามผลในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนจะเห็นได้ว่าแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าวยังคงน้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง ในทางกลับกัน สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อติดตามผลระยะหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าแม้จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าวลดลง แต่เป็นค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

การวิจัยครั้งนี้มีการประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยจึงใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ตัวแปร

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับอาการซึมเศร้า
2. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1) ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (Between-Subjects Factor) คือ โปรแกรมจัดการการติตราตนเองในกลุ่มทดลอง และการดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุม

2.2) ตัวแปรภายในกลุ่ม (Within-Subjects Factor) คือ ช่วงระยะเวลาที่ใช้ประเมินคะแนนอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ระยะหลังการทดลองทันที และครั้งที่ 3 ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ปาริชาติ โรจน์พลากร และยวดี ภาษา, 2553)

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของ Sphericity ด้วย Mauchly's Test of Sphericity พบว่า จากผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติ Mauchly's W เท่ากับ .898 และค่า p -value เท่ากับ .199 สะท้อนให้เห็นว่าความแปรปรวนของคะแนนอาการซึมเศร้าในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็น Sphericity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ดังนั้นจึงรายงานความแปรปรวนของคะแนนอาการซึมเศร้า ด้วยค่าจาก Sphericity Assumed ดังนี้

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	32	2958.848			
กลุ่ม	1	857.755	857.755	12.656	.001
Error	31	2101.093	67.777		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	64	2757.924			
ระยะเวลาที่วัด	2	119.560	59.780	1.826	.170
ระยะเวลา x กลุ่ม	2	608.126	304.063	9.286	.000
Error (ระยะเวลาที่วัด)	62	2030.238	32.746		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Sphericity Assumed

จากตารางที่ 9 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 12.656$, $p < .05$)

2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลอง (โปรแกรมจัดการการติตราตนเอง และการดูแลตามปกติ) กับระยะเวลาที่วัดคะแนนอาการซึมเศร้าพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 9.286$, $p < .05$)

สำหรับการเปรียบเทียบภายหลังการทดสอบรวม จากผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายคู่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney (ยุท ใภยวรวรณั, 2558) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

อาการซึมเศร้า ในแต่ละช่วงเวลา	กลุ่ม	n	\bar{x}	SD	t	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	ทดลอง	18	13.11	3.05	.100	-	.921
	ควบคุม	19	13.00	3.64			
หลังการทดลอง ทันที	ทดลอง	18	5.50	3.37	-4.179	-	.000*
	ควบคุม	19	15.37	9.70			
หลังการทดลอง 1 เดือน	ทดลอง	17	7.24	5.52	-	-1.823	.068
	ควบคุม	16	13.38	10.86			

*p < .05

จากตารางที่ 10 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาเป็นรายคู่ โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney พบว่า

1) ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (t = .100, p > 0.05)

2) หลังการทดลองทันที ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.179, p < 0.05)

3) หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($Z = -1.823, p > 0.05$)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

สำหรับการเปรียบเทียบภายหลังการทดสอบรวม จากผลการวิจัยที่พบว่า ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลอง (โปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง และการดูแลตามปกติ) กับระยะเวลาที่วัดคะแนนอาการซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni Test (สุพัฒน์ สุขมลสันต์, 2560) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของ Sphericity ด้วย Mauchly's Test of Sphericity พบว่าค่า p-value ของข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามากกว่า .05 สะท้อนให้เห็นว่าความแปรปรวนของคะแนนอาการซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มมีลักษณะเป็น Sphericity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ดังนั้นจึงรายงานผลด้วยค่าจาก Sphericity Assumed ดังนี้

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มทดลอง					
ช่วงเวลา	557.804	2	278.902	27.990	.000
Error	318.863	32	9.964		
ภายในกลุ่มควบคุม					
ช่วงเวลา	181.292	2	90.646	1.589	.221
Error	1711.375	30	57.046		

*p < .05

จากตารางที่ 11 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 27.990, p < .05$)

2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นที่พบว่า ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni Test (สุพัฒน์ สุขมลสันต์, 2560) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองรายคู่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

อาการซึมเศร้า	\bar{x}	SD	ความแตกต่างของ \bar{x}	p-value
ก่อนการทดลอง	13.11	3.05		
หลังการทดลองทันที	5.50	3.37	7.61	.000*
ก่อนการทดลอง	13.11	3.05		
หลังการทดลอง 1 เดือน	7.24	5.52	5.87	.001*
หลังการทดลองทันที	5.50	3.37		
หลังการทดลอง 1 เดือน	7.24	5.52	-1.74	.389

*P < .05

จากตารางที่ 12 อธิบายได้ดังนี้

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที ไม่แตกต่างกับระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (The Two Group Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการการติดยาเสพติดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 38 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน มีการประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมจัดการการติดยาเสพติด ตัวแปรตาม คือ คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาเสพติด
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 38 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อมาเป็นกลุ่มทดลองก่อน จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมมาจับคู่ในภายหลัง โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มี

คุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทน โดยภายหลังจากเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ดังนั้นการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงพิจารณาจากอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนเท่านั้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมจัดการการติตราตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพัน ษะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้าสามารถจัดการการติตราตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุดังประสงค์ นั่นคืออาการซึมเศร้าลดลง การดำเนินกิจกรรมประกอบการบำบัด 6 ครั้ง 7 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด 2) การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

การบำบัดครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการติตราตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดติตราตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด

การบำบัดครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย

การบำบัดครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินการติตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Yang et al. (2019) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำ 8 ข้อคำถามสำหรับการประเมินการติตราตนเองของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Internalized opioid-stigma) มาใช้ในการวิจัย ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-translation)

โดยสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ, รายได้, ระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน), ชนิดของสารโอปิออยด์ที่เสพ วิธีการเสพ ปริมาณ ความถี่, การใช้สารเสพติดอื่น ๆ, ระยะเวลาที่เข้ารับเมทาโดนทดแทน ณ ครั้งปัจจุบัน และขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน

3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) เพื่อนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถนำมาใช้แทน 9Q ภาษาไทยภาคกลางฉบับเดิมได้ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และสรุปผล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านของความรู้เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา การบำบัดในรูปแบบกลุ่ม ด้วยการศึกษาจากตำรา งานวิจัย พร้อมทั้งเข้าร่วมการประชุมวิชาการชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย เพื่อร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เกี่ยวกับการใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนดำเนินการทดลอง จัดเตรียมเครื่องมือต่าง ๆ ที่จะใช้ในการวิจัย รวมถึงการเข้ารับการอบรมการใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง จากคณะผู้พัฒนาเครื่องมือ จากนั้นนำเครื่องมือส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.3 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยดำเนินการกับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คลินิกเมทาโดน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

1.5 ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria) ตามที่กำหนด พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมตามความสมัครใจ จากนั้นทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่

1.6 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matched pairs) ในเรื่องของอายุ และระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดน ณ ครั้งปัจจุบัน

2. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกเมทาโดน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองจากผู้วิจัยดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเมทาโดน ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การประเมินอาการสำคัญ ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยาเมทาโดนและยาอื่น ๆ ตามอาการ การให้สุขภาพจิตศึกษา วิธีการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาเมทาโดนทดแทน การประเมินครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นรายครอบครัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) สำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป โดยจะทำการนัดหมายจำนวนรายละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการนัดพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งเพื่อประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ ทั้งหมด 6 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม

ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินคะแนนอาการซึมเศร้า และทำการนัดพบกลุ่มทดลองอีกครั้งเพื่อติดตามผลคะแนนอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 10

2.3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Yang et al., 2019) ในกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 ทันทิ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 18 ราย มีคะแนนการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลง และพบผู้ป่วย 1 ราย มีคะแนนการตีตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ในการกำกับการทดลอง ดังนั้นข้อมูลอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายที่มีคะแนนการตีตราตนเองเพิ่มขึ้นจึงไม่ถูกนำมาพิจารณา

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ก่อนการทดลอง

3.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ในสัปดาห์ที่ 6 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการวิเคราะห์ที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และการเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายหลังการทดสอบรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni Test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยจำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ การอภิปรายตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 อภิปรายตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในด้านลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าและอยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนในการวิจัยนี้ทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่เรียนจบในชั้นมัธยมศึกษาและมึงานทำคิดเป็นร้อยละ 81.5 และ 73.7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ เกกิงศักดิ์ากุล (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยเฮโรอีนที่เข้ามารับการรักษาด้วยเมทาโดนเป็นเพศชายร้อยละ 87.88 โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาและมึงานทำคิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 69.7 ตามลำดับ

ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีอาการซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้นิยมเสพเฮโรอีนคิดเป็นร้อยละ 97.4 โดยส่วนใหญ่มีการเสพด้วยวิธีฉีดคิดเป็นร้อยละ 40.5 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานความชุกของผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดทั่วโลกที่พบว่าส่วนใหญ่สารที่ฉีดคือ สารกลุ่มโอปิออยด์ คิดเป็นร้อยละ 82.9 (Degenhardt et al., 2017) สอดคล้องกับรายงาน

ของสปสช. (2553) ที่ระบุว่าในประเทศไทย สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่มีการใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 87.7 คือสารเฮโรอีนโดยเสพติดด้วยวิธีฉีด นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์นิยมเสพติดด้วยวิธีฉีดทั้งหมดนั้นเป็นผู้มีอาการซึมเศร้า จึงสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียของ Havard et al. (2006) ที่พบว่าผู้เสพติดด้วยวิธีฉีดมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 37.04 เช่นเดียวกันกับการศึกษาผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดในประเทศอินเดียซึ่งส่วนใหญ่เสพติดเฮโรอีนมีอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 84.4 (Armstrong et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2561) ได้ระบุว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ส่วนใหญ่นิยมเสพติดเฮโรอีน พบว่ามีอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 55.9

นอกจากนี้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 19 – 28 ปี และนอกจากเฮโรอีนแล้ว สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้นิยมเสพรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 36.8 คือ Tramadol ผสมสารเสพติดอื่น ๆ โดยในกลุ่มผู้เสพติดเรียกว่า “โปร” ประกอบด้วย Tramadol 10 เม็ด ผสมกับ Procodyl และน้ำอัดลม ผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้สอดคล้องกับปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน โดยพบว่ายา Procodyl และ Tramadol เป็นยาที่ไม่ใช่สารเสพติดให้โทษที่ผิดกฎหมาย วัยรุ่นไทยจึงนิยมนำมาใช้ในทางที่ผิดเพื่อให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน โดยมักนำ Procodyl มาผสมกับ Tramadol และน้ำอัดลม เพื่อให้เกิดเป็นเครื่องดื่มที่ออกฤทธิ์มีนเมา สะลึมสะลือ กึ่งหลับกึ่งตื่น และเคลิ้มสุข จนนำมาซึ่งผลกระทบในทางลบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (ขวัญกมล ทิพย์มโนสิงห์, 2561)

สำหรับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยนิยมเสพติดเป็นร้อยละ 84.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong et al. (2013) ที่พบว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ส่วนใหญ่นิยมเสพติดเฮโรอีนมีการเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 93 และสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ เกกิงศักดิ์กุล (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่เข้ามารับการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนส่วนใหญ่ร้อยละ 75.76 มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดมีความสัมพันธ์กับการยังคงเสพติดเฮโรอีนและทำให้หนีออกจากการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน (Termorshuizen et al., 2005)

ตอนที่ 2 อภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ที่เข้ามารับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทน คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจัดการการติตราตนเองสามารถส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงได้ กล่าวคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ดำเนินการตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) เพื่อจัดการกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์นั่นคือ การติตราตนเอง (Internalized stigma) (Akdağ et al., 2018; Bozinoff, Anderson, Bailey, & Stein, 2018; Hippel, Brener, & Horwitz, 2018; Li et al., 2013; Yang et al., 2019) เมื่อผู้วิจัยให้การพยาบาลตามกระบวนการของโปรแกรมจัดการการติตราตนเองพบว่า สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองมีคะแนนการติตราตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Luoma et al. (2008) ที่พบว่าการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) สามารถลดการติตราตนเองของผู้ติตราเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Livingston et al. (2011) ที่พบว่าการติตราตนเองในผู้ป่วยติตราเสพติดสามารถลดลงได้จากการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาแบบกลุ่ม ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยพิจารณา กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการที่ผู้วิจัยสังเกตระหว่างการดำเนินกิจกรรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยสามารถอภิปรายรายละเอียดของประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งซึ่งส่งผลต่อการติตราตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด และ 2) การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมที่อาศัยแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ในระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase) ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเป็นกันเองด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กล้าแนะนำตนเอง กล้าสนทนาโต้ตอบ มีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งเห็นได้จากการให้ความร่วมมือระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสีหน้าที่ที่เป็นมิตร มีความไว้วางใจในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดซึ่งเห็นได้จากความกล้าที่จะเปิดเผยตนเองจากการบอกเล่าเรื่องส่วนตัวที่เกี่ยวกับการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังตัวอย่างคำพูด

“ผมพยายามจะเลิก ครั้งนี้ผมอยากเลิกเอง แต่พ่อแม่ไม่ไว้ใจเลย ผมแค่เดินออกไปสูบบุหรี่ตรงบันไดบ้าน บ้านผมเป็นแฟลต พ่อก็ตามออกมาเพราะคิดว่าผมจะแอบกลับไปเสพ บางทีก็ค้นห้องผม ผมท้อ บอกให้ผมปรับ พ่อแม่ก็ต้องปรับด้วย ไม่ใช่ให้ผมปรับอยู่ฝ่ายเดียว”

“บ้านผมอยู่คลองเตย เป็นสลัม เดินออกไปนอกบ้านก็เจอยาแล้ว มันมีอยู่ทั่วไปเลยหาง่าย ก่อนหน้านี้ที่เสพนักหาเงินมาซื้อยาไม่ได้ ก็เริ่มนำยามาขาย แล้วผมก็ไปทำผิด ประมาณปีกว่า ๆ ช่วงนั้นติดยามากและไม่มีตั้ง เลยไปกับเพื่อน เพื่อนเป็นคนชี้ผมเป็นคนซ้อ น ไปจึงทรัพย์สินผู้หญิง ผมมารู้ทีหลังว่าเขาเป็นทนายด้วย ตอนทำเสร็จไม่รู้ตัวหรอก กลับบ้านสร้างเมมาถึงเพิ่งนึกออกว่าตัวเองทำอะไรลงไป ตอนนั้นตำรวจก็มารออยู่หน้าบ้านแล้ว ผมจะต้องไปขึ้นศาลเร็ว ๆ นี้ กังวลเรื่องที่ติดเฮโรอีน เพราะก่อนหน้านี้เคยติดคุก เคยเห็นคนเสียนยาในคุกมาก่อน ตอนนี้อยู่ล่องลอยขนาดยาทานเองดู”

“ผมทำงานเสิร์ฟ ต้องดื่มเหล้าเป็นเพื่อนลูกค้า บางทีก็ต้องเสพยา ถ้าเสพยาเป็นเพื่อนลูกค้าผมก็ได้ค่าตัวเพิ่ม พวกลูกค้ามีแต่พวกไฮโซจะมีมาให้เล่นเลย มีทุกประเภทให้เลือกเล่น ตอนที่ผมไปสมัครงานเขาก็ถามผมว่าอ้อพยาได้ไหม”

จากตัวอย่างคำพูดดังกล่าวข้างต้นเป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เริ่มมีการได้ระบายออก (Catharsis) เกี่ยวกับเรื่องราวและปัญหาของตนเอง มีการเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) เมื่อเห็นเพื่อนสมาชิกกลุ่มเริ่มบอกเล่าเรื่องราว จึงมีการเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเช่นกัน และเมื่อมีการเผชิญกับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันจึงเกิดความเป็นสากล (Universality) คือ ตนเองมิได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ลดความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างกัน ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเหล่านี้ (Yalom, 1995) จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดในครั้งที่เหลือ นอกจากนั้นในการบำบัดครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ลักษณะของอาการซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้น และสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้าของตนเอง การร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและผลกระทบที่เกิดขึ้น สามารถตอบทวนกลับอาการซึมเศร้าและผลกระทบจากอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ถึงปัญหาอาการซึมเศร้าที่ตนเองกำลังเผชิญ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดเกี่ยวกับผลกระทบจากอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้ยกตัวอย่างมาดังนี้ “อยากใช้ยาเกินขนาด ให้ตาย ๆ ไปซะ” “ไม่อยากพบเจอใคร ไม่มีสมาธิทำงาน มีผลกับความสัมพันธ์ในครอบครัว บางทีลูกก็ไม่กล้ามาเล่นด้วยเวลาที่เราดูเศร้า ๆ เมื่อก็กังวลกลัวผมจะไปทำร้ายตัวเอง” จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต (Telling my story) ซึ่งนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูจากอาการซึมเศร้า (Schreber R., 1996)

สำหรับท้ายการบำบัดครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้เปิดประเด็นให้ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ พบว่าผู้เสพติดสารกลุ่ม

โอปิออยด์สามารถร่วมอภิปรายและบอกเล่าถึงประสบการณ์ของตนเองที่สอดคล้องกับการตีตรา เช่น “ผมเคยไปสมัครงาน ถึงหน้าที่ทำงานแล้วไม่กล้าเข้าไป รู้สึกอาย ไม่กล้า ทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครเขาารู้เกี่ยวกับประวัติการใช้ยาของผมเลย” หรือ “ครอบครัวพูด เมิงเล็กไม่ได้หรอก ติดยาแล้วต้องเป็นโจร ผมเข้าห้องนํ้านานก็ถูกกล่าวหาว่าเสพ ทั้ง ๆ ที่ผมไม่ได้เสพแล้ว” ซึ่งการอภิปรายถึงสาเหตุของอาการซึมเศร้าดังที่กล่าวข้างต้น นับเป็นการวางพื้นฐานสำหรับนำผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เข้าสู่อารมณ์รู้จำกับการตีตราตนเอง (Internalized stigma) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้

ครั้งที่ 2 มองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง

ระยะทำงานกลุ่ม (Working phase) (Yalom, 1995) ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) โดยกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ผ่านการใช้หลักการยอมรับ (Acceptance) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy) ของ Hayes et al. (2006) การยอมรับเป็นการสัมผัสต่อประสบการณ์และความรู้สึกภายในกับทุก ๆ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน เป็นคุณลักษณะของการเปิดรับต่อทุก ๆ ประสบการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงผ่านกลยุทธ์การสร้างการยอมรับ ซึ่งทำได้ 2 วิธี หนึ่งในนั้นคือ การกลับไปเผชิญกับสิ่งที่ต้องการหลีกเลี่ยงนี้ ประสบการณ์ชีวิตที่เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ยุ่งยากหรือทุกข์ทรมาน (จุฑามาศ แหนจน, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับการตีตราตนเอง (Internalized stigma) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เกิดการมองเห็น รับรู้ และยอมรับว่าตนเองมีการตีตราตนเอง (Internalized stigma) เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า โดยในกิจกรรมผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จะเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดการตีตราตนเอง จากนั้นจะเป็นการเผชิญหน้ากับการตีตราตนเองด้วยการให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรม “บันทึกจากเรื่องราวในวันนั้นของ.....” ผลพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถเผชิญหน้ากับการตีตราตนเองได้ ผ่านการบอกเล่าประสบการณ์ที่ตนเองถูกตีตรา หรือประสบการณ์ที่ตนเองถูกทำให้แตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องมาจากการเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยประสบการณ์เหล่านั้นนำไปสู่การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายหนึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่ไว้ใจ ไม่เชื่อใจ แม้ผู้ป่วยจะพยายามปรับปรุงตนเองและเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา แต่ก็ยังถูกระแวง ถูกจับผิดจากคนในครอบครัว จนทำให้ผู้ป่วยเกิดการตีตราตนเอง (Internalized stigma) เห็นได้จากคำพูดที่ว่า “ตอนแรกผมก็โกรธพวกเขานะ แล้วผมก็โกรธตัวเอง กูมันแย่ กูแค่อีชี๊ยา กูมันเหี้ย กูมันลูกที่เหี้ยทำพ่อแม่เดือนร้อน” หรือผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์อีกรายหนึ่งที่เผชิญกับการถูกดูถูกจากญาติของตนเอง ถูกแสดงท่าทีรังเกียจ ญาติ

ปฏิเสธไม่ให้ผู้ป่วยได้อุ้มหลาน รวมทั้งห้ามลูกหลานไม่ให้มาเล่นกับลูกของผู้ป่วย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดการตีตราตนเอง (Internalized stigma) เห็นได้จากคำพูดที่ว่า “ผมกลับมาด่าตัวเอง ไอ้ขี้ยา ผมมันแย่ ผมมันเลว ลูกผมเลยต้องมาเจออะไรแบบนี้” การตีตราตนเองที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบที่สอดคล้องกับอาการซึมเศร้าตามมา “ผมทำร้ายตัวเอง กรีดแขน ไข้ยามากกว่าเดิม” หรือ “ผมเก็บตัวเอง จมอยู่กับยา เพราะผมไม่เป็นที่ต้องการ ก็ไม่อยากออกไปเจอใคร พออยู่คนเดียวก็อยากไข้ยา บางทีก็ใช้มากขึ้น”

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มองเห็น รับรู้ และยอมรับว่าตนมีการตีตราตนเองเกิดขึ้น และผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงผลกระทบที่เกิดขึ้นไปสู่อาการซึมเศร้าได้ “มันจะมาด้วยกัน ตีตราตนเองกับอาการซึมเศร้า” หรือ “มันมาคู่กัน พอเรามีความคิดตีตราตนเอง เราก็จะมีอาการซึมเศร้าตามมา” การบำบัดในครั้งนี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน กระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าทุกคนในกลุ่มต่างก็มีปัญหาคล้ายกัน (Universality) เห็นได้จากการพยักหน้าคล้ายตามของผู้ป่วยขณะที่รับฟังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตีตราตนเอง หรือมีคำพูดเหล่านี้เกิดขึ้นในกลุ่ม “เออใช่พี่ ผมก็โดน” มีการได้พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น (Development of socializing techniques) เห็นได้จากคำพูดที่ว่า “เข้าใจเลยพี่ แค่อ้าปากจะอธิบายเราก็ผิดแล้ว” ทั้งนี้การยอมรับเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดกว้างต่อการรับรู้ต่าง ๆ เปิดรับต่อประสบการณ์ทั้งหมดของตนเองอย่างยินดีและเต็มใจ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีการตีตราตนเอง และเชื่อมโยงได้ว่าการตีตราตนเองนั้นนำไปสู่อาการซึมเศร้า ดังนั้นการจัดการกับการตีตราตนเองจึงจะช่วยลดปัญหาอาการซึมเศร้าลงได้ ผู้ป่วยจึงพร้อมเข้าสู่การบำบัดครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 สร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง

ระยะทำงานกลุ่ม (Working phase) (Yalom, 1995) ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการการตีตราตนเองด้วยการใช้หลักการแยกความคิด (Cognitive defusion) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy) ของ Hayes et al. (2006) การแยกความคิด คือ การลดอิทธิพลของภาษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ มีเป้าหมายเพื่อจัดการหลอมรวมความคิดระหว่างตัวตนกับภาษา (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการตีตราตนเองของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้ระบุไว้ใน การบำบัดครั้งที่ 2 กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีการตีตราตนเองจะแสดงออกมาในลักษณะของคำพูดที่ใช้ต่อว่า ตาหนิตนเอง เช่น “ไอ้ขี้ยา ผมมันเลว ผมแม่งเหี้ย ผมมันตัวซวย ผมเป็นแกะดำ” เป็นต้น โดยการตอกย้ำตัวเองด้วยคำพูดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นการสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเองจึงเป็นการจัดการการตีตราตนเองที่ใช้เทคนิคการแยกความคิดเพื่อลดอิทธิพลของภาษา ผ่านกลยุทธ์

ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ 1) การสร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) 2) การพูดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) และ 3) การร้องเป็นเพลง (Sing it out) โดยผู้ป่วยเลือกใช้เพียง 2 เทคนิคแรก ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายหนึ่งระบุความคิดที่ตราตนเองที่เกิดขึ้นว่า “สมเพช” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 1 สร้างระยะห่างจากความคิด (Create a distance) “ผมมีความคิดว่า...ผมน่าสมเพช...” หรือตัวอย่างจากผู้ป่วยอีกรายที่ระบุความคิดที่ตราตนเองว่า “ไอ้ขี้ยา” จากนั้นได้ทดลองฝึกใช้เทคนิคที่ 2 การพูดความคิดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) “ขี้ยา ขี้ยา ๆ ๆ” ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ช่วยให้ผู้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) จากการสอนและสาธิตแบบอย่างการใช้เทคนิคให้กับผู้ป่วยคนอื่น รวมทั้งการได้เลียนแบบ (Imitative behavior) การใช้เทคนิคช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัดในครั้งนี้

ซึ่งผลของการใช้เทคนิคการแยกความคิดข้างต้นนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับคำอธิบายถึงกลุ่การแยกความคิดของ จูทามาต แหนจอน (2561) ที่ระบุว่าการแยกความคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไม่ใช่การเปลี่ยนจำนวนครั้งของการคิด เช่น การหยุดคิดหรือทำอย่างอื่นทดแทนเพื่อให้ลืมความคิดหรือความรู้สึกนั้น ๆ และไม่ใช้การปรับเปลี่ยนรูปแบบของความคิดที่ไม่ดีให้เป็นความหมายเชิงบวก แต่เป็นเพียงการนำความหมายออกจากภาษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เห็นได้จากภายหลังการใช้เทคนิคผู้ป่วยได้ระบุว่า “ผมรู้สึกว่าคุณพูดมันต่างไปจากเดิม ไม่รู้หมายถึงอะไร” รวมทั้งเกิดการเพิ่มระยะห่างระหว่างความคิดความรู้สึกกับตัวตน ให้เห็นว่าความคิดและความรู้สึกนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ใช่สิ่งที่บุคคลเป็น เห็นได้จากคำพูดที่ว่า “มันเหมือนตัวผมไม่ได้เป็นตามที่ผมคิดว่าตัวเอง” ทั้งนี้ผลการดำเนินการในการบำบัดครั้งที่ 3 นี้ มีความสอดคล้องกับส่วนหนึ่งของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ระบุว่า การแยกความคิดช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการหลอมรวมความคิด ช่วยสร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นของจิตใจที่มากขึ้น โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร่าหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ธีรนาถ บุญญาธิการ, 2561) และสอดคล้องกับกระบวนการแยกความคิดในการศึกษาของ Luoma et al. (2008) ที่ศึกษาการใช้แนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาลดการตีตราตนเองในผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยพบว่าการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองประเมินกลุ่มตัวเอง แล้วเลือกคำพูดที่ตราตนเองมาเพียง 1 คำพูด (เช่น มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งเรียกกลุ่มตนเองว่า “loser”) จากนั้นให้ทั้งกลุ่มพูดคำว่า “loser” ออกมาเร็ว ๆ ดัง ๆ ติดต่อกัน 30 วินาที กระบวนการนี้เป็นการหลอมละลายความคิดและความทุกข์ที่คนกลุ่มนี้นึกถึง โดยผลการศึกษาท้ายสุดพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มทดลองมีการตีตราตนเองลดลง

ครั้งที่ 4 การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด

ระยะทำงานกลุ่ม (Working phase) (Yalom, 1995) ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมโดยใช้ 2 หลักการของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) ได้แก่ การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) และการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) โดยการอยู่กับปัจจุบัน คือ การเฝ้ามองดูการปรากฏ และตระหนักผู้ต่อประสบการณ์ภายในและภายนอกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน เพียงแค่มองและรับรู้ตามสิ่งที่เกิดขึ้น ส่วนการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง คือ การรับรู้หรือเห็นว่าตนเองกำลังมีความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยหลักการข้างต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการหลอมรวมความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาของความคิดนั้นน้อยลง ช่วยให้สามารถแยกความคิดที่บั่นทอนความสุขออกไปได้ (จุฑามาศ แหนจน, 2561) โดยเริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับการติตราตนเองและอาการซึมเศร้า ผ่านกิจกรรมหลับตาแบบอิสระเปรียบเทียบกับ การหลับตาแบบออกคำสั่ง ผลพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เข้าใจในความสำคัญของกิจกรรมและเชื่อมโยงไปสู่การติตราตนเองและอาการซึมเศร้าได้ ดังตัวอย่างคำพูด *“ถ้าไม่ฝึกมันก็จะคิดไปเรื่อย ๆ ฟุ้ง บางครั้งก็ไม่รู้ว่าตัวเองคิดอะไรอยู่ ไม่อยู่กับตัวเอง พอเริ่มโฟกัสจะเห็นความคิดอื่นที่เข้ามาชัดเจนมากขึ้น การฝึกสติก็เพื่อจะได้รู้ความคิดติตราตนเอง ถ้าเราคิดได้ก็จะได้ใช้เทคนิคที่ได้เรียนไป”* ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิดแล้ว จึงเป็นการฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ภายหลังการฝึกพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ส่วนใหญ่มีคะแนนความสงบเพิ่มขึ้น โดยเปรียบเทียบคะแนนระดับความสงบจากการหลับตาแบบอิสระ กับการหลับตาที่รวมกับการทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ดังตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายหนึ่ง ที่ภายหลังหลับตาแบบอิสระระบุว่า *“รู้สึกมีความคิดวนไปมาแต่จับไม่ได้”* ให้คะแนนความสงบ 5 คะแนน และภายหลังการหลับตาร่วมกับทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ผู้ป่วยระบุว่า *“ช่วงแรกความคิดล่องลอย แต่พยายามดึงกลับมาอยู่ที่การหายใจ ทำให้รู้สึกนิ่งมากขึ้น”* ให้คะแนนความสงบ 6 คะแนน

นอกจากนี้หลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการบ้านให้ไปฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ พร้อมทั้งบันทึกคะแนนความสงบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความคิดติตราตนเอง (ถ้ามี ณ ขณะฝึก) และการใช้เทคนิคสร้างระยะห่างจากความคิดติตราตนเอง พบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทุกรายมีคะแนนความสงบเพิ่มขึ้น และเข้าใจว่าการฝึกดังกล่าวช่วยให้เห็นความคิดติตราตนเองได้ง่ายขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า *“ฝึกแล้วรู้สึกนิ่งมากขึ้น รู้ความคิดตนเองชัดเจน ไม่ฟุ้ง”* หรือ *“ฝึกแล้วรู้สึกสงบขึ้น เห็นความคิดติตราตนเองมาบางครั้ง”* และ *“ตอนทำมีอดีต แต่วันหลัง ๆ”*

เริ่มขึ้น *รู้สึกว่ามีมองเห็นความคิดตัวเองชัดขึ้น*” เป็นต้น การอยู่กับปัจจุบันและการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด นับว่าเป็นหลักการในส่วนของสติ (mindfulness) ของแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การฝึกสติ (mindfulness) สามารถลดการติตรรกตนเองในผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ (Yang and Mak., 2016)

ครั้งที่ 5 กำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย

ระยะทำงานกลุ่ม (Working phase) (Yalom, 1995) ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ คือ การกำหนดทิศทางชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมกำหนดทิศทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย โดยใช้หลักการระบุค่านิยม (Defining valued directions) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) การระบุค่านิยม คือ การค้นหาความคิดหรือความเชื่อที่เป็นความต้องการที่แท้จริง สำหรับนำมากำหนดทิศทางและเป้าหมายในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิต (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) โดยกิจกรรมเริ่มต้นด้วยการที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญของการกำหนดทิศทางชีวิต และการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างการกำหนดทิศทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมาย ผลพบว่าผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เข้าใจ พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงการกำหนดทิศทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมายได้ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดที่ว่า *“ทิศทางชีวิต คือ สิ่งที่เราหวังจะให้ เป็น ส่วนเป้าหมายเป็นการตั้งหลักเพื่อไปให้ถึงสิ่งที่หวังนั้น”* หรือ *“ทิศทางชีวิต คือ สิ่งที่ผมปรารถนาจะเป็น แต่เป้าหมาย คือ สิ่งที่เราเห็นภาพแล้วต้องทำให้ได้ ซึ่งเราควรต้องมีทิศทางชีวิตก่อน”* ในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กำหนดทิศทางชีวิตใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการงานหรือการศึกษา และด้านสุขภาพ ทั้งนี้การบำบัดครั้งนี้เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเข้าใจ ซึ่งกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบจากเพื่อนในกลุ่ม (Imitative behavior) การให้ข้อมูลระหว่างกัน (Imparting of information) ทำให้ผู้ป่วยสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมและระบุทิศทางชีวิตและเป้าหมายของตนเองได้ ดังตัวอย่างทิศทางชีวิตและเป้าหมายในแต่ละด้านของผู้ป่วยรายหนึ่งระบุว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว *“อยากมีครอบครัวที่อบอุ่น”* ด้านการงานหรือการศึกษา *“งานที่ดี มีความมั่นคง”* ด้านสุขภาพ *“อยากมีสุขภาพดี ไม่ติดยา”* ซึ่งทั้งสามด้านของผู้ป่วยรายนี้ นำไปสู่การตั้งเป้าหมายเดียว คือ *“เลิกใช้ยา”* และในด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน *“อยากมีเพื่อนที่ดี เกื้อหนุนกัน”* โดยมีเป้าหมาย คือ *“เลิกคบคนดี”* จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถกำหนดทิศทางชีวิตได้และนำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับทิศทางชีวิตเหล่านั้น แต่การกำหนดเป้าหมายนั้นต้องเป็นคำที่แสดงถึงการกระทำที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติจริง (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายในการบำบัดครั้งสุดท้าย

ครั้งที่ 6 เดินตามทิศทางชีวิต

ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) (Yalom, 1995) ดำเนินการผ่านกิจกรรมเดินตามทิศทางชีวิต โดยใช้หลักการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) ของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา คือ การนำค่านิยมมาปฏิบัติ (ในการวิจัยนี้ คือ ทิศทางชีวิต) โดยการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม กำหนดแผนปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนเพื่อป้องกันอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ผลการดำเนินกิจกรรมเดินตามทิศทางชีวิตพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์สามารถระบุเป้าหมายแผนดำเนินการ พร้อมทั้งมีการคาดการณ์อุปสรรคและวางแผนรับมือกับอุปสรรคดังกล่าวได้ ดังตัวอย่างของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์รายหนึ่งที่ระบุทิศทางชีวิตด้านสุขภาพว่า “*อยากมีสุขภาพดี ไม่ติดยา*” นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายชีวิตระยะยาวและระยะสั้นที่แสดงถึงการกระทำที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติจริงว่า “*ใน 1 ปี ต้องไม่เสพเฮโรอีนอีก*” และ “*ใน 1 เดือนต่อจากนี้ต้องไม่เสพเฮโรอีนอีก*” เป้าหมายระยะสั้นของผู้ป่วยรายนี้ นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติที่ว่า “*1. พาตัวเองออกจากภาวะเสี่ยง ไม่ติดต่อเพื่อนที่เสพ 2. ฝึกสมาธิ 3. ออกกำลังกาย 4. มาหาหมอให้ตรงนัด กินยาตามที่หมอสั่ง 5. ทั้งสิ่งกระตุ้นทุกอย่าง เช่น พวกอุปกรณ์ที่ใช้ฉีด*” ผู้ป่วยรายนี้มีการคาดการณ์อุปสรรคที่อาจทำให้กลับไปเสพยาซ้ำคือ “*เพื่อนที่ใช้ยา*” วิธีการที่ผู้ป่วยรายนี้ใช้รับมือ “*ต้องทำให้เข้มแข็ง ปฏิเสธให้ได้ ลบการติดต่อกับเพื่อนทุกช่องทาง ตัดทุกช่องทาง การติดต่อกันไม่ได้ไปเจอพวกเขาเลยและไม่คิดจะกลับไปเจออีก*” การดำเนินกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสิ่งที่ตนเองได้เขียน กระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สัมพันธ (Interpersonal learning) เห็นได้จากการสะท้อนกลับของกลุ่มที่ปรบมือชื่นชมเมื่อสิ้นสุดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยเกิดการรู้สึกมีหวัง (Instillation of hope) จากการได้รับกำลังใจจากผู้บำบัดและเพื่อนร่วมกลุ่ม เห็นได้จากคำพูดแสดงถึงการให้พันธะสัญญาที่จะนำสิ่งที่เขียนไปปฏิบัติจริง “*ผมสัญญาว่าจะทำให้ได้ ผมอยากเลิกยาจริง ๆ จะทำให้ได้ตามที่เขียน*” ทั้งนี้การยุติกลุ่มนอกจากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมั่นใจในการนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้จริงแล้ว (Yalom, 1995) ผู้ป่วยยังมีการบอกความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่พวกเขาได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “*ผมรู้สึกดีที่แต่ละอาทิตย์ได้มาเข้ากิจกรรม ได้ระบาย อย่างน้อยเวลาที่ผมด่าตัวเองผมก็มีวิธีจัดการแล้ว*” หรือ “*ดีมากเลยที่ได้เข้ากิจกรรม ได้ฝึกสมาธิ ได้อยู่กับความคิดตัวเอง ได้ระวังคำพูดแย่ ๆ ที่เราชอบใช้กับตัวเอง บางทีผมก็ไม่ได้เป็นตามนั้น*”

จากผลของการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง จะสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลภายใต้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ส่งผลให้เกิดการจัดกระทำกับสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การตีตราตนเอง (Internalized stigma) ซึ่งภายหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองมีคะแนนการตีตราตนเองลดลง ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่คะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการเข้ารับเมทาโดนทดแทน ทั้งนี้เนื่องด้วยภายหลังการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ดังนั้นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจึงได้แก่ อายุและระยะเวลาในการเข้ารับเมทาโดนทดแทน ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทน โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีอายุน้อยจะมีอาการซึมเศร้ามลดลงเร็วกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก (Wang et al., 2017) และพบว่าอาการซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกของการรับเมทาโดนทดแทน (Wang et al., 2017) จากนั้นระดับอาการซึมเศร้าจะลดลงร้อยละ 15 ในช่วง 12 เดือน และลดลงร้อยละ 30 ในช่วง 18 เดือนที่รับเมทาโดนทดแทน (Havard et al., 2006) จึงมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matched Pairs) และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (\bar{X} = 13.11 และ 13.00 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) แต่ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (\bar{X} = 5.50 และ 15.37 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) แต่เมื่อติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนกลับพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (\bar{X} = 7.24 และ 13.38 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กล่าวคือ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินระดับอาการขาดสารอนูพันธ์ฝิ่น การ

ประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ (สำหรับผู้ป่วยที่ให้ประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ) การประเมินอาการสำคัญ ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยาเมทาโดนและยาอื่น ๆ ตามอาการ พร้อมทั้งมีการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์และสารเสพติดอื่น ๆ วิธีการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาเมทาโดนทดแทน การประเมินครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นรายครอบครัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) สำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป โดยจะทำเป็นรายกรณีรายละอย่างน้อย 2 ครั้ง ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและสถานการณ์ในคลินิกเมทาโดน

ทั้งนี้ผลการศึกษาจากทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที เป็นไปได้ว่าการดูแลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับดังที่กล่าวข้างต้น ยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลปัญหาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้เท่ากับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองที่มีพื้นฐานมาจากแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bricker and Tollison (2011) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) กับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) พบว่าเฉพาะการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเท่านั้น (ACT) ที่มีการสอนทักษะเพื่อให้เกิดการยอมรับความคิดและความรู้สึกที่ยากลำบากต่อการเผชิญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Seady et al. (2015) ที่ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มต่ออาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการรับยาเมทาโดนทดแทน ผลพบว่าภายหลังการบำบัดผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการใช้แนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งภายหลังการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผลพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Bohlmeijer et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) เพื่อลดอาการซึมเศร้า ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Kohtala et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนาถ บุญญาธิการ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment

Therapy: ACT) ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) เพื่อจัดการกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการซึมเศร้า ซึ่งการตีตราตนเอง (Internalized stigma) ถือเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญประการหนึ่งที่เป็นสาเหตุของปัญหาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Akdağ et al., 2018; Bozinoff, Anderson, Bailey, & Stein, 2018; Hippel, Brener, & Horwitz, 2018; Li et al., 2013; Yang et al., 2019) จากผลการศึกษาเมื่อให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการตามเทคนิคต่าง ๆ ของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเอง พบว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองในระยะสั้น กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองที่ลดลง แต่เมื่อติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนกลับพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ผลค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าจึงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปได้ว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยเริ่มคบหากับผู้หญิงและพาเข้ามาอยู่ที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธภาพกับพี่สาวของตนเองที่เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ผู้ป่วยระบุว่า *“ผมรู้สึกผิดที่ อยากรู้อะไรให้ดีกว่านี้ แต่พี่สาวเขาก็ไม่เข้าใจ เขาบอกว่าอย่าเอาภาระมาให้กูเพิ่มอีก”* ซึ่งการขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว (Emotional family support) มีส่วนส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดยาเสพติดขาดปัจจัยป้องกันจากปัญหาอาการซึมเศร้า (Hiller et al., 2013; Shrestha et al., 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยขอหยุดมารับเมทาโดนทดแทน *“ผมจะขอไม่มาเอายาแล้วนะที่พอพามาไม่ไหว ผมว่าผมดีขึ้นแล้ว”* เมื่อติดตามผล 1 เดือนทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วยรายนี้กลับไปเสพ Tramadol ผสมสารเสพติดอื่น ๆ (โปร) และเสพยาเฮโรอีนซ้ำ *“ผมใช้ช้านะพี่ มันทนไม่ไหวอะ”* เช่นเดียวกันกับอีกรายที่กลับไปเสพยาเฮโรอีนซ้ำ เนื่องด้วยทนายสิทธิพลจากเพื่อนกลุ่มเดิมไม่ไหวประกอบกับเฮโรอีนสามารถหาซื้อได้ง่าย *“ก็เพื่อนมันชวน ผมว่าผมจะทิ้งทวนแล้วพี่ แต่แบบแค่ส่งไปเขาก็ขับรถมาส่งถึงคอนโดแล้ว”* เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เหล่านี้กลับไปเสพยาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2013) และ Li et al. (2015) ที่พบว่าความรุนแรงในการเสพติด (Severity of drug dependence) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงติดตามผล 1 เดือน ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทำให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติจึงพบว่าผลการวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัยครั้งนี้ แต่ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลการทดลอง 1 เดือน พบว่า แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร่ายังคงน้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง ในทางกลับกันสำหรับกลุ่มควบคุม แม้จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร่าลดลง แต่ยังคงเป็นค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง จากข้อมูลดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นได้ว่าโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองมีประสิทธิภาพต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการรับยาเมทาโดนทดแทน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนได้ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มีความรู้เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา พร้อมทั้งมีทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนตามคู่มือโปรแกรมจัดการการติตรัตนเอง ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่ผู้นำไปใช้ต้องตระหนัก คือ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเริ่มกิจกรรมในทุกครั้ง ด้วยการประเมินระดับอาการขาดสารอนุพันธ์ีน (COW Score) เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้

1.3 เนื่องด้วยโปรแกรมจัดการการติตรัตนเองเป็นการจัดกระทำกับตัวแปรการติตรัตนเอง (Internalized stigma) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งการติตรัตนเองเป็นประเด็นละเอียดอ่อน ผู้ป่วยต้องมีการระบุถึงเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก ดังนั้นผู้นำโปรแกรมไปใช้ต้องหมั่นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง พร้อมทั้งต้องไวต่อความรู้สึก และหมั่นสังเกตผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน่วงที

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการจัดหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา สำหรับจัดการอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำโปรแกรมจัดการการติตราตนเองไปให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องด้วยผลการวิจัยนี้พบว่าในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติตราตนเองมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นสำหรับการวิจัยในอนาคตจึงควรมีการพัฒนาให้มีการทบทวนความรู้และทักษะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ (Booster Session) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ไม่มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมจัดการการติตราตนเอง ขยายผลไปยังกลุ่มประชากรผู้ป่วยติดสารเสพติดประเภทอื่น ๆ ที่มีปัญหาอาการซึมเศร้าเช่นเดียวกัน



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* สำหรับ
พยาบาลจิตเวชในสถานบริการตติยภูมิ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm
Reduction)*. สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ส.ส. กระทรวงยุติธรรม. (2560). *รวมกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติ
ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560) และพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อ
จิตและประสาท พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- ขวัญกมล ทิพย์มโนสิงห์. (2561). ปัญหาความรับผิดชอบทางกฎหมายกับการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ใน
วัยรุ่น. *วารสารวิชาการ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*, 10(1), 28-43.
- คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต.
(2553). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* สำหรับ
พยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- จริยา บุญเจริญ. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. [Online]. แหล่งที่มา:
<http://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=3634>. [10 ธันวาคม 2563]
- จุฬามาศ แหนจอน. (2561). *การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT): กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพแนว
ใหม่*. ชลบุรี: เก็ทกู๊ดครีเอชั่น.
- เจริญ แฉกพิมาย และ ปณิตดา ศรีธนะสาร. (2555). *พฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดของ
นักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*. (รายงานการวิจัย งานวิจัยและ
พัฒนานักศึกษา กองกิจการนักศึกษา, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ).
- ชาลินี หนูชูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ สมบัติ สกกุลพรรณ. (2560). ผลของการบำบัดโดยการ
แก้ไขปัญหากลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี กรุงเทพ*, 33(3), 124-137.
- ฐนิษฐา กลีบบัว. (2558). *ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี
อาการซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐธิดา คุ่มรอด. (2558). *ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ดลชัย ะวะวังจุ, อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และ ดุสิตา พึ่งสำราญ. (2560). สถานการณ์การตีตราทางสังคมของผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาผู้รับการบำบัดสารเสพติดในโครงการบริการเมทาโดนฐานชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(3), 276-288.
- ดวงตา ปาวา. (2558). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการผิด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ทิพสุคนธ์ มูลจันทิ, อัจฉริยา แวงจุนา และณิตยา ไชยกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotional Behavior Therapy Counselling) ต่อการควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเฮโรอีน. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 145-149.
- ธรมินทร์ กองสุข, ศุภชัย จันทร์ทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยี่น, ศักดา คำคม, . . . จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2553). *ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)*. นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 9 ประจำปี 2553.
- ธรมินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). *ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยกลาง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- ธีรนาถ บุญญาธิการ. (2561). *ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). *การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสารโรงพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(1), 19-33.
- นันท์วัช สิทธิรักษ์ และคนอื่นๆ. (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- นันท์ทิภา ทวีชาติ และคณะ. (2533). *การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต-สังคมต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ: การเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203.
- ปิยะดา บุญทรง. (ม.ป.ป.). *Opioids*. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/Opioids.pdf>

- ปรีชญานันท์ นักพ่อน. (2559). โครงการประเมินการดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด. *วารสารการเมืองการปกครองธรรมาภิบาล (Good Governance)*, 6(2), 394-412.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร และยุวดี ภาษา. (2553). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). ค้นหาคำศัพท์แบบทั่วไป. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.royin.go.th/dictionary/>. [9 พฤษภาคม 2562]
- พยอมน ตันตีวัฒน์. (ม.ป.ป.). Opiates. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <http://www.ddrc.ihr.chula.ac.th/Knowledge%20and%20Reviews/opiate.pdf>
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด Textbook of Addiction Psychiatry*. กรุงเทพฯ: สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (NAS), สถานเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และกระทรวงยุติธรรม.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ. (2561). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “การประเมินผลโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรพร กรดแก้ว. (2560). ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ. (2557). *กลุ่มจิตบำบัด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2558). *หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ และ อุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย.

- วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4), 211-219.
- ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์. (2562). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 116-127.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. (2557). ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances). *วารสารการแพทย์ไทย*, 1, 9-56.
- วีรวัด อัครานันท์. (2560). การรักษาด้วยการให้เมทาโดนทดแทน ในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ : ทบทวนวรรณกรรม. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(2), 116-121.
- ศิริมา ศรีทาทพิสิฐ, นัยนา โปษยานุวัตร, ชดาพิมพ์ ศศลักษณ์านนท์, จิตวี แก้วพรสวรรค์ และ ศุภโชค สิงห์กันต์. (2550). การศึกษาความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงของเครื่องมือ แบบประเมิน Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย: แบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). *จดหมายข่าวทางแพทย์*, 90(3), 524-531.
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *หลักสูตรบริการเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2561). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2557-2561. [รายงานประจำปี]. สืบค้นจาก <http://www.pmnidat.go.th/>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2563). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2557-2563. [รายงานประจำปี]. สืบค้นจาก <http://www.pmnidat.go.th/>
- สินีนุช นันท์สูงเนิน. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ยุติสารแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี ศรีโกไสย, สมพร กิวแก้ว และ ทิพศมัย ทายะรังษี. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 67-79.
- สุนันทา คำชมพู และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์ (2557). การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่นในผู้ป่วยจิต

- เภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่ว: รายงานกรณีศึกษา. *วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 102-112.
- สุพรรณ สุกมลสันต์. (2560). การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดสอบรวมเพื่อการวิจัย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 9(2), 51-70.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตน สุวรรณ 3.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๓*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงยุติธรรม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2553). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการ ควบคุมกำกับ และประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกกรมรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1 ตาราง การจัดกลุ่มโรค*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ฯ
- อติทยา คำทวิ. (2560). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิต เภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, ชัยสิริ อังกรสุวรรณนท์ และ พิทักษ์ สุริยะใจ. (2552). *แนวทางการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวและการถอนพิซ ยา*. นครปฐม: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อลงกรณ์ เถกิงศักดิ์ากุล. (2560). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการ รักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(2), 171-180.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2549). การประเมินอาการซึมเศร้า: ข้อคิดในการเลือกใช้เครื่องมือ. *วารสาร สภาการพยาบาล*, 21(2), 17-30.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ รณชัย คงสกนธ์. (2544). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4), 311-320.
- อารีย์วรรณ อ่วมตानी. (2561). *การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วิชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการ

คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42, 2-13.

ภาษาอังกฤษ

Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 188-196.

Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tikir, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., . . . Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-8.

Alexander, K., Kronk, R., Sekula, K., Short, V., & Abatemarco, D. (2019). Implementation of a Mindfulness Intervention for Women in Treatment for Opioid Use Disorder and Its Effects on Depression Symptoms. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 690-696.

American Psychiatric Association. (2013). Opioid Use Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Armstrong, G., Nuken, A., Samson, L., Singh, S., Jorm, A. F., & Kermode, M. (2013). Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. *BMC Psychiatry*, 13(151), 228-235.

Beeber, L.S. (1996). Depression in women. In A. B. Mc Bride, (Ed.). *Psychiatric mental health nursing: Integrating the behavioral and biological science*. Philadelphia: WB. Saunders.

Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.

Boyd, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.

Bozinoff, N., Anderson, B. J., Bailey, G. L., & Stein, M. D. (2018). CORRELATES OF STIGMA SEVERITY AMONG PERSONS SEEKING OPIOID DETOXIFICATION. *J Addict Med*, 12(1), 19-23.

Bricker, J. B., & Tollison, S. J. (2011). Comparison of Motivationl Interviewing with Acceptance and Commitment Therapy: A concepttual and clinical review.

- Behavior Cognitive Psychother*, 39(5), 541-559.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & Hippel, C. v. (2016). Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs. *Substance Use & Misuse*, 51(12), 1664-1668.
- Conner, K. R., Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2008). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction*, 103(4), 524-534.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197-215.
- Cornford, C. S., Umeh, K., & Manshani, N. (2012). Heroin users' experiences of depression: a qualitative study. *Family Practice*, 29, 586-592.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002) a. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *CLINICAL PSYCHOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002) b. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. J., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Cruz, C. C. e., Salom, C. L., Dietze, P., Lenton, S., Burns, L., & Alati, R. (2018). Frequent experience of discrimination among people who inject drugs: Links with health and wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 188-194.
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., . . . Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*, 5, e1192-e1206.
- Goffman, E. (1963). *STIGMA NOTES ON THE MANAGEMENT OF SPOILED IDENTITY*. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Gold, M. (2019). The Surprising Links Among Opioid Use, Suicide, and Unintentional

- Overdose. [website]. Retrieved from <https://www.addictionpolicy.org/blog/the-surprising-links-among-opioid-use-suicide-and-unintentional-overdose>
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J Addict*, 87(11), 1527-1536.
- Havard, A., Teesson, M., Darke, S., & Ross, J. (2006). Depression among heroin users: 12-Month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 355–362.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Heimer, R., Barbour, R., Palacios, W. R., Nichols, L. G., & Grau, L. E. (2014). Associations Between Injection Risk and Community Disadvantage Among Suburban Injection Drug Users in Southwestern Connecticut, USA. *AIDS Behavior*, 18(3), 452–463.
- Hiller, S. P., Syvertsen, J. L., Lozada, R., & Ojeda, V. D. (2013). Social support and recovery among Mexican female sex workers who inject drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 44-54
- Hippel, C. v., Brener, L., & Horwitz, R. (2018). Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 76, 305-311.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. ReadingMA: Addison Wesley.
- Hsu, D. T., Sanford, B. J., Meyers, K. K., Love, T. M., Hazlett, K. E., Walker, S. J., . . . Zubieta, J.-K. (2015). It still hurts: altered opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Mol Psychiatry*, 20(2), 193-200.
- Ibragimov, U., Cooper, H. L., Haardörfer, R., Dunkle, K. L., Zule, W. A., & Wong, F. Y. (2017). Stigmatization of people who inject drugs (PWID) by pharmacists in Tajikistan: sociocultural context and implications for a pharmacy-based prevention approach. *Harm Reduction Journal*, 14(64), 1-11.

- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A Four-Session Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Depressive Symptoms Delivered by Masters Degree Level Psychology Students: A Preliminary Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *43*, 360–373.
- Krafft, J., Ferrell, J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2017). Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1-50.
- Kulesza, M., Larimer, M. E., & Rao, D. (2014). Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *Journal of Addictive Behaviors Therapy & Rehabilitation*, *2*(2), 1-23.
- Li, J., Gu, J., Lau, J. T. F., Chen, H., Mo, P. K. H., & Tang, M. (2015). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among people who inject drugs in China. *Drug and Alcohol Dependence*, *151*, 228–235.
- Li, L., Tuan, N. A., Liang, L.-J., Lin, C., Farmer, S. C., & Flore, M. (2013). Mental health And family relations among people who inject drugs and their family members in Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, *24*, 545–549.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363-385.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, *107*, 39-50.
- Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., & Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*, 256-272.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory. *J Med Assoc Thai*, *82*(12), 1200-1207.
- Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. *Journal Psychopathology Behavior Assessment*, *35*(2), 223–234
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, *16*(2), 149–165.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G.

- (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331–1346
- Lutz, P.-E., & Kieffer, B. L. (2013). Opioid receptors: distinct roles in mood disorders. *Trends in Neurosciences*, 36(3), 195-206.
- Marcovitz, D. E., McHugh, R. K., Volpe, J., Votaw, V., & Connery, H. S. (2016). Predictors of early dropout in outpatient buprenorphine/naloxone treatment. *Am J Addict*, 25(6), 472-477.
- Mars, S. G., Bourgois, P., Karandinosc, G., Monterod, F., & Ciccarone, D. (2014). “Every ‘Never’ I Ever Said Came True”: Transitions from opioid pills to heroin injecting. *Int J Drug Policy*, 25(2), 257–266.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K., & Calamaras, M. R. (2007). The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S. A., and Fletcher L. B. (2009). e relation between psychological flexibility and mental health stigma in Acceptance and Commitment therapy: A preliminary process investigation. *Psychology Faculty Publications*.
- McPhee, I., Brown, A., & Martin, C. (2013). Stigma and perceptions of recovery in Scotland: a qualitative study of injecting drug users attending methadone treatment. *DRUGS AND ALCOHOL TODAY*, 13(4), 244-257.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2007). The Neurobiology of Drug Addiction. [website]. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/neurobiology-drug-addiction/section-iii-action-heroin-morphine/4-opiates-binding-to-opiate-rece>
- Niehaus, J. L., dez, N. D. C.-B., & Kauer, J. A. (2009). Plasticity of Addiction: A Mesolimbic Dopamine Short-Circuit? *The American Journal on Addictions*, 18, 259–271.
- Omori, Y., Mori, C., & White, A. H. (2014). Self-Stigma in Schizophrenia: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 49(4), 259-266.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Riveraa, A. V., DeCuira, J., Crawfordc, N. D., Amestyd, S., & Lewis, C. F. (2014). Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, 2010–2012. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 259–264.

- Rounsaville BJ. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol Psychiatry, 56*, 803-809.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Saedy, Kooshki, Firouzabadi, Emamipour, & Ardani. (2015). Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on Anxiety and Depression among Patients on Methadone Treatment: A Pilot Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci, 9*(1), e222
- Salgado, S., & Kaplitt, M. G. (2015). The Nucleus Accumbens: A Comprehensive Review. *Stereotact and Functional Neurosurgery, 93*, 75-93.
- Sarin, E., Samson, L., Sweat, M., & Beyrer, C. (2011). Human rights abuses and suicidal ideation among male injecting drug users in Delhi, India. *International Journal of Drug Policy, 22*, 161-166.
- Shrestha, S., Poudel, K. C., Poudel-Tandukar, K., Kobayashi, J., Pandey, B. D., Yasuoka, J., . . . Jimba, M. (2014). Perceived Family Support and Depression among People Living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 13*(3), 214-222.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of Depression and Depressive Symptoms Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research, 63*(s11), S454-S466
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance Use Stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug Alcohol Depend, 162*, 34-43.
- Sordo, L., Chahua, M., Bravo, M. J., Barrio, G., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., . . . Group, I. P. (2012). Depression among regular heroin users: The influence of gender. *Addictive Behaviors, 37*, 148-152.
- Sullivan, M. D. (2018). Depression Effects on Long-term Prescription Opioid Use, Abuse, and Addiction. *Clin J Pain, 34*, 878-884.
- Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., Brink, W. v. d., & Ameijden, E. J. C. v. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: An analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 79*, 231-240.

- Townsend, M. C. (2011). *Nursing Diagnosis in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2007). World drug report.
- Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S. (2013). Foundation of motivation interviewing groups. In Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S., *Motivational interviewing in group*, pp. 297-313. America: Guilford Press.
- Wang, P.-W., Lin, H.-C., Yang, Y.-H. C., Hsu, C.-Y., Chung, K.-S., Wu, H.-C., & Yen, C.-F. (2017). gender and age effects on the Trajectory of Depression in Opioid Users during Methadone Maintenance Treatment. *Front. Psychiatry, 8*, 288.
- Williams, S. C., Davey-Rothwell, M. A., Tobin, K. E., & Latkin, C. A. (2017). People who inject drugs and have mood disorders – a brief assessment of health risk behaviors. *Substance Use & Misuse, 52*(9), 1-18.
- World Drug Report. (2018). *ANALYSIS OF DRUG MARKETS Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs*. Austria: United Nations publication
- World Drug Report. (2020). *1 EXECUTIVE SUMMARY IMPACT OF COVID-19 POLICY IMPLICATIONS*. Retrieved from <http://wdr.unodc.org/wdr2020/en/exsum.html>
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Diseases*. 10th edition (ICD-10). Retrieved from <http://www.who.int/classificationsapps/icd/icd10online/>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Community management of opioid overdose*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th ed. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. and Leszcz. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th ed. New York: Basic Books.
- Yang, L. H., Grivel, M. M., Anderson, B., Bailey, G. L., Opler, M., Wong, L. Y., & Stein, M. D. (2019). A new brief opioid stigma scale to assess perceived public attitudes and internalized stigma: Evidence for construct validity. *Journal of Substance Abuse Treatment, 99*, 44-51.
- Yang, X., & Mak, W. W. S. (2016). The Differential Moderating Roles of Self-Compassion and Mindfulness in Self-Stigma and Well-Being Among People Living with Mental Illness or HIV. *Mindfulness*. doi:10.1007/s12671-016-0635-4
- Zhang, L., Chow, E. P. F., Zhuang, X., Liang, Y., Wang, Y., Tang, C., . . . Wilson, D. P.

- (2013). Methadone Maintenance Treatment Participant Retention and Behavioural Effectiveness in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 8(7), 1-10.
- Zullig, K. J., Lander, L. R., Sloan, S., Brumage, M. R., Hobbs, G. R., & Faulkenberry, L. (2018). Mindfulness-Based Relapse Prevention with Individuals Receiving Medication-Assisted Outpatient Treatment for Opioid Use Disorder. *Mindfulness*, 9, 423-429.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. นายแพทย์อังกูร ภัทรการ รองผู้อำนวยการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นางสาวเยาวเรศน์ นาคะโยธินสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. นางสาวตรี สุริยะฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. ผศ.ดร. จุฑามาศ แหนจอน หัวหน้าภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. อาจารย์ ดร. อนุสรณ์ พยัคฆาคม อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในคน
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 63012

เอกสารใบรับรองที่ 024/2563

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมจัดการทัศนคติรณรงค์ต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PATIENT WITH OPIOID USE DISORDER.

2. ชื่อคณะผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ชมพู่ ศรีดอนอม

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

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี :

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)

รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 27 มีนาคม 2563

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับแก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 27 มีนาคม 2563

5. วันที่ให้การรับรอง.....3.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2563.....

วันที่ที่หมดอายุ.....2.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2564.....

ลงนาม
(... นพ.ล้ำชา ลักขณาภิชนรัช ...)

ลงนาม
(.....นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมฯ)



**การตรวจความเที่ยง
ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง**

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้มีรายละเอียดดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables
in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	9

**การตรวจความเที่ยง
ของแบบประเมินการติตรัตนเองสำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์**

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินการติตรัตนเองสำหรับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables
in the procedure.

Reliability Statistics

C

Cronbach's Alpha	N of Items
.789	8



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

หมายเหตุ: สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ เฮโรอีน ผีน เมทาโดน มอร์ฟีน

ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....ปี.....

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเข้าร่วมในระบบการศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส.
<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	<input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง/แยก
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. เกษตรกร	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. ว่างาน	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ บาท/เดือน

7. ระยะเวลาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (ตั้งแต่เริ่มใช้ครั้งแรก - ปัจจุบัน) ปี.....เดือน.....
8. ชนิดของสารโอปิออยด์ที่เสพ.....วิธีการเสพ.....
ปริมาณ.....ความถี่.....
9. การใช้สารเสพติดอื่นๆ.....วิธีการเสพ.....
ปริมาณ.....ความถี่.....
10. เข้ารับเมทาโดนทดแทน ณ ครั้งปัจจุบัน มาเป็นระยะเวลา ปี.....เดือน.....วัน.....
11. ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน.....มิลลิกรัม



ข้อ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่	ไม่มีเลย	มี						รวม
			ความรุนแรง			ความถี่			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	นานๆ ครั้ง (1-6 วัน)	บ่อย (7-10 วัน)	เกือบทุกวัน (> 10 วัน)	
8								
9	คิดไม่ยอมมีชีวิตอยู่หรืออยากทำร้ายตนเอง								

แบบประเมินการตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

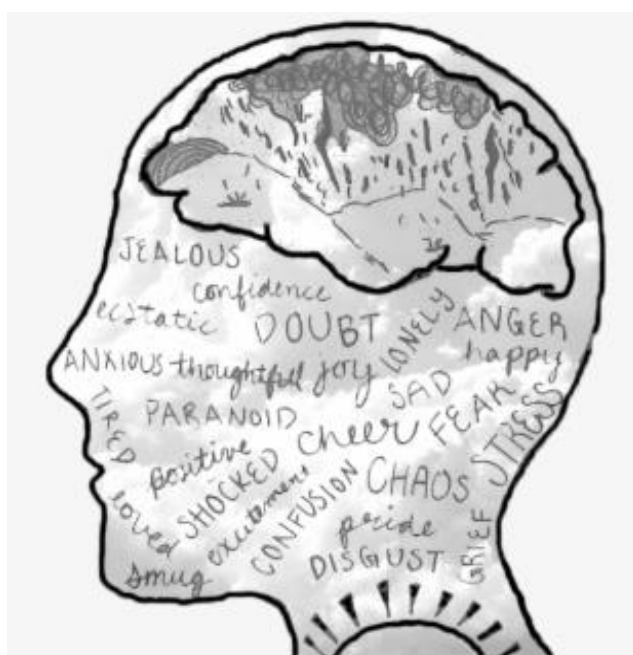
คำชี้แจง: ขอให้ท่านอ่านแต่ละข้อคำถามแล้วแสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เพียงใดตาม
ประสบการณ์จริงของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใต้คำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของ
ท่านมากที่สุด

หมายเหตุ: สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ เฮโรอีน ผีน เมทาโดน มอร์ฟิน

ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ค่อย เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ฉันเชื่อว่าคนที่ติดสารเสพติด กลุ่มโอปิออยด์ไว้ใจไม่ได้					
2) ฉันเชื่อว่าคนที่ติดสารเสพติด กลุ่มโอปิออยด์เป็นบุคคลอันตราย					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8) ตอนนี้ฉันเคารพนับถือตัวเอง น้อยลง เพราะฉันเป็นคนเกียจ คร้านจากการเป็นผู้เสพติดสาร กลุ่มโอปิออยด์					

คู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรม
 โปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้า
 ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
 (คู่มือสำหรับพยาบาล)



CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวพิมพ์ชมพู่ ศรีถนอม

รศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

ผศ. ดร.สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินงานโปรแกรมจัดการการติดตามตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม

การบำบัดครั้งที่ 1

สร้างสัมพันธภาพและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 1.1

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด

กิจกรรมที่ 1.2

การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

ระยะเวลา

90 นาที

รูปแบบ

การบำบัดรายกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือที่ดีต่อการเข้าร่วมการบำบัด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมมือในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกลักษณะของอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้

หมายเหตุ ประเมินระดับอาการขาดสารอนุพันธ์ (COW Score) ก่อนเริ่มต้นกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งต้องไม่มีอาการถอนยา (COW Score \leq 4)

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างฐานความเชื่อใจที่ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด สัมพันธ์ภาพที่ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง จะช่วยคลายความวิตกกังวลจากความรู้สึกเป็นผู้แปลกหน้าระหว่างกัน นำไปสู่การเชื่อใจ ไว้วางใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เกิดการให้ความร่วมมือที่ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และเนื่องด้วยการบำบัดในรูปแบบรายกลุ่มจะให้ประสิทธิผลที่ดีเมื่อสมาชิกกลุ่มเปิดเผยประสบการณ์หรือข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งร่วมอภิปรายประเด็นต่างๆ จากความคิดเห็นของตนเอง อันนำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันภายในกลุ่ม จนสามารถนำประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มท่านอื่นๆ ไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีขึ้น ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยคลายกำแพงที่ปิดกั้นตัวตน อันส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาการซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีโอกาสต้องเผชิญสูง นำมาซึ่งผลกระทบไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ การจะแก้ไขปัญหอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลำดับแรกสมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า ผลกระทบ และความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ นั่นคือ การติดยาตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิกกลุ่มสำหรับเข้าสู่การบำบัดเพื่อแก้ไขอาการซึมเศร้าด้วยโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. แบบประเมิน “ การตีตราตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์”
3. ฟลิปชาร์ตเปล่า
4. ฟลิปชาร์ท (อาการซึมเศร้าและผลกระทบ)
4. ปากกาเคมี
5. คลิปวิดีโอ “อาการซึมเศร้า” เข้าถึงได้จาก (YouTube: สารคดี ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย ตอนที่1 สำหรับผู้ป่วย) : <https://www.youtube.com/watch?v=VhPVwakEA9E> คลิประยะเวลา 6.35 นาที
6. ใบความรู้ที่ 1 “นายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว”
7. ใบกิจกรรมที่ 1/1 “สวีสวี นายซึมเศร้า เราชื่อ.....”
8. ใบกิจกรรมที่ 1/2 “ผลกระทบจากนายซึมเศร้า”

เกณฑ์การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มมีการสนทนาโต้ตอบ กล่าวแนะนำตนเอง ร่วมเมื่อต่อการทำงานกิจกรรมด้วยสีหน้าและท่าทีที่เป็นมิตร
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกรู้สึกดีและประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้ถูกต้องทุกข้อ
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกลักษณะของการซึมเศร้าและผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ได้อย่างน้อย 80

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมมือในการทำความรู้จัก</p> <p>1.1 ผู้ปฏิบัติเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกกลุ่มด้วยการกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่นและให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ผู้ปฏิบัติแนะนำตนเอง ชวนสมาชิกกลุ่มสนทนาเรื่องทั่วไป และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเองเพื่อลดความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างผู้ปฏิบัติกับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งเพื่อลดความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล อันนำมาซึ่งความร่วมมือในการบำบัดที่ดี</p> <p>1.1.2 ผู้ปฏิบัติให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมิน "การติดตามตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิ"</p>	<p>กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการบำบัด (30 นาที)</p> <p>1.1.1 ผู้ปฏิบัติเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกกลุ่มด้วยการกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่นและให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ผู้ปฏิบัติแนะนำตนเอง ชวนสมาชิกกลุ่มสนทนาเรื่องทั่วไป และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเองเพื่อลดความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างผู้ปฏิบัติกับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งเพื่อลดความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล อันนำมาซึ่งความร่วมมือในการบำบัดที่ดี</p> <p>1.1.2 ผู้ปฏิบัติให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมิน "การติดตามตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิ"</p>	<p>แนวทางในการอธิบาย</p> <p>“สวัสดิ์สมาชิกกลุ่มทุกคนนะคะ ก่อนอื่นขออนุญาตแนะนำตัวเองก่อน พยาบาลชื่อ พิมพ์ชมพู ศรีณอมเรียกสั้นๆว่า พิมพ์ นะคะ พยาบาลรู้สึกยินดีเป็นอย่างมากที่ได้มีโอกาสมาดูแลสมาชิกกลุ่มทุกคน และพยาบาลหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการบำบัดในครั้งนี้จะเป็นส่วนช่วยแก้ไขปัญหอาการซึมเศร้าให้กับสมาชิกกลุ่มทุกคนในทันที แต่สิ่งสำคัญการบำบัดจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีจากสมาชิกกลุ่มทุกคนด้วยนะคะ”</p> <p>“ตอนนี้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักพยาบาลแล้ว ต่อไปพยาบาลขอทำความรู้จักกับสมาชิกกลุ่มทุกคนบ้างนะคะ ...”</p> <p>“ก่อนที่เราจะเริ่มกิจกรรมกลุ่มบำบัดกันนะคะ พยาบาลมีแบบประเมินมาให้สมาชิกทุกคนได้ลอง</p>	<p>- ป้ายชื่อ</p> <p>- แบบประเมิน</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>- สมาชิกกลุ่มมีการสนทนาโต้ตอบกล้าแนะนำตนเองร่วมมือต่อการทำกิจกรรมด้วยสีหน้าและท่าทีที่เป็นมิตร</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
	ออยต์” เพื่อใช้เปรียบเทียบคะแนนการติดตามตนเองภายหลังสิ้นสุดการบำบัด	วิเคราะห์ตนเองกันคะ แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินเพื่อวิเคราะห์การติดตามตนเอง ซึ่งหลังจากที่สมาชิกได้ทำแบบประเมินนี้แล้ว จะทำให้สมาชิกได้เห็นว่าคุณสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง คิดกับตัวเองอย่างไร ดังนั้นเพื่อให้สมาชิกได้ข้อมูลที่แท้จริงพยาบาลจึงขอให้สมาชิกทุกคนเปิดใจและตั้งใจตอบแบบประเมินตามความคิดของตนเองกันคะ...”	“ การติดตามตนเอง สำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์”	
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	1.1.3 ผู้บำบัดอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยโปรแกรมจัดการติดตามตนเองฯ รวมทั้งสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม การแจ้งเกี่ยวกับภารกิจสิทธิ์ การเก็บรักษาความลับ การยุติการบำบัดตามความประสงค์ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจที่ดีต่อการเข้าร่วมการบำบัด	“ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ เป็นการบำบัดด้วยโปรแกรมจัดการติดตามตนเองฯ ซึ่งสมาชิกจะได้ร่วมการบำบัดด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มทุกคนที่นั้จะอยู่ร่วมกันในวันนี้ นับว่าเป็นสมาชิกกลุ่มเดียวกันแล้วนะคะ ซึ่งจะได้อะไรกันตามนัดหมายในลักษณะนี้ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์รวมการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยกันทั้งสิ้น 6 ครั้งระหว่างนี้ข้อมูลทุกอย่างที่เราได้ร่วมกันภายในกลุ่มจะถูกเก็บเป็นความลับ และหากระหว่างการทำบำบัดสมาชิกมีความรู้สึกไม่สะดวกใจในการบำบัด		- สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้ถูกต้องทุกข้อ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ตัวอย่างในการดำเนินงาน	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>บำบัดต่อ สามารถมาปรึกษาเกี่ยวกับพยาบาลและขออยู่ การบำบัดได้ โดยที่ไม่มีผลใดๆต่อการรับการรักษา เดิมที่คลินิกรักษาโดยแพทย์</p> <p>“สำหรับการบำบัดด้วยโปรแกรมจัดการสติตร ตนเองๆ ที่ สมาชิกทุกคนกำลังจะได้รับ มี วัตถุประสงค์หลักๆ เพื่อ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักและเข้าใจอาการซึมเศร้า 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการจัดการสติตร ตนเองอันเป็นสาเหตุของปัญหาอาการซึมเศร้า 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตั้งเป้าหมายและวาง แผนการดำเนินชีวิตได้สอดคล้องกับความเชื่อและ ความต้องการที่แท้จริงของตนเอง <p>และจากวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ สมาชิกกลุ่มทุกคนได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ อันได้แก่ ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาอาการซึมเศร้าลดลง 2. มีความสามารถในการจัดการสติตรตนเอง 		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินการ เป็นกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินการ เป็นกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>1.1.3 ผู้บำบัดประเมินการรับรู้ของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยโปรแกรมจัดการสติรถาตนเอง? ด้วยการใช้คำถามย้อนกลับ</p>	<p>3. มีแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการของตนเอง”</p> <p>“นอกจากนี้การอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อให้เกิดความ เป็นระเบียบเราต้องมีกติกากองการอยู่ร่วมกัน ถูกต้องไหมคะ การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดก็เช่นเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลจะขอให้สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมกัน ระบุข้อตกลงหรือกติกาสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มบำบัดในครั้งนี้คะ ยกตัวอย่าง เช่น เราต้องยก มือก่อนการแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง....”</p> <p>“...คะ สรุปข้อตกลงกลุ่มของเรา มีดังนี้คะ.. มี สมาชิกคนไหนอยากเพิ่มเติมอะไรอีกไหมคะ..”</p> <p>“เมื่อซักครูที่พยาบาลได้แจ้งวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วย โปรแกรมจัดการสติรถาตนเอง? สมาชิกยังจำกัน ได้ไหมคะ มีอะไรบ้าง ลองทวงให้พยาบาลฟังอีกรอบ ได้ไหมคะ...”</p>	<p>3. มีแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการของตนเอง”</p> <p>“นอกจากนี้การอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อให้เกิดความ เป็นระเบียบเราต้องมีกติกากองการอยู่ร่วมกัน ถูกต้องไหมคะ การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดก็เช่นเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลจะขอให้สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมกัน ระบุข้อตกลงหรือกติกาสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มบำบัดในครั้งนี้คะ ยกตัวอย่าง เช่น เราต้องยก มือก่อนการแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง....”</p> <p>“...คะ สรุปข้อตกลงกลุ่มของเรา มีดังนี้คะ.. มี สมาชิกคนไหนอยากเพิ่มเติมอะไรอีกไหมคะ..”</p> <p>“เมื่อซักครูที่พยาบาลได้แจ้งวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วย โปรแกรมจัดการสติรถาตนเอง? สมาชิกยังจำกัน ได้ไหมคะ มีอะไรบ้าง ลองทวงให้พยาบาลฟังอีกรอบ ได้ไหมคะ...”</p>	<p>- ฟลิปชาร์ท</p> <p>- เปล่า</p> <p>- ปากกาเคมี</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
1.1.4 ผู้บังคับเปิดโอกาสให้ผู้บรรยายและผู้ดำเนินกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นและสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บังคับและผู้ดำเนินกิจกรรม	1.1.4 ผู้บังคับเปิดโอกาสให้ผู้บรรยายและผู้ดำเนินกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นและสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บังคับและผู้ดำเนินกิจกรรม	“ก่อนเข้าสู่กิจกรรมกลุ่มผู้บังคับในวันนั้นจะคะ สมาชิกมีข้อสงสัย หรือข้อคำถามที่ต้องการให้พยาบาลอธิบายเพิ่มก่อนการบำบัดไหมคะ...”		
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกลักษณะของอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการ	<p>กิจกรรมที่ 1.2 การอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (60 นาที)</p> <p>1.2.1 ผู้บังคับชวนสมาชิกกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและผลกระทบของอาการซึมเศร้าตามที่ตนคิด หรือตามความคิดของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน</p> <p>1.2.2 ผู้บังคับให้สมาชิกกลุ่มดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับลักษณะอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากคลิปวิดีโอดังกล่าว</p>	<p><u>แนวทางในการอธิบาย</u></p> <p>“ในที่นี่ มีสมาชิกกลุ่มไหนเคยพบเจอคนที่มีอาการซึมเศร้าบ้างไหมคะ... หรือสมาชิกคิดว่าอาการซึมเศร้าควรมีลักษณะแบบไหนบ้างคะ ...”</p> <p>“สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีความคิด ความรู้สึก รวมทั้งประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า บางคนก็คล้ายกัน หรือแตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี ... พยายามเชื่อว่าหลายคนมีคำถามจะคะว่า สิ่งที่ได้เผชิญมาหรือที่คิดว่า คือ อาการซึมเศร้า แท้จริงแล้วถูกต้องไหม ใช่หรือเปล่า เก็บคำถามนี้ไว้ในใจ แล้วลองดูคลิปวิดีโอนี้ไปพร้อมๆกันคะ...”</p>	- คลิปวิดีโอ “อาการซึมเศร้า”	- สมาชิกกลุ่มสามารถบอกลักษณะของอาการซึมเศร้าและผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเสียติดตามกลุ่มได้อย่างน้อย 80

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>1.2.3 ผู้บังคับการต้นให้สมาชิกกลุ่มเผชิญกับ อาการซึมเศร้าของตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น จากอาการซึมเศร้า และร่วมกันแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ภายในกลุ่ม โดยใช้ความรู้จาก วิดีโอคลิปเป็นสื่อกลาง</p> <p>1.2.4 ภายหลังจากการเรียนรู้อาการซึมเศร้า ผ่านการวิเคราะห์จากคลิปวิดีโอ การได้ร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการซึมเศร้าระหว่าง กันภายในกลุ่ม ผู้บังคับการใบกิจกรรมที่ 1/1 “สวัสดิ์ นายชิมเศร้า เราชื่อ.....” โดยให้</p>	<p>“หลังจากดูคลิปวิดีโอจบแล้ว เป็นอย่างไรบ้างคะ สมาชิกได้ความรู้อะไรบ้างจากคลิปวิดีโอบ้าง..”</p> <p>“หลังจากได้วิเคราะห์หรืออาการซึมเศร้าจากคลิปวิดีโอ แล้ว คราวนี้สมาชิกนำมาเปรียบเทียบกับตัวเอง มา ลองสำรวจตัวเองกันดูนะคะ สมาชิกเคยมีอาการ เหล่านี้บ้างหรือไม่ หรือสมาชิกมีอาการซึมเศร้าใน แบบอื่นที่ต่างจากคลิปนี้ ลักษณะอาการซึมเศร้า ของสมาชิกเป็นอย่างไรบ้าง... และที่สำคัญอาการ ซึมเศร้าเหล่านี้ทำให้ชีวิตของสมาชิกเป็นอย่างไร..... มีสมาชิกท่านไหนอยากเสนอประสบการณ์ของ ตนเองเป็นคนแรกไหมคะ เพื่อเป็นแนวทางการ สำรวจตนเองให้กับเพื่อนสมาชิกท่านอื่น...”</p> <p>“รู้จักอาการซึมเศร้ากันมาพอสมควรแล้วนะคะ ทั้ง จากคลิปวิดีโอ จากประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิก ด้วยกันเอง สำหรับใบกิจกรรมที่ 1/1 “สวัสดิ์ นาย ชิมเศร้า เราชื่อ.....” พยายามลองให้สมาชิกทุก คนพิจารณาตัวเลือกลงในใบกิจกรรมแล้วเปรียบเทียบ</p>	<p>- ฟลิปชาร์ท เปล่า - ปากกาเคมี</p> <p>- ใบกิจกรรม ที่ 1/1 “สวัสดิ์ นาย ชิมเศร้า เรา ชื่อ.....”</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>สมาชิกทำการระบุปัญหาอาการซึมเศร้าของตนเอง</p> <p>1.2.5 ผู้บำบัดแจกใบกิจกรรมที่ 1/2 “ผลกระทบจากนายซึมเศร้า” โดยให้สมาชิกกลุ่มระบุผลกระทบที่คิดว่าเกิดขึ้นจากปัญหาอาการซึมเศร้าดังกล่าวตามประสบการณ์จริงของสมาชิกกลุ่มแต่ละราย ลงในใบกิจกรรม</p> <p>1.2.6 ผู้บำบัดแจกใบความรู้ที่ 1 “ผมนายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว” พร้อมทั้งอธิบายความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบเชื่อมโยงกับประสบการณ์ซึมเศร้าของสมาชิก</p>	<p>กับตัวเองดูค่ะว่า มีลักษณะตรงกับข้อไหนบ้าง หากอาการหรือพฤติกรรมที่สมาชิกมีไม่ตรงกับตัวเลือกที่พยาบาลมีให้ สมาชิกสามารถบอกเล่าเพิ่มเติมในช่องตัวเลือกอื่นๆ ได้นะคะ พยาบาลจะใช้เวลาในการทำใบกิจกรรมนี้ 5 นาทีค่ะ ระหว่างนี้สมาชิกคนไหนมีข้อสงสัย หรือไม่แน่ใจอยากซักถาม ยกมือเรียกพยาบาลได้เลยค่ะ”</p> <p>“จากนั้นต่อกันด้วยใบกิจกรรมที่ 1/2 ผลกระทบจากนายซึมเศร้านะคะ ขอให้สมาชิกทุกคนลองพิจารณาชีวิตที่ผ่านมา ดูว่าปัญหาอาการซึมเศร้าที่ได้เผชิญส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง สมาชิกมีพฤติกรรมอะไรเปลี่ยนแปลงจากเดิมบ้างไหม ลองเขียนดูนะคะ ไม่มีผิดถูกค่ะ พยาบาลจะใช้เวลาอีก 5 นาทีนะคะ ”</p> <p>“จากการที่ได้ดูวิดีโอและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้ากันนะคะ รวมไปถึงการได้กลับไปพิจารณาตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และผลกระทบที่เกิดขึ้น พยาบาลจะทำการอธิบาย</p>	<p>- ใบกิจกรรมที่ 1/2</p> <p>“ผลกระทบจากนายซึมเศร้า”</p> <p>- ใบความรู้ที่ 1 “ผมนายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว”</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และให้สมาชิกเพิ่มเติมใบกิจกรรมที่ 1/1 และ 1/2 อีกครั้ง</p>	<p>สรุปให้สมาชิกฟังอีกครั้งค่ะ อากาศชิมเศร้า ประกอบไปด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โดยอากาศชิมเศร้าเหล่านี้จะนำมาซึ่งผลกระทบในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อันได้แก่ 1. 2. <p>“จากนั้นให้สมาชิก พิจารณาตัวเองอีกครั้งหลังจากที่ได้เรียนรู้ว่าการชิมเศร้าและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้กับกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ลองเปรียบเทียบับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตัวเอง อากาศชิมเศร้าส่งผลกระทบอะไรบ้าง หลากอย่าง สมาชิกอาจคิดไม่ถึงว่าอากาศชิมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ตัดสินใจทำพฤติกรรมเหล่านั้น ดังนั้นพยายามจะให้เวลาอีก 5 นาทีนะคะ ในการเพิ่มเติมใบกิจกรรมให้เวลาอีก 2 ใบที่ทุกคนได้ทำกันไปเมื่อซักครู่นี้</p>	<p>สรุปให้สมาชิกฟังอีกครั้งค่ะ อากาศชิมเศร้า ประกอบไปด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โดยอากาศชิมเศร้าเหล่านี้จะนำมาซึ่งผลกระทบในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อันได้แก่ 1. 2. <p>“จากนั้นให้สมาชิก พิจารณาตัวเองอีกครั้งหลังจากที่ได้เรียนรู้ว่าการชิมเศร้าและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้กับกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ลองเปรียบเทียบับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตัวเอง อากาศชิมเศร้าส่งผลกระทบอะไรบ้าง หลากอย่าง สมาชิกอาจคิดไม่ถึงว่าอากาศชิมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ตัดสินใจทำพฤติกรรมเหล่านั้น ดังนั้นพยายามจะให้เวลาอีก 5 นาทีนะคะ ในการเพิ่มเติมใบกิจกรรมให้เวลาอีก 2 ใบที่ทุกคนได้ทำกันไปเมื่อซักครู่นี้</p>	<p>- ฟลิปชาร์ท (อากาศ ชิมเศร้าและผลกระทบ)</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>1.2.7 ผู้บังคับกล่าวสรุป เชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและสาเหตุที่ทำให้สมาชิกทุกคนต้องมาร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดในครั้งนี้</p> <p>1.2.8 ผู้บังคับประเมินการรับรู้ข้อมูลของสมาชิกกลุ่ม ภายหลังจากได้เรียนรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและผลกระทบจากอาการซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยเสพิตตสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้การถามย้อนกลับ</p>	<p>สมาชิกคนไหนมีข้อสงสัยสามารถซักถามพยาบาลได้ นะคะ”</p> <p>“จากที่พยาบาลได้อธิบายสรุปไป รู้สึกไหมคะว่ามี ความสอดคล้องกับอาการและผลกระทบที่สมาชิกทุกคนกำลังเผชิญอยู่... ใช่ค่ะ ตอนนี้สมาชิกทุกคน กำลังประสบกับอาการซึมเศร้าอยู่... แต่ผู้ที่มีอาการ ซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่าทุกคนต้องป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าแน่ะ จากการศึกษาพบว่าประมาณ 10% ของประชากร ซึมเศร้า 9 คำถาม ที่สมาชิกได้ทำก่อนเข้าร่วมรับ การบำบัด ผลคือสมาชิกทุกคนมีอาการซึมเศร้าใน ระดับที่สามารถดีขึ้นได้จากการทำงานกิจกรรมกลุ่มบำบัด ซึ่ง เป็นเหตุผลที่ทุกคนได้มาเจอกันอยู่ ณ เวลานี้คะ”</p> <p>“เป็นอย่างไรกันบ้างคะ สมาชิกได้รู้จักและเข้าใจ อาการซึมเศร้ากันเพิ่มขึ้นไหมคะ... ก่อนที่เราจะ ไปกันต่อ พยายามขอให้สมาชิกทุกคนเปิดใจความรู้อัน และช่วยกันพบทวนอีกครั้งได้ไหมคะว่าอาการ ซึมเศร้าประกอบไปด้วยอะไรบ้าง.</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินการกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
	<p>1.2.9 ผู้บ่าบัดชวนสมาชิกสนทนากลุ่มถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการชิมแสร้า พร้อมเชื่อมโยงเข้าสู่การตีตราตนเองและการบำบัดในครั้งต่อไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. <p>และเมื่อเกิดอาการชิมแสร้า จะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2....” <p>“เมื่อได้ทราบถึงลักษณะของอาการชิมแสร้า และผลกระทบที่เกิดขึ้นไปแล้วนะคะ พยายามบอกถามสมาชิกทุกคนว่า จากประสบการณ์ที่ผ่านมาสาเหตุที่ทำให้ตัวสมาชิกเองเกิดอาการชิมแสร้ามาจากอะไรบ้าง”</p> <p>“สมาชิกหลายคนอาจเคยมีประสบการณ์เจ็บปวดจากการที่ถูกสังคมต่อว่า ถูกปฏิบัติไม่เท่าเทียมกับคนอื่นฯ สมาชิกอาจโกรธแค้น อาจว่ากล่าวสังคมที่กระทำแบบนั้น แต่สิ่งที่พยายามบอกถาม คือหลังจากเจอเหตุการณ์เจ็บปวดดังกล่าว สมาชิกคิดอย่างไรกับตนเอง รู้สึกอย่างไรกับตนเองบ้าง”</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>1.2.10 ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกบรรยายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัยต่างๆที่เกิดขึ้น ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>1.2.11 ผู้บำบัดกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดครั้งต่อไป</p>	<p>“สมาชิกหลายคนอาจรู้สึกกลัวว่าสมควรแล้วที่คนอื่นต่อว่าเรา.. และสมาชิกก็กลับมาต่อว่าตนเองอยู่ลึกๆที่เป็นคนติดยา สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความรู้สึก... (ยกตามที่สมาชิกได้กล่าวไว้ก่อนหน้า).. และความรู้สึกดังกล่าวสมาชิกทุกคนคงสังเกตเห็นได้ว่า สอดคล้องกับการที่สมาชิกได้ร่วมเรียนรู้กันมาในวันนี้ การต่อว่าตนเอง รู้สึกไม่ดีกับตนเอง พยาบาลเรียกว่า การตีตราตนเอง ซึ่งสมาชิกทุกคนจะได้เรียนรู้ร่วมกันในการบำบัดครั้งต่อไปค่ะ”</p> <p>“ก่อนจบกิจกรรมกันในวันนี้ นะคะ มีสมาชิกคนไหนอยากจะระบายความรู้สึก มีอะไรค้างคาใจที่อยากจะพูดคุยกัน หรือมีคำถามอะไรอยากซักถามไหมคะ”</p> <p>“สำหรับการบำบัดในครั้งนี้ครั้งแรก พยาบาลขอชื่นชมสมาชิกทุกคนสำหรับความตั้งใจจริง และการบำบัดจะมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหากการซึมเศร้าได้นั้นต้องใช้ความร่วมมือจากสมาชิกทุกคนในการมา</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ตัวอย่างในการดำเนินงาน	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
		เข้าร่วมการบำบัดในครั้งต่อไปด้วยตนเอง สำหรับ วันนี้ขอขอบคุณค่ะ.... นัดหมายครั้งต่อไป ...”		

**คู่มือประกอบการเข้าร่วม
โปรแกรมจัดการการติตราตนเองต่อ
อาการซึมเศร้า
(สำหรับผู้ป่วย)**



โดย

นางสาวพิมพ์ชมพู่ ศรีถนอม

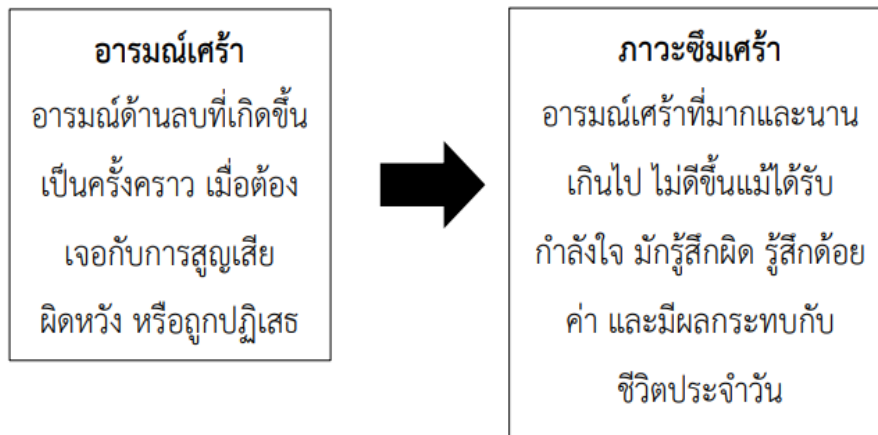
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 1 ผมนายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว



มารู้จักโรคซึมเศร้า

คือ ความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่มี อาการซึมเศร้า เป็นอาการสำคัญ และมีอาการอื่นๆร่วมด้วย อย่างน้อย 5 อาการ และมีอาการเหล่านี้นานติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 1 ผมนายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว (ต่อ)

1. เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย ทั้งที่ตัวเองรู้สึก หรือ คนอื่น

สังเกตเห็น

2. เบื่อ ไม่อยากทำอะไร หรือ ทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลิน

เหมือนเดิม

3. เบื่ออาหาร หรือ ทานมากเกินไป

4. หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป

5. คิดซ้ำพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง หรือ หงุดหงิดกระวน

กระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้

6. รู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยใจ ไม่มีแรง

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า

8. สมาธิ ความคิดความอ่าน ซ้ำลง

9. คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่

หรืออยากทำร้ายตนเอง



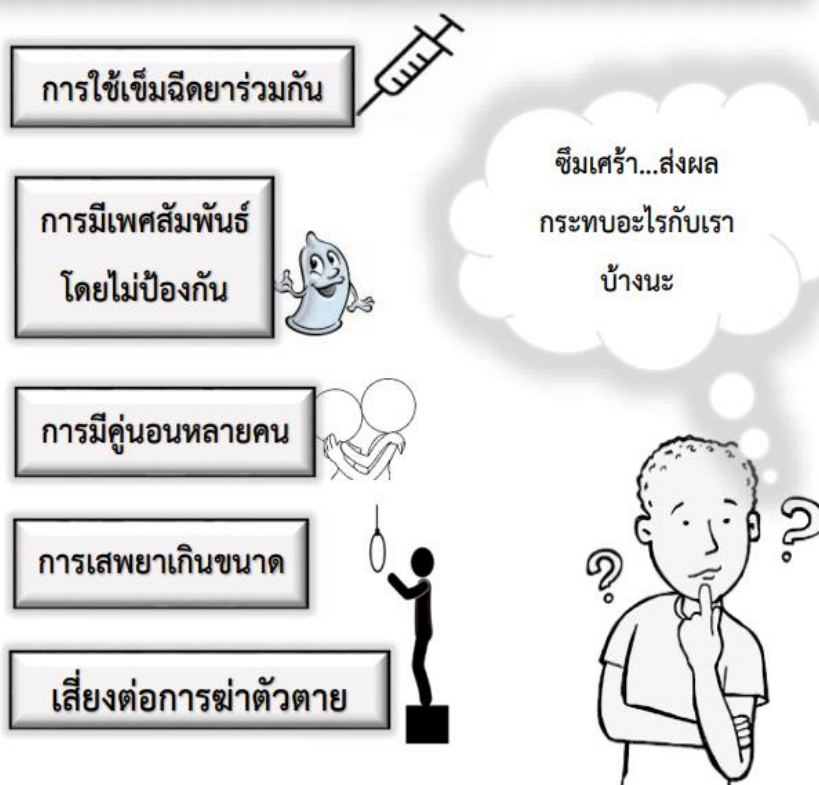
ครั้งที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 1 ผมนายซึมเศร้า...ขอแนะนำตัว (ต่อ)

ผลกระทบของอาการซึมเศร้า

สำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ... อาการซึมเศร้ามีผลกระทบที่ชัดเจนกับพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยพบว่าผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีปัญหาอาการซึมเศราร่วมด้วย

จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่มากขึ้น ดังนี้



ครั้งที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ใบกิจกรรมที่ 1/1 สวัสดิ์นายซึมเศร้า เราชื่อ.....

คำชี้แจง ภายหลังจากวิเคราะห์อาการซึมเศร้าจากวิดีโอคลิป ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ขอให้ท่านกลับมาประเมินตนเองและกรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ “อาการซึมเศร้า” ที่ท่านมีประสบการณ์เผชิญ หรือกำลังเผชิญอาการเหล่านี้ในปัจจุบัน

- ไม่สบายใจ เเซง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย
- เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลิน
- หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป
- อยู่เฉยๆไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง
- เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป
- รู้สึกแย่กับตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว
- เวลาทำกิจกรรมอะไร ไม่สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ทำได้นาน
- ความคิด การพูด การเคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม
หรือมีความรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้
- คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรืออยากทำร้ายตนเอง
- อื่นๆ โปรดระบุ..

ครั้งที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ใบกิจกรรมที่ 1/2 ผลกระทบจากนายซึมเศร้า

คำชี้แจง ภายหลังจากวิเคราะห์อาการซึมเศร้าจากคลิปวิดีโอ ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ขอให้ท่านกลับมาประเมินตนเองและบรรยายผลกระทบจากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเองลงในช่องว่างด้านล่าง

บรรยายผลกระทบจากนายซึมเศร้า

.....

.....

.....

.....



ซึมเศร้า...
นายทำอะไรกับเราบ้างนะ



เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

1. **ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
2. **ชื่อผู้วิจัย** นางสาวพิมพ์ชมพู ศรีถนอม
3. **สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** 277/13-14 ถนนพระราม 1 แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 086-8167217 E-mail: pimchompoo.pim@gmail.com
4. **เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร ได้แก่**

4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

อาการซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (เฮโรอีน ผีนมอร์ฟิน เป็นต้น) ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดกลุ่มนี้ นอกจากตัวสารเสพติดเองแล้วยังพบว่าการติดยาตนเองนับเป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญ โดยการติดยาตนเอง คือ การที่ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีความเชื่อคล้อยตามการถูกมองแบบเหมารวมในด้านลบจากคนในสังคม จนมีความคิดอคติต่อตนเอง รังเกียจ ต่ำหนีดตนเองที่เป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เกิดการคาดการณ์ว่าตนเองจะถูกรังเกียจ ถูกปฏิเสธ จึงป้องกันตนเองด้วยการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่ตนคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ทำให้การดำเนินชีวิตตามเป้าหมายต้องหยุดชะงักลง และเกิดปัญหาอาการซึมเศร้าตามมา ซึ่งผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น นอกจากจะทำให้ผู้เสพติดกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว ยังทำให้มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อันได้แก่ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การเสพยาเกินขนาด รวมไปถึงการมีคู่นอนหลายคนและการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน นำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ ดังนั้นการแก้ไขปัญหายาอาการซึมเศร้าในผู้เสพติดกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองฯ ในระยะก่อน – หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 1 เดือน
- 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อน – หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 1 เดือน

4.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

1) **กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder) และเข้ามารับการรักษาที่คลินิกเมทาโดน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์และมีรูปแบบการเสพด้วยวิธีฉีด, มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง, มีคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 7 คะแนน, ได้รับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน และมารับยาเมทาโดนตามนัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป, ไม่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressants) หรือได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าแต่ไม่มีการปรับเพิ่มขนาดยาหรือไม่มีแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงมากขึ้น, สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2) เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอาการทางจิต หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน, มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (≥ 18 คะแนน) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์

1.3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ขอลงตัวออกจากกรวิจัย, เข้ารับการบำบัดไม่ครบตามกำหนดของโปรแกรมจัดการการติดยาตนเอง

2) การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแฟ้มประวัติการรักษา จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน

3) กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง, แบบประเมินการติดยาตนเองสำหรับผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ และการเข้ารับโปรแกรมจัดการการติดยาตนเองฯ ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง 7 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ จากนั้นจะติดตามผลอีกครั้งใน 1 เดือนภายหลังการบำบัดครั้งสุดท้าย

4.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 10 สัปดาห์

4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัคร และต่อผู้อื่น กรณีเป็นการศึกษาที่ไม่มีประโยชน์ต่ออาสาสมัครโดยตรงให้แจ้งให้อาสาสมัครทราบอย่างชัดเจน

เพื่อให้อาสาสมัครได้เรียนรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่ตนเองกำลังเผชิญ เรียนรู้การประเมินตนเอง ผลกระทบ สาเหตุ รวมทั้งการฝึกจัดการกับสาเหตุที่ทำให้ตนเกิดอาการซึมเศร้า นั่นคือ การติดยาตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่อาสาสมัครมีโอกาสต้องเผชิญเมื่อกลับเข้าสู่สังคม ดังนั้นการได้มาเข้าร่วมการวิจัยจะทำให้อาสาสมัครมีเกราะป้องกันตนเอง มีวิธีการจัดการที่ดีเมื่อต้องกลับไปเผชิญกับการตัดสินใจจากสังคมจนกลับมาเมื่อคดีด้านลบต่อตนเอง อันเป็นการลดความเสี่ยงที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ

4.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครในการเข้าร่วมการศึกษาหรือความเสี่ยงทางร่างกายจิตใจและผลกระทบทางสังคม

ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการการติตราตนเองฯ รวมถึงการตอบแบบสอบถามต่างๆในการวิจัยนี้ อาสาสมัครอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เศร้า สะเทือนอารมณ์

4.7 การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจึงมีแนวทางป้องกัน คือ มีการพิจารณาแบบสอบถามและโปรแกรมจัดการการติตราตนเองฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการและการพยาบาลสารสนเทศ และในขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีการสังเกตพฤติกรรมของอาสาสมัคร รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินระดับอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งภายหลังสิ้นสุดทุกกิจกรรมผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้อาสาสมัครระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ค้างคาใจ และมีช่องทางการติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในกรณีที่อาสาสมัครต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้หากอาสาสมัครมีระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงจากการสังเกตของผู้วิจัย ร่วมกับเกณฑ์การประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง อาสาสมัครจะได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาทันที

4.8 กรณีมีการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐาน หรือทางเลือกการตรวจรักษาอื่นๆ จะต้องแจ้งให้อาสาสมัครทราบโดยชัดเจน

ไม่มี

4.9 ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลของท่านมาวิเคราะห์รวมกับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยท่านอื่น โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์สำหรับโครงการวิจัยนี้เท่านั้น

4.10 การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจัดให้

กรณีเกิดการเจ็บป่วยในระหว่างการวิจัย จนทำให้อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ให้อาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย และประสานโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาทันทีตามความเร่งด่วน

4.11 กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย อาสาสมัครจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้าง

การศึกษานี้ใช้รูปแบบของกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์จริงของอาสาสมัคร ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์ หรือเรื่องความเสี่ยงและผลข้างเคียงต่ออาสาสมัคร

4.12 การตอบแทน ชดเชยแก่อาสาสมัคร โดยระบุจำนวนและกำหนดเวลาการทดแทนชดเชยอย่างชัดเจน

อาสาสมัครจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาและค่าเดินทาง รวม 100 บาท/คน/วัน

4.13 ในกรณีเกิดอันตรายถึงขั้นร้ายแรง เช่น พิการ เสียชีวิต อาสาสมัครหรือทายาทจะได้รับการชดเชยอย่างไร

ไม่มี

4.14 ต้องระบุให้ชัดเจนว่าอาสาสมัครจะถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ท่านจะได้รับต่อไป

4.15 ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ หรือผู้อื่นที่อาสาสมัครสามารถติดต่อได้สะดวก ทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน

นางสาวพิมพ์ชมพู ศรีถนอม ที่อยู่ 277/13-14 ถนนพระราม 1 แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 086-8167217

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กรณีอาสาสมัครไม่ได้รับความเป็นธรรม/มีข้อร้องเรียน สามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี โทร 02-5310080 ต่อ 492, 498, 499 ในวันและเวลาราชการ หรือ อีเมลล์: researchthanyarak@hotmail.com

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมจัดการการตี่ตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่ม
โอปิออยด์

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก น.ส. พิมพ์ชมพู ศรีถนอม (ผู้วิจัย) ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่มีคิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าวข้าพเจ้าสามารถติดต่อที่ นางสาวพิมพ์ชมพู ศรีถนอม ที่อยู่ปัจจุบัน 277/13-14 ถนนพระราม 1 แขวงรองเมือง เขตปทุม-วัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 086-8167217

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

ลงนาม..... ผู้วิจัย

ลงนาม..... พยาน

ลงนาม..... พยาน



ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว 64.11/ ๒๘๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง (นายแพทย์อรณินทร์ กองสุข)

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์ชนก ศรีดอนธม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมจัดการการติดตามตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภพ สุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตะกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ ใ้ข้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ภาคกลาง จากรายงานการวิจัย เรื่อง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาคกลาง ของนายแพทย์อรณินทร์ กองสุข และคณะ กรมสุขภาพจิต (2561)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิภพ สุทิศ โทร. 0-2218-1370

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตะกูล โทร. 0-2218-1373

นางสาวพิมพ์ชนก ศรีดอนธม โทร. 08-6816-7217

ที่ ศบ ๐๔๑๑.๑๑/๒๓๖๖



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
๑๑๒ ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา คลองสาน
กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐

๖ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ฮว ๖๔๑๑/๑๒๘๙ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖

ตามที่ นางสาวพิมพ์ชนก ศรีธนนท์ นิสิตหลักสูตรปริญญาโท สาขาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ ดร.สุณิศา
สุทธระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และขอใช้เครื่องมือแบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (9Q) ซึ่งพัฒนาขึ้น
โดยนายแพทย์ธเรศธร ก่องสุข นั้น

ในกรณี นายแพทย์ธเรศธร ก่องสุข ยินดี และอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ดังกล่าว
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ธเรศธร ก่องสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง วิชาการฯ แทน
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา

โทร. ๐ ๒๕๔๖ ๒๕๐๐ ต่อ ๕๑๕๘๖, ๕๑๕๗๗

โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๓๐๐๕

สำเนาเรียน นางสาวพิมพ์ชนก ศรีธนนท์

Pimchompoo Srithanom

No.277/13-14, Rama 1 Road

Pathumwan District, Bangkok Province, 10330 Thailand

Tel: 086-8167217

E-mail: pimchompoo.pim@gmail.com

June 21, 2019

Dear Prof. Lawrence H. Yang

My name is Pimchompoo Srithanom. I am a master's degree nursing student from Chulalongkorn University, Thailand, writing my dissertation titled "The effect of internalized stigma management program on depressive symptoms among opioid use disorder", under the direction of my dissertation committee chaired by Asst. Prof. Dr. Penpaktr Uthis and Dr. Sunisa Suktrakul.

I would like your permission to use the Brief Opioid Stigma questionnaire in my research study. I would like to use and print your questionnaire under the conditions of using the questionnaire only for my research study, not selling it, and will include the copyright statement on all copies of questionnaire.

With your expertise, I am humbly asking your permission if the questionnaire could be used to assess particularly in the dimension of internalized stigma which consists of agree and harm subscales of stigma as well as the full criteria for interpretation. If these are acceptable, please indicate so by replying to me through e-mail: pimchompoo.pim@gmail.com

Sincerely yours,

Miss Pimchompoo Srithanom

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

☆ **Lawrence Yang**

Re: Asking for permission The brief opioid stigma scale

To: Pimchompoo Srithanom

Yes ok to use for your research study and good luck!

Larry

On Sun, Aug 25, 2019 at 4:20 AM Pimchompoo Srithanom <6077180736@student.chula.ac.th> wrote:





การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

เมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W เท่ากับ .910 และค่า p-Value เท่ากับ .233 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความแปรปรวนของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ดังนั้นจึงรายงานความแปรปรวนของคะแนนอาการซึมเศร้า ด้วยค่าจาก Sphericity Assumed

กลุ่มทดลอง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pre9Q	post9Q	FU9Q
N		18	18	17
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13.11	5.50	7.24
	Std. Deviation	3.046	3.365	5.517
Most Extreme Differences	Absolute	.152	.172	.151
	Positive	.107	.172	.151
	Negative	-.152	-.117	-.146
Test Statistic		.152	.172	.151
Asymp. Sig. (2-tailed)		200 ^{c,d}	.168 ^c	200 ^{c,d}

a. Test distribution is Normal .

b. Calculated from data .

c. Lilliefors Significance Correction .

d. This is a lower bound of the true significance .

กลุ่มควบคุม

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pre9Q	post9Q	FU9Q
N		19	19	16
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13.00	15.37	13.38
	Std. Deviation	3.636	9.697	10.856
Most Extreme Differences	Absolute	.187	.143	.177
	Positive	.136	.143	.177
	Negative	-.187	-.071	-.127
Test Statistic		.187	.143	.177
Asymp. Sig. (2-tailed)		.078 ^c	.200 ^{c,d}	.193 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.



Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	.898	3.229	2	.199	.907	.992	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + Group
Within Subjects Design: time

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพิมพ์ชมพู ศรีถนอม
วัน เดือน ปี เกิด	4 กรกฎาคม 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2557
ที่อยู่ปัจจุบัน	8/122 หมู่บ้านจักรวัฒน์เบย์วิว หมู่ 6 ซอยร่วมใจ ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY