

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด



ปริญญานิพนธ์
ของ
สุพรรณษา พูลพิพัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2553

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด



บทคัดย่อ
ของ
สุพรรณษา พูลพัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

เมษายน 2553

สุพรรณษา พูลพัฒน์. (2553). ผลการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. ปรินญาณิพนธ์ วทม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง, อาจารย์ ดร. สุภาพร ณะชานันท์.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 8 คน และกลุ่มควบคุมเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 8 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบบแผนการทดลองที่ใช้คือ การวิจัยเชิงทดลอง (experiment research) ชนิดสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังทดลอง และวัดซ้ำในช่วงติดตามผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรม1 สัปดาห์ (Control Group Pretest-Posttest Time Series Design) เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบบันทึกรูปแบบความคิดที่บิดเบือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ (Three Way Analyses of Variance Containing Repeated Factors)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบว่า มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้า ที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน
4. ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล

EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ORIENTED PROGRAM FOR
DECREASING DEPRESSION DISORDER IN DRUG ADDICTS



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2011

Supansa Pulpipat. (2010). *Effect of Cognitive Behavioral Therapy Oriented Program for decreasing depression disorder in drug addicts*. M.S.(Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist.Prof. Dr.Augsinun Intarakamhaeng, Dr.Supaporn Thanachanun.

The purpose of this research was to study the effects of cognitive behavior therapy oriented program with the depression in drug addicts. The sample used in this study including experimental group and control group amount 15 people per group. Each group have 7 male and 8 female, totally 30 persons. According to the inclusion criteria and voluntary participant. Experimental design was Control Group Pretest-Posttest Time Series Design. The instruments were the cognitive behavior therapy oriented program on the Depression, Beck Depression Inventory (BDI) and a distorted thinking. The data were analyzed by Three Way Analyses of Variance Containing Repeated Factors.

The results were as follows:

1. Considering the interaction between the experimental group - control group with time were different of depression with periods of statistical significance at 0.1 both of experimental group and control group.
2. Experimental group between pretest and posttest. And follow-up. Depression varies significantly, By the significantly .01 term posttest, with follow-up results differ significantly is .05.
3. Controlled group that between pretest and the follow-up, And between posttest and follow up results are statistically significant .01.
4. No significant difference in depression between males and females. In later stages of the program and follow-up.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคิ นันท์ อินทรกำแหง ประธานกรรมการควบคุมปริญญาโท และอาจารย์ ดร. สุภาพร ชนะชานันท์ กรรมการควบคุมปริญญาโท ที่ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับ งานวิจัย ซึ่งท่านได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จึงขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ดรุณี ภูขาว และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาสลักษณ์ ชวัลลล ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปริญญาโท และเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัย ซึ่งได้ให้แนวคิดทางวิชาการที่มีคุณค่า ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา และ ดร. สกุนมา แสงเดือนฉาย คุณพิชญาน์ สุขสาครชนาวัดน์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัย และให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ที่คอยช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ ตลอดจนอำนวยความสะดวกทุกสิ่งทุกอย่าง พร้อมทั้งเพื่อนๆปริญญาโท ภาคปกติรุ่น 14 ที่ร่วมฝ่าฟัน อุปสรรคและเป็นกำลังใจให้กันเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณฉัตรชัย เสนสาย คุณอภิรดี จิตต์เจนการ คุณสุรวิทย์ อัสสพันธุ์ ในน้ำใจและความเสียสละที่ไม่สามารถประเมินค่าได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษา ตามหลักสูตรการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ซึมซับและเรียนรู้กระบวนการวิจัย ที่สามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคมต่อไป

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้อง ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจใน ทุกๆ ด้าน ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำปริญญาโทได้เสร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จในการศึกษา อย่างที่ตั้งใจไว้

สุพรรณษา พูลพิพัฒน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ปัญหาการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
สมมติฐาน	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคซึมเศร้า	11
ความหมายของโรคซึมเศร้า	11
ประเภทของโรคซึมเศร้า	13
สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า	14
การประเมินภาวะซึมเศร้า	22
ระดับภาวะซึมเศร้า	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด	25
สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด	28
แนวทางการบำบัดรักษา	29
แนวทางการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า	31
กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า	31
แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา	32
ประวัติและความเป็นมา	33
แนวคิดพื้นฐาน	34
ขั้นตอนการดำเนินการปรับพฤติกรรมทางปัญญา	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
เทคนิคการบำบัดทางปัญญา	35
ลักษณะสำคัญของความคิดอัตโนมัติ	37
โครงสร้างของกระบวนการบำบัดทางปัญญา	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา	41
สถานภาพยาเสพติดและการบำบัดรักษา	43
สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย	43
สถิติผู้ป่วยยาเสพติด	45
การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	46
โครงสร้างของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง	52
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	57
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย	67
อภิปรายผล	68
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	71

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก	79
ภาคผนวก ข	129
ภาคผนวก ค	134
ภาคผนวก ง	140
ประวัติย่อผู้วิจัย	143



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย	44
2 สัดส่วนการผู้เข้าบำบัดรักษา จำแนกตามชนิดยาเสพติด	46
3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง	53
4 ค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สารเสพติดที่ใช้ และระดับการศึกษา	59
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบวัดความซึมเศร้าของเบค จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
6 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพศ และเวลา	60
7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาใน การวัดกับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	61
8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	62
9 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่ม ทดลอง-กลุ่มควบคุมกับระยะเวลา	62

บัญชีภาพประกอบ

ตาราง	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2 ทฤษฎีทางการรู้การคิด (cognitive theory) ที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า	18
3 รูปแบบการบำบัดทางความคิด	39
4 แสดงโครงสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL)	49
5 คະແນວការຮັກສາໃນໄລຍະກ່ອນການທົດລອງ ຫຼັງການທົດລອງ ແລະຕິດຕາມຜົນ	63



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อย ทุกเพศ ทุกอาชีพ โดยเฉลี่ยประชากรทั่วโลก 10 - 20 คน จะมีคนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 คน (กรมสุขภาพจิต. 2550: 2) และป่วยเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงในอัตราร้อยละ 5 – 20 จากผู้ป่วยทั้งหมด และจากสถิติอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีทั้งสิ้นจำนวน 3,634 คน คิดเป็นร้อยละ 5.72 หรือเฉลี่ยวันละ 10 คน (กรมสุขภาพจิต. 2553: ออนไลน์) ซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจและรักษาพยาบาลรวมเป็นเงินมหาศาล โดยองค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปีค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด (ดวงใจ กษานติกุล. 2542: คำนำ) ซึ่งเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากกับเรื่องนี้ แต่การสูญเสียจากความทุกข์ทรมานของมนุษย์ไม่สามารถประเมินได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารบกวนการทำหน้าที่ตามปกติของมนุษย์และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานใจไม่เพียงแต่ผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้นแต่หมายรวมถึงผู้ที่ดูแลผู้เจ็บป่วยเหล่านี้ด้วย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงสามารถทำลายชีวิตของคนในครอบครัว เช่นเดียวกันกับชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเอง ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น (ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2551: 2) จึงนับว่าโรคซึมเศร้าเป็นความสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกๆ ด้านอย่างมากมายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 12 หรือประมาณ 5 ล้านคน คนกลุ่มนี้ยังไม่ใช่คนป่วย หากได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตก็จะทุเลาและหายเป็นปกติ ส่วนผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2551 ทั่วประเทศ มี 1,668,041 ราย มากที่สุดคือ โรคจิตเภท 445,840 ราย รองลงมา ได้แก่ โรควิตกกังวล 375,035 ราย โรคซึมเศร้า 199,667 ราย ที่เหลือเป็นโรคอื่นๆ เช่น ดิตสารเสพติด โรคลมชัก ปัญญาอ่อน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยทางจิตจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 41 วัน สูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย 5-6 เท่าตัว (กรมสุขภาพจิต. 2553. ออนไลน์: พบคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า 5 ล้านคน) ซึ่งผลการสูญเสียในเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชนี้ โรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่จากการเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability: YLDs) สูงที่สุด โดยเป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แม้จะไม่มี การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ เป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต. 2546: 1)

อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรสจะไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย โดย

ผู้หญิงมีร้อยละ 10 - 25 และผู้ชายร้อยละ 5 - 12 และโรคนี้พบได้ในทุกช่วงอายุ โดยอายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ย คือ 24 ปี และมักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทาง หรืออยู่คนเดียว นอกจากนี้หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยสูงกว่าชายที่มีครอบครัว โดยพบว่าผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่าของผู้ชาย แต่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าโดยเฉพาะผู้ชายสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรืออาศัยอยู่คนเดียว แม้ประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา อัตราการป่วยในหญิงก็ยิ่งสูงกว่าชาย แสดงว่าความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งทางด้านการงานและครอบครัว นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีประวัติเคยถูกล่วงลามทางเพศในวัยเด็ก (ดวงใจ กษานติกุล. 2542: 11)

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรม (จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน และ คณะ. มปป.) พบว่า การติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 4 ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้สารเสพติดเป็นไปในลักษณะ 2 คือ 1) พบว่าภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับผู้ที่ใช้สารเสพติด (รวมถึงแอลกอฮอล์) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักใช้การดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดนำไปสู่การติดยาหรือติดแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของเบคแมน (Beckman อ้างอิงจากอุบล ก่องแก้ว. 2547: 2; อัสตา จันทรแสนตอ. 2541.) พบว่าสตรีที่เสพติดสุราจะมีอัตมโนทัศน์ทางลบเกี่ยวกับตนเอง มีการมองตนเองบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดอาการไม่สบายต่างๆ ลักษณะที่ 2) ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แอลกอฮอล์และสารเสพติดมีผลต่อการก่ออารมณ์ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ในการรักษา ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไปดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้อาการซึมเศร้ามารุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดต่างมีผลส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความรุนแรง ซึ่งนอกจากนี้ เลห์แมน (Lehman อ้างอิงจาก อุบล ก่องแก้ว. 2547: 15) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดสุรา ใน 3 ลักษณะว่าเป็น 1) ปฏิกริยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเสพติดสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าวอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ และ 3) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุราหรือฤทธิ์ของสุราโดยตรง โดย สุชาติ พหลภาคย์ (2542) กล่าวถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากสารเสพติดว่าคือ อาการที่เกิดจากความมึนเมาในสารนั้นหรือเกิดขึ้นในขณะที่ถอนสารนั้น โดยอาการดังกล่าวอาจยาวนานมากถึงแม้ผู้ป่วยเลิกเสพสารนั้นไปแล้ว ซึ่งอาการความผิดปกติอาจเริ่มเป็นในขณะที่ใดขณะหนึ่งแต่ให้อยู่ภายใน 4 สัปดาห์นับตั้งแต่เลิกเสพสารนั้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนระยะถอนพิษ (สุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์. 2544) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและมีอาการถอนพิษยา (กลุ่มศึกษา) และไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่มีอาการถอนพิษยา (กลุ่มควบคุม) พบว่า ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ต่อสัปดาห์ และระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ .001 อีกทั้ง อุบล ก่องแก้ว (2547: 46) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพจิตและ

จิตเวช จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับน้อยถึงระดับรุนแรง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีระดับซึมเศร้าในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.08 โดยในระหว่างการรักษาของผู้ใช้ยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้ามานั้นมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะหยุดการรักษา มีการตอบสนองต่อการรักษาน้อย และเริ่มกลับไปเสพซ้ำ และในวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้ามานั้นมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทั้งการคิดและพยายามที่จะฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Kaminer; F. Connor; F. Curry, 2008: 34) ดังจะเห็นว่าผู้เสพยาเสพติดและการเกิดภาวะซึมเศร้ามานั้น เป็นภาวะโรคร่วม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษาทั้งทางด้านยาเสพติดและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน

ประชาชนจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้ โดยที่ผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ หรือแพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางกายอื่นๆ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. 2543) ซึ่งผู้เป็นโรคซึมเศร้าโดยไม่รู้และไม่มีใครรู้อาจฆ่าตัวตายอย่างน่าเสียดายเพราะโรคนี้มียารักษา และรักษาหายได้ ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจะมีประโยชน์ในการช่วยเหลือต่อผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมาก (ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2546: 2) แต่หากเราสามารถค้นพบและให้การดูแลรักษาได้เร็ว จะมีผู้ป่วยร้อยละ 80 - 90 สามารถหายจากภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต. 2550: 2) ซึ่งปัจจุบันการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด เช่น การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) สามารถช่วยให้อาการดังกล่าวดีขึ้นได้ แต่ประชาชนจำนวนมากยังไม่ทราบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้ (ดวงใจ กษานติกุล. 2542; อ้างอิงจาก National Institute of Mental Health. 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดแบบปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีใช้แพร่หลายในการรักษาผู้ป่วยฝ่ายกาย (จินตนา ชาลิ่งษ์. 2551: 4) ซึ่ง เบ็ค และคณะ (Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; & Gary Emery. 1979: 3 - 20) เชื่อว่าแนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบระบบความคิดแง่ลบของตน เข้าใจความคิดและอารมณ์ของตนเอง และพิสูจน์สมมติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ถ้าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง สามารถที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้สมเหตุสมผลหรือเป็นบวกมากขึ้น ปฟพ สามารถจัดการกับความขัดแย้งในใจตนเองได้ เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษาของ จินตนา ชาลิ่งษ์ (2551) โดยการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สอดคล้องกับ ยุกพาพัทธ์ รักษ์ณีนวงศ์ (2547) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐาน ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้ และผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่

ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น เป็นศูนย์วิจัยพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและสารเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและสารเสพติดทุกชนิดด้วย การรับผู้ป่วยเข้ารักษา แพทย์จะพิจารณาตามความสมัครใจของผู้ป่วย และรองรับผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จากงานวิจัยการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น (นฤมล อารยะพิพัฒน์; และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2552: 7) เพื่อสร้างแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและดำเนินการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2551 ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 681 คน มีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย และการบำบัดทางจิตสังคมที่ระบุไว้ เป็นลักษณะการให้การปรึกษาเพื่อการประคับประคอง ให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจ โดยรับการปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ หรือ นักจิตวิทยา หรือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างและศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น โดยการนำตัวแปรด้านเพศ มาเป็นตัวแปรแบ่งประเภทเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยให้มีน้อยที่สุดอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นทุกข์จากภาวะโรคร่วมทั้งทางด้านยาเสพติดและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ และใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในอนาคต

ปัญหาการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาของการวิจัยไว้ ดังนี้

ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯและระยะติดตามผล

1.2 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความสำคัญของการวิจัย

1. สามารถนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มาใช้เป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยยาเสพติด ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น
2. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนได้ สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดของตนเองให้ตรงกับความเป็นจริง อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในการบำบัดรักษายาเสพติดตามปกติของศูนย์บำบัดฯ ให้ประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experiment research) ชนิดสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังทดลอง และวัดซ้ำในช่วงติดตามผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ (Control Group Pretest-Posttest Time Series Design) เพื่อศึกษาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 จำนวนประมาณ 41 คน และมีคุณสมบัติตามที่เกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง คือ ผู้ป่วยจะต้องมีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าระดับคาบเส้นปัญญาอ่อน (I.Q. > 79 ขึ้นไป) จากการประเมินระดับสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM) และในเฉพาะผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดระยะยาวมีระดับการรู้การคิดในระดับปกติ คือ ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน จากการประเมินโดยแบบวัด Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version เนื่องจากในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะเน้นในส่วนของการกระบวนกรคิด
2. ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและไม่ปรากฏอาการทางจิต
3. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า เพื่อขจัดตัวแปรแทรกซ้อนจากการใช้ยาในการลดภาวะซึมเศร้า
4. อ่านออกเขียนได้
5. หยุดการใช้อยาเสพติดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากอาการอยากยา (craving) และอาการถอนพิษยาเสพติด (withdrawal) เนื่องจากอาการดังกล่าวจะหมดฤทธิ์ภายใน 4 สัปดาห์ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจึงไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

6. มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 - 19 คะแนน คือ มีความซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงและระดับปานกลาง จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory)

7. มีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยได้คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไปจากแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยข้อมูลจากข้อ 1- 5 นั้น ผู้วิจัยได้จากการศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วย และในข้อ 6,7 นั้นได้จากการประเมินตนเองของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงใช้การคัดเลือกเข้ากลุ่มแบบจับคู่คะแนน (The Matching Control Group design) โดยกลุ่มในการบำบัดทางปัญญาควรมีขนาดเล็ก ตั้งแต่ 3 -15 คน เพื่อให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเป็นอิสระโดยทั่วกัน และทำให้ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมในกลุ่มบังเกิดผลดีที่สุด (อัญชลี ฉัตรแก้ว. 2546: 51 อ้างอิงจาก Beck et al., 1979; Ottaway, 1966; Yalom, 1995) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 7 คน รวม 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 8 คน รวม 16 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า
3. ตัวแปรแบ่งประเภท ได้แก่ เพศ

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยให้ตรงกัน ผู้วิจัยจึงนิยามความหมายของคำศัพท์เฉพาะไว้ ดังนี้

1. **ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดติดตามคำสั่งของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น

นิยามปฏิบัติการ

1. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง กลุ่มอาการใน 4 ด้านได้แก่ อารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และ พฤติกรรม/อาการทางกาย โดยบุคคลแสดงถึงมีอารมณ์หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำห็นตนเอง ด้านความคิด มีความคิดเบื้อชีวิต คิดมาก วิตกกังวล จนทำให้รู้สึกเครียด มีพฤติกรรมเบื้ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และมีอาการทางกาย คือ ปวดศีรษะ จุกเสียดแน่นท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ไม่มีสมาธิ และขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางสังคม โดยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดนานเกิน 2 สัปดาห์สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา. 2536 อ้างอิงจาก มุกดา ศรียงค์. 2522) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 1 – 9	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (normal)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 10 – 15	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง (mild depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 16 – 19	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (mild – moderate depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 20 – 29	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate – severe depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 30 – 63	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)

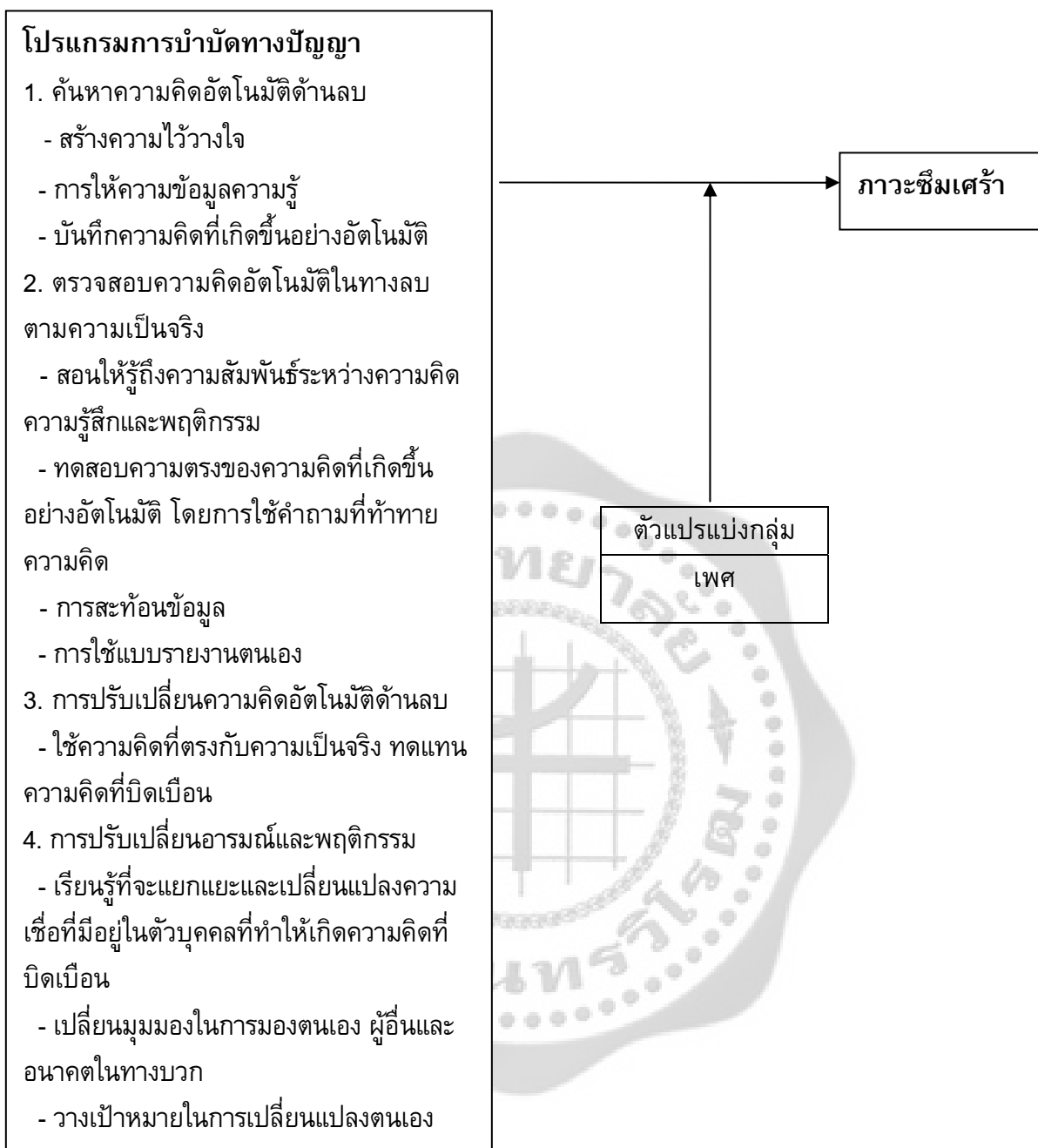
2. **โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา** หมายถึง โปรแกรมที่นักวิจัยจัดขึ้น โดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เน้นการเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอก โดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญา ซึ่งใช้เทคนิค Cognitive Therapy (Beck, 1979) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยขั้นตอนในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจ แล้วจึงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ก่อให้เกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคือ การสัมภาษณ์พูดคุย การให้ความข้อมูลความรู้ การใช้แบบรายงานตนเอง และการจำลองสถานการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด
- 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ใช้เทคนิคการทำหายความคิด การสะท้อนข้อมูล การใช้แบบรายงานตนเอง
- 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเปลี่ยนมุมมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตในทางบวกและ
- 4) การหาแนวทางในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

3. รูปแบบความคิดที่บิดเบือน หมายถึง วิธีการคิดในด้านลบ ใน 3 ลักษณะ คือ การที่มองตนเอง ผู้อื่น/โลก และอนาคตในทางลบ ซึ่งได้จากแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่วิจัยสร้างขึ้น โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ แบบถูกผิด ซึ่งมีจุดตัดอยู่ที่ 4 คะแนน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เน้นการเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญา ซึ่งใช้เทคนิค Cognitive Therapy (Beck) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยขั้นตอนในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจ แล้วจึงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ก่อให้เกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคือ การสัมภาษณ์พูดคุย การให้ความรู้ข้อมูลความรู้ การใช้แบบรายงานตนเอง และการจำลองสถานการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ใช้เทคนิคการทำทลายความคิด การสะท้อนข้อมูล การใช้แบบรายงานตนเอง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ 4) การปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม โดยเปลี่ยนมุมมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตในทางบวก พร้อมทั้งวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญากับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯและระยะติดตามผล

3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดลงจากระยะก่อนทดลอง

4. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผล



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยจากการศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยและประสบการณ์ของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. โรคซึมเศร้า
2. แนวทางการบำบัดรักษา
3. แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy)
4. เทคนิคการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
6. สถานการณ์ยาเสพติดและการบำบัดรักษา

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994; citing Moore; & Garland. 2003: 3) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้าไว้ว่า บุคคลใดมีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) สูญเสียความสนใจหรือความพึงพอใจ

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)
2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)
3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน
5. กระสับกระส่าย (psychomotor agitation) หรือ เชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

เบค (สมใจ โชติชนพันธ์. 2550; อ้างอิงจาก Beck. 1969) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิด อัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ต่ำห็นตนเอง มีความเปี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เจ็บซาต่อสิ่งแวดลอม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

กรมสุขภาพจิต (2550: 4 - 5) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำห็นตนเอง บางคนอาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ จุกเสียดแน่นท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง คิดมาก วิตกกังวล จนทำให้รู้สึกเครียด รู้สึกเบื่อและเซ็ง จะทำอะไรก็ไม่หายสัทที่ไม่รู้สึกดีขึ้น แต่เป็นหนักขึ้นทุกที โดยมักจะมีอาการดังกล่าวนี้ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมาก ซึ่งอันตรายสูงสุด คือผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงใจ กสานติกุล (2542: 7 - 8) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต้ออาชีพการงานหรือการเรียน โรคซึมเศร้า (Depressive illness) จำแนกเป็นชนิดรุนแรง (Major depression) และชนิดไม่รุนแรงแต่เป็นเรื้อรัง 2 ปีขึ้นไป เรียกว่า โรคซึมเศร้าดิสโทเมีย (Dysthymia = ill tempered) ในอดีตเคยเรียกว่า โรคประสาทซึมเศร้า (neurotic depression = มีปมขัดแย้งในจิตใจ) ลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล. 2543: 1)

บุญยภพ สิทธิพรอนันต์ (2550: 13) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์เศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติ แตกต่างจากอารมณ์เบื้ออารมณ์เซ็ง หรือเหงา

จินตนา เหลืองศิริเชียร (2550: 33) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำห็นตนเอง มี

ความคิดเบื่อบีชีวิต คิดมาก วิตกกังวล จนทำให้รู้สึกเครียด มีพฤติกรรมเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ และขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางสังคม และมีอาการทางกาย คือ ปวดศีรษะ จุกเสียดแน่นท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง โดยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยอาการเหล่านี้เกิดนานเกิน 2 สัปดาห์

1.2 ประเภทของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีหลายชนิดและเรียกชื่อต่างกันไป ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder) นอกจากนี้ยังมีโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงมากกว่าที่เรียกว่า เมลางโคลิก ดีเพรสชัน (melancholic depression) (บุญยาภ สิริพรอนันต์. 2550: 23 – 28) โดยสามารถจัดประเภทของโรคซึมเศร้าได้ 6 ชนิดดังนี้

1. เมลางโคลิก ดีเพรสชัน (melancholic depression) หมายถึงสภาวะของอารมณ์ซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมทุกอย่างหรือเกือบทุกอย่างและอาการจะไม่ดีขึ้นแม้เพียงชั่วคราที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งเรียกว่าสภาวะไร้อารมณ์โดยสิ้นเชิง (anhedonia) คือ เป็นสภาวะที่ไม่สามารถมีอารมณ์พึงพอใจได้เลย เพราะแม้แต่ในคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงก็ยังมีความรู้สึกเบิกบานชั่วคราได้

2. โรคจิตอารมณ์ซึมเศร้า (psychotic depression) ซึ่งสภาวะนี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการหลงผิด หูแว่ว ซึ่งมักจะเกิดร่วมกันไปกับอารมณ์โศกเศร้าด้วย เช่น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหลงผิดว่าได้ทำบาปอย่างมากจนให้อภัยตนเองไม่ได้

3. โรคซึมเศร้านอกแบบ (atypical depression) ซึ่งพบได้ไม่น้อยมีอาการแสดงออกตรงข้ามกับโรคซึมเศร้าทั่วไป เช่น คนอารมณ์ซึมเศร้าปกติจะนอนหรือกินน้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกแบบนี้จะนอนมาก กินมาก และน้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการรวมเหล่านี้เรียกว่าอาการทางกายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ลักษณะของโรคซึมเศร้านอกแบบนี้มักจะมีอาการเรื้อรังมากกว่าที่จะเป็นแบบครั้งคราว และมักจะมีอาการเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการเหมือนคนไม่มีชีวิตชีวา ไม่สนใจกิจกรรมทุกอย่าง และจะรู้สึกอ่อนไหวอย่างรุนแรงต่อการถูกปฏิเสธ โดยเฉพาะเรื่องอกหัก หรือผิดหวังจากสิ่งที่คาดหวังไว้

4. โรคซึมเศร้าชนิดอ่อนแต่เรื้อรัง (dysthymia) หรือโรคดิสโทเมีย ซึ่งจะมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการไม่รุนแรงเท่ากับคนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง แต่จะเกิดนานเรื้อรังจนผู้ป่วยไม่เคยรู้สึกว่ตนสบายดีจริงๆ อาการของโรคนี้เหมือนคนมีไข้ต่ำๆ ซึ่งสามารถขจัดให้หายไปได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถหยุดคิดกังวลเกี่ยวกับเรื่องปัญหาในการทำงานหรือปัญหาในบ้านได้ ทำให้เขารู้สึกไม่มีความสุขอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะทุ่มเทกำลังทั้งหมดให้กับการทำงาน จนไม่เหลือแรงไว้สำหรับพักผ่อนหรือกิจกรรมภายในครอบครัว จนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิต หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอ่อนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มพัฒนาอาการของโรค จนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงต่อไปได้ เรียกว่า โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อน (double depression)

ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงทั่วไป โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อนนี้จะรุนแรงกว่าและรักษายากกว่า และผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบมากกว่าหรือไม่หายขาด

5. โรคซึมเศร้าชนิดมีอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์คึกคักร่วมด้วยกับอาการซึมเศร้าตามปกติ โดยอาการของโรคจะแบ่งออกเป็นระยะกำเริบ โดยพบว่าบางระยะจะมีอาการขึ้นหรือคึกคักอย่างมาก และบางระยะจะมีอารมณ์ลงหรือซึมเศร้าอย่างหนัก ระยะเวลาอารมณ์ขึ้นหรือมาเนี่ยจะเป็นอยู่นานประมาณ 1 – 3 เดือน ติดต่อกัน และระยะอารมณ์ลงหรือซึมเศร้าจะเป็นอยู่ประมาณ 6 – 9 เดือน โดยมีระยะปกติหรือเกือบปกติคั่นกลางอยู่ โรคนี้มีลักษณะที่เรียกว่าอารมณ์ขึ้นลงเร็วมาก คือ มีระยะของอารมณ์ขึ้นและลงมากกว่า 4 ครั้งต่อปี

6. โรคอารมณ์ซึมเศร้าตามฤดูกาล หรือ เอสเอดี (seasonal affective disorder) ซึ่งมักจะเกิดตามฤดูกาล ไม่ค่อยพบในประเทศไทย อาการมักจะเกิดเมื่อมีอากาศครึ้มหรือในช่วงที่มีแสงแดดอ่อนในต่างประเทศมักจะเกิดในช่วงหน้าหนาว ระยะเวลาเกิดอาการนานประมาณ 5 เดือน นอกจากนั้นลักษณะอาการทั่วไปมีลักษณะเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยล้า และไม่อยากเข้าสังคม อาการอื่นๆอาจมีปะปนบ้าง เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากจนผิดปกติ บางคนอาจมีความต้องการอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากจนทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

การเกิดโรคซึมเศร้ามีแนวคิดที่หลากหลาย โดยกรมสุขภาพจิต (2550: 6) ได้อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีสาเหตุมาจากภายในและภายนอก โดยสาเหตุภายในเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองทำให้เป็นโรคซึมเศร้า และสาเหตุภายนอกหรือสาเหตุทางจิตใจ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาชีวิต และการสูญเสียต่างๆ มักขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง นอนไม่หลับขาดความสนใจในสิ่งที่เคยสนใจ และมักมีอาการมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป คล้ายคลึงกับสมภาพ เรื่องตระกูล สรุปสาเหตุของโรคซึมเศร้า เป็น 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา 2) ปัจจัยทางจิตใจ 3) ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง อีกทั้ง คอย ละอองอ่อน (2549 : 10 – 14) อธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าโดยแบ่งออกเป็นทฤษฎีทางชีววิทยาและทฤษฎีทางจิตสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (biochemical theory) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 1) การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง 2) ประสาทต่อมไร้ท่อ และ 3) พันธุกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ชีวเคมีเคมีของสมอง จากการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยจะมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง โดยปฏิกิริยา สิทธิพรอนันต์ (2550:) อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมถึงความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

- เซโรโทนิน (Serotonin) คือ สารเคมีที่มีผลต่อการไม่เครียด ทำให้คนเรารู้สึกอารมณ์ดี ประปรี่ประเปร่า และทำให้นอนหลับง่าย ถ้าร่างกายขาดสารเซโรโทนินทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ การซึมเศร้า นอนไม่หลับ สารเซโรโทนินเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าเป็นอย่างมาก

- เมโลโทนิน (Melatonin) คือ สารเคมีที่ทำให้คนรู้สึกสดชื่นขึ้นจากการเจ็บป่วย และทำหน้าที่เป็นฮอร์โมนชะลอความแก่อีกด้วย

- เอ็นโดรฟิน (Endorphine) ทำหน้าที่ต่อสู้กับความเครียด ทำให้เกิดความสุขและช่วยให้สมองทำงานดี การขาดสารนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความสุข โลภขาดสีสัน ไร้อารมณ์พึงพอใจ รู้สึกตัวเองบกพร่อง อ่อนไหวเกินเหตุ

- โดปามีน (Dopamine) เป็นตัวช่วยในระบบความจำ สร้างสมาธิและความรู้สึกสนุก และควบคุมการหลั่งน้ำย่อยให้เป็นระบบ

- กาบา (Gamma Amino Butyric Acid – GABA) สารตัวนี้ช่วยลดอาการปวดโดยธรรมชาติ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากปวดแผล ทำให้ผ่อนคลายความเครียด คลายกังวล ทำให้สงบ การขาดสารตัวนี้จะมีผลทำให้รู้สึกไม่มั่นคง หวาดกลัว ผวาวิตกกังวล และทำให้ร่างกายขาดสารเซโรโทนิน โกรธง่าย และอารมณ์ไม่แจ่มใส นอนไม่หลับ

- นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) สารนี้ทำให้คนรู้สึกตื่นเต้น มีความสุข คลายความเศร้า มีพลังงาน ช่วยกระตุ้นความคิด ทำให้คิดเร็วมีหลักการ แต่ถ้ามีมากจะทำให้รู้สึกทางอารมณ์ตอบรับเร็วขึ้น รวมไปถึงอาการโกรธ

- อะซีทิลโคลีน (Acetylcholine) ทำให้คนมีความรู้สึกตื่นตัว ความจำดีขึ้น เมื่อขาดสารนี้จะทำให้เกิดอาการเฉื่อยชา เชื่องซึม และไม่มีความคิดอยากจะทำอะไร

- เพนนิลทาลมีน (Phenylethylamine – PEA) เป็นสารเคมีทำให้คนมีความสุขขึ้นมาชั่วคราวชั่วครู่ชั่วคราว

1.2 ประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างต่อมไร้ท่อ และภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อในภาวะซึมเศร้า โดยเบอร์นาร์ด คอร์โรล (Bernard corroll's team อ้างในคอย ละองอ่อน, 2549: 10) มหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้พัฒนา DST (dexamethasone suppression test) การค้นพบที่สำคัญคือ การเพิ่มความเข้มข้นของสารคอร์ติซอลจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยปฏิกิริยา สัทธพรอนันต์ (2550:) อธิบายว่าคอร์ติซอล (Cortisol) เป็นฮอร์โมนความเครียด ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจอดใจไม่ไหว เมื่อมีมากจะก่อให้เกิดปัญหาโรคซึมเศร้า อารมณ์ทุกข์ วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น หมดอารมณ์ทางเพศ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันมีปัญหา ที่สำคัญคือส่งผลต่อความจำ สูญเสียความเชื่อมโยงระหว่างร่างกายกับสมองได้ อีกทั้งหากมีความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นระบบของต่อมภายในร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์ในคอ ต่อมเหล่านี้จะหลั่งฮอร์โมนเข้ามาในกระแสเลือด คนที่มีต่อมไร้ท่อผิดปกติก็จะมีผลผิดปกติของอารมณ์ด้วย เมื่อต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไปก็ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์ผิดปกติที่เกิดจากโรคต่อมไทรอยด์นี้จะหายไปถ้าแก้ไขระดับฮอร์โมนให้ปกติ

1.3 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (genetic theory) ได้กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็น ความบกพร่องในพันธุกรรมที่รับสืบทอดกันได้โดยการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง และจาก ข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคน จะเกิดโรคนี้สูงร้อยละ 70 – 80 ถ้าเป็นพี่น้องทั่วไปที่ไม่ใช่ฝาแฝดโอกาสการเกิดโรคประมาณร้อยละ 10 – 25 สอดคล้องกับปฏิกิริยา สิทธีพรอนันต์ (2550:) ที่อธิบายว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคซึมเศร้า ชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด (พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน) มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าถึง 3 เท่า ถ้าบิดาหรือมารดาคนหนึ่งเป็น โรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรค ซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า และการศึกษาโรคซึมเศร้าในบุตรบุญธรรมที่เกิด จากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คน พบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่า บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2543: 1 – 2) แต่อย่างไรก็ตาม บัจจัยทางพันธุกรรมมีความสำคัญดังที่กล่าวมาแต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคมด้วย

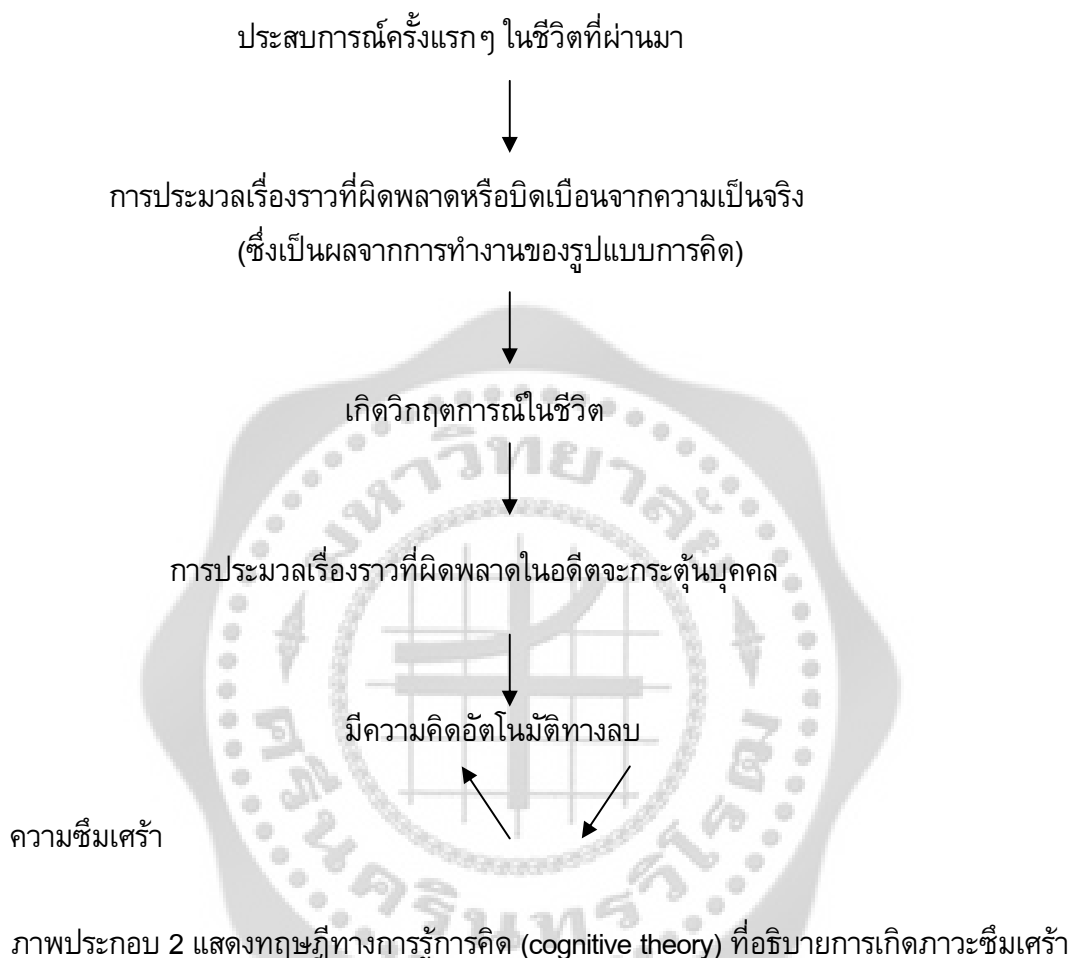
2. ทฤษฎีทางจิตสังคม ได้แก่ทฤษฎีทางจิตวิทยาและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่า ภาวะ ซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความ ภาคภูมิใจของตนเอง บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจะเป็นบุคคลที่ในวัยเด็กรู้สึกผิดหวัง จากการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อโตขึ้นเวลาจะรักใคร่มักจะรักแบบสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและเกลียด เมื่อ ต้องสูญเสียความรัก หรือเพียงจินตนาการว่าต้องสูญเสียความรัก ก็จะกระตุ้นให้เกิดความสูญเสียความ ภาคภูมิใจตนเอง และกระตุ้นความรู้สึกอยากทำลายตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ถ้ามีการ เปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น จะทำ ให้มีความวิตกกังวล หมกมุ่นอยู่กับตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อ้างอิงจาก อุบล ก่องแก้ว. 2547: 16; สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. 2544)

2) ทฤษฎีการเรียนรู้การสิ้นหวัง (learned helpless theory) ทฤษฎีนี้อธิบายโดย เซลิกแมน (Seligman) โดยกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทาง แล้ว บุคคลตกอยู่ในภาวะแก้ไขสถานการณ์หลายอย่างไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มี อำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการถดถอย สถานการณ์เกิดแบบเลเยตามเลเย อาจจะพบพฤติกรรมสุนัขที่ถูกไฟฟ้าช็อตตลอดเวลา ไม่ว่าสุนัขจะ กระโดดหรือเห่าจนในที่สุดสุนัขก็จะยอมแพ้ ไม่พยายามหนีจากการถูกไฟฟ้าช็อต ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความ ช่วยเหลือจากคนแวดล้อม แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการ นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (คอย ละอองอ่อน. 2549 : 10; อ้างอิง จาก ปฏิกิริยา สิทธีพรอนันต์. 2550)

3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (cognitive learning theory) อธิบายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิด (schema) ที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ซึ่งโครงสร้างทางความคิดนี้มีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางด้านจิตใจหรือต่อสถานการณ์เฉพาะ โดยโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวจัดกระทำกับสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ยังผลให้แต่ละบุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันแตกต่างกันออกไป ซึ่ง เบ็คมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา (Cognition) คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความหมายสิ่งเร้าที่เข้ามา จะทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้นๆ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นๆ จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วยความรู้สึกรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงมีผลให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น โดยปัญญา (Cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า และทัศนคติด้านลบ หรือที่เรียกว่า Cognitive triad (Robert L. Leahy. 1996) ซึ่งต่อมาเบ็ค และคณะ (คอย ละองอ่อน. 2549: 12; อ้างอิงจาก Beck; et al. 1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า เพื่ออธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า ประสบการณ์ในครั้งแรกๆ ของชีวิต จะทำให้บุคคลเกิดการประมวลเรื่องราวเหล่านั้นจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การประเมินสิ่งเร้าและการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ความสามารถในการคาดการณ์ผลลัพธ์ จากสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบ และการแสดงความรู้สึกของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การได้รับการช่วยเหลือ และความสามารถที่จะทำให้การทำหน้าที่เป็นไปอย่างปกติ ในบุคคลที่จะเกิดภาวะซึมเศร้านั้น บุคคลมักจะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวด ประสบกับปัญหาทางอารมณ์ ปรับตัวไม่ได้ จึงเกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ จนกระทั่งเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตนั้น จะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าสามารถเรียนรู้ทางสังคมโดยการสังเกตตัวอย่างเช่น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่บกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัว เห็นพ่อแม่ของเขาล้มเหลวต่อการจัดการกับประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ และความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการขาดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทักษะในการปรับตัว (Rashmi Nemade; Natalie Staats Reiss; & Mark Dombeck. 2007) เมื่อภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติทางลบยิ่งเพิ่มมากขึ้น ทั้งความถี่และความรุนแรง ความคิดที่เป็นเหตุผลจะยิ่งลดลง ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย พฤติกรรม ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



เบ็คได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดของบุคคลที่พิจารณาตนเองต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ

- การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมองว่าตนเองมีความบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ และไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านั้นจะมองว่าตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง และมีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆขึ้นมักจะคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกละทิ้ง ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเคยประสบมาจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้า ก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย ก็จะมองสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีสิ้นสุดทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตน สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (schema) ซึ่งได้แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือนไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและมีความเชื่อที่เป็นโครงสร้างความคิดเฉพาะตัวแอบแฝงอยู่ภายในบุคคล แต่จะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ หรืออาจจะเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนให้ทำให้นักคนนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างความคิด

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งเบ็ค และคณะ ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาทางความคิดที่บิดเบือน (อัญชลี จิตรแก้ว, 2546: 21-22) ดังนี้

- การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าแบบก่อนๆ อาจคิดว่าการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมกับตนเองและไม่ช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น เป็นต้น

- การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) เป็นลักษณะการคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือลักษณะการคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่างๆ ที่ผ่านมามาในอดีต เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบความสำเร็จ ความพึงพอใจเลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

- การคิดและการแปลความเกินความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นลักษณะการคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง เป็นต้น

- การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อนตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะทำให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากหรือน้อยเกินไป

- มีนิสัยที่จะมีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองไปเป็น Ursache กับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากกระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตา กับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่มองตนเอง อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนโกรธ เป็นต้น

- มีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ เป็นต้น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ครบสมบูรณ์ร้อยละร้อยก็จะมีอะไรที่ต้องทำอีกเลย ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ของภาวะซึมเศร้าตามรูปแบบปัญญานิยมเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตบุคคล ทำให้บุคคลนั้นสร้างโครงสร้างทางความคิด ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปเมื่อถูกกระตุ้นหรือเมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือประสบกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะยิ่งมากขึ้น

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยภายในจิตใจ

- ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอารมณ์โกรธ โมโห และก้าวร้าวอย่างรุนแรงแต่ไม่สามารถแสดงออกได้ จึงผันความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตัวเอง ทำให้เกิดอคติต่อตัวเอง และทำร้ายตัวเอง บุคคลที่มีอารมณ์เศร้าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ หรือมีเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มักจะมีความโกรธและความอคติอยู่ในจิตใจ จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดี มุ่งทำร้ายตนเอง โกรธเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลคือเกิดภาวะซึมเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าคุณไร้ค่า ไร้ความหมาย ไร้ความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

- ความรู้สึกสูญเสียบุคคลที่รัก ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ เมื่อความรู้สึกนี้สะสมไปเรื่อยๆ อาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้

- ความเครียด เป็นอาการความผิดปกติทางการทำงานของสารเคมีในสมองหรือเป็นความผิดปกติทางจิตที่อ่อนๆเท่านั้นหากปล่อยทิ้งไว้อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพและพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

- ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอารมณ์ที่รู้สึกว่ามีคนรอบข้างคอยจับจ้อง บุคคลนั้นจะพยายามถอยหนีจากความรู้สึกนั้น ในที่สุดจะแยกตัวเอง โดดเดี่ยวตัวเอง แม้ว่าจะมีคนรอบข้างอยู่มากมาย แต่อารมณ์ที่แปรปรวนในจิตใจของเขาจะส่งผลต่อการกระทำที่เขาแสดงออกมา อาการเหล่านี้เป็นเหตุนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้

- การยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการพ่ายแพ้ ล้มเหลว และการสูญเสีย ซึ่งจะทำให้ยึดติดกับความคิดที่ว่า ไม่ว่าจะแก้ปัญหามาในวิธีใดก็จะเป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น ผู้ป่วยจึงนิ่งเฉย และไม่ตอบสนองใดๆต่อความรู้สึกสูญเสีย และปล่อยให้ผ่านไปโดยฝังลึกอยู่ในใจ

- ญาติผู้ป่วยหันตัวตนเองมาสู่โรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเป็นอาการหนึ่งที่น่าวิตกของผู้ป่วยมักเป็นกัน เพราะเขารู้สึกว่าเขาล้มเหลวในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่ของผู้ป่วยจะรู้สึกผิดและโกรธกับโชคชะตาที่เขาต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยของลูก

2. บุคลิกภาพเฉพาะอย่าง บุคลิกผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้ายและเชื่องซึม มักชอบตำหนิตัวเองและผู้อื่น มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง จึงทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย สาเหตุของการมองโลกในแง่ร้ายมาจากประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก การสูญเสียพ่อแม่ อาจเป็นการตายหรือการหย่าร้าง ซึ่งเป็นแรงเสริมของโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา

3. เพศ โดยหญิงมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย คือ ประมาณร้อยละ 65 – 70 เป็นเพศหญิง แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ชายมีปัญหาบ่อย แต่ผู้ชายมีแนวทางในการแก้ปัญหาแตกต่างจากหญิง ผู้หญิงมีทางออกน้อยกว่าชายมักเก็บปัญหาไว้ในใจ เมื่อไม่มีโอกาสได้ผ่อนคลายจะเป็นปัญหาไว้มากเข้าจึงระเบิดออกมากลายเป็นโรคซึมเศร้า สถิติที่ผู้หญิงเป็นโรคนี้จึงมากกว่าชาย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ผู้หญิงมีฮอร์โมนเพศสูงขึ้นตั้งแต่วัยรุ่นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เมื่อผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือนระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะกระตุ้นสารเคมีในสมองที่ควบคุมอารมณ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลงเมื่อผู้หญิงคลอดบุตร หรือวัยหมดประจำเดือน ปัญหาฮอร์โมนลดลงไม่ปรากฏในเพศชายเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนจะลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และผู้หญิงจะตอบสนองต่อฮอร์โมนความเครียดคอร์ติซอลได้ง่ายกว่าชาย

4. อายุ คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ

5. การเข้ายาเสพติด โดยพบว่าคนที่ดื่มเหล้า มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ถ้าบุคคลนั้นๆมีอาการซึมเศร้าลึกๆอยู่ภายใต้ไร้นานก็อยู่แล้ว ถ้าดื่มเหล้าเข้าไปจะกระตุ้นทำให้อาการเศร้าเกิดขึ้น กระตุ้นให้รุนแรงและน่ากลัว เหล้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เสริมอาการของทุกโรค และคนที่เป็โรคซึมเศร้านั้นจะสูบบุหรี่ ซึ่งผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากขึ้นเป็นสองเท่า คล้ายคลึงกับการติดยาเสพติด โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอย่างชัดเจน ยาที่แพทย์สั่ง และ

สารกระตุ้นสมองมากกว่าพวกแอลกอฮอล์ คนที่ติดยาเสพติดยิ่งใช้ยามากเท่าใดและบ่อยเท่าใดก็ยิ่งทำให้เกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้น 2 – 3 ปี หลังจากที่ใช้ยาเสพติด

6. โรคทางจิตเวชชนิดอื่นเป็นเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคกินผิดปกติ จะส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคกลัวอ้วนชนิดผิดปกติอย่างรุนแรง (Anorexia) มักแสดงอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย และอารมณ์ซึมเศร้าจะหมดไปเมื่อผู้ป่วยกลับมากินอาหารจนน้ำหนักเพิ่มเป็นปกติ

7. สาเหตุจากโรคทางร่างกายอื่นๆ โรคทางกายอื่นๆ ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้ารวมทั้งอาการน้ำหนักลด การนอนผิดปกติ โรคเบาหวาน ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคไตและตับเรื้อรัง โรคติดเชื้อบางอย่าง เช่น โรคเอดส์ โรคทางระบบประสาทและสมอง เช่น โรคอัลพาดและโรคพาร์กินสัน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคขาดสารอาหารและวิตามิน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิตามินบี 6 บี 12 และกรดโฟลิก

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของสารเคมีในสมอง ฮอร์โมน ปัจจัยภายในจิตใจ และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยในเรื่องเพศ มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในระหว่างเพศชายและหญิง ทั้งสาเหตุจากฮอร์โมนและบุคลิกภาพ/ปัจจัยภายใน ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเพศเป็นตัวแปรที่สำคัญ ที่จะมีผลต่อผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้

1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

สามารถสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้าไว้ 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 การประเมินความซึมเศร้าโดยใช้วิธีการสังเกต แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้วิธีการสังเกต ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD or Ham-D) สร้างขึ้นโดยแฮมิลตัน (Headlung ; & Vieweg. 1979: 149 - 165) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะแรกๆ และสามารถใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้และมีการใช้อย่างกว้างขวางในทั้งในการบำบัดรักษา โดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539 : 235 -246) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบวัด เท่ากับ 0.738 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก ในปี 1979 เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างแบบประเมินในการประเมินผลรักษา สำหรับจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช เช่น พยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวช (Headlung; & Vieweg. 1979: 149 –165) โดยมีการพัฒนาเป็นภาษาไทย พบว่า ค่าความถูกต้องในเนื้อหาอยู่ในระดับ

0.6 -1.0 ความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) ของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 0.8048 ซึ่งสามารถเป็นแบบทดสอบเพื่อใช้ประเมินอาการโรคซึมเศร้าในคนไทย (รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนิรันทิก, และอุไร บุรณเชษฐ. 2546: 211 - 219)

3. Raskin Scale (Three-Area Severity of Depression Scale) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย ราสกิน สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการประเมินจากการพูดคุย พฤติกรรมและอาการทางกาย เป็นแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วยใหญ่ (Raymond W. Lam; Erin E. Michalak; Richard P. Swinson. 2005 :71-72; citing Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. *Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report rating of hospitalized depressives*. 1969. J Nerv Ment Dis ; 148(1). 87-98)

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้การประเมินตนเอง (self report) แบบประเมินเหล่านี้ ได้แก่

1. Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดยปรับปรุงให้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลายชุด ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และเป็นแบบวัดที่ใช้กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปี โดยได้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย อุมพร ตรังคสมบัติ ศึกษาต่อทางสถิติจากการ ศึกษาในวัยรุ่นไทย พบว่าความเที่ยงของ CES-D มีค่าเท่ากับ 0.86 ความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 25.6 และ 15.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 808 และ 6.7 ตามลำดับ P ต่ำกว่า 10) นอกจากนี้คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จาก receiver operating characteristic curve พบว่า คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย. ม.ป.ป. ออนไลน์)

2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของความเจ็บป่วยทั้งหมด เป็นการประเมินด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านร่างกาย ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ค่าของ Cronbach's alpha reliability coefficient เท่ากับ .84-.85 (Zung WW. 1965: 63-70)

3. Beck Depression Inventory (BDI) , First revision (BDI-IA), Second revision (BDI-II) สร้างขึ้นในปี 1961 โดยเบ็ค และคณะ (คอย ละอองอ่อน. 2549) เพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับในการติดตามเปลี่ยนแปลง หรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยมีการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และ 6 ข้อเป็นคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมและในปี 1993 ได้มีการปรับปรุง

ระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบประเมินฉบับใหม่ขึ้น BDI-II ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยได้ปรับเปลี่ยนบางข้อคำถามให้สมบูรณ์ขึ้นและปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย และสามารถประเมินซ้ำได้ โดย ลัตตา แสนสีหา (2536) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลายโดยนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และมัทธนา นทีธาร (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

4. แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง (Thai Depression Inventory: TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.7189 ($p < 0.001$) โดยข้อคำถามเรื่องการเคลื่อนไหวช้า (psychomotor retardation) และการสูญเสียแรงผลักดันภายใน (loss of libido) มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำ จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (construct validity) โดยใช้วิธีการทางสถิติ principal component analysis with varimax rotation พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สำคัญและปัจจัยที่เด่น คือ ปัจจัยด้านความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety-Insomnia factor) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป แบบสอบถาม TDI ที่ได้พัฒนาขึ้นมานี้จึงมีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI-II) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและสามารถวัดซ้ำได้

1.5 ระดับภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967 อ้างอิงจาก คอย ละองอ่อน, 2549: 14) กล่าวว่า ระดับของภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับมักจะมีอาการและอาการแสดง ที่บ่งบอกถึงความแปรปรวนด้านต่าง ๆ คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรมแสดงออก แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เบ็คไม่ได้กล่าวในรายละเอียดเกี่ยวกับระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่จะกล่าวรายละเอียดในส่วนที่ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง สามารถสรุปดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ และจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์บ่อยมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่ายหดท้อใจ มีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่สดชื่นแจ่มใส มีอารมณ์เศร้าและอารมณ์เศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์ดีขึ้น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งในเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ และความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ อารมณ์เศร้าวระดับนี้สามารถทำให้ลดลงได้ด้วยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น ฟังเรื่องตลก หรือฟังเรื่องที่ทำให้เพลิดเพลิน การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จะมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน และมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเอง สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เคยชอบลดลง ไม่มีอารมณ์ขันร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก รู้สึกสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆเลย หดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา ไม่มีอารมณ์ขัน

2. ด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย จะตำหนิตนเอง และมีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป ภาวะบิดเบือนจะมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จะคิดว่าความผิดพลาดหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือกำลังเผชิญอยู่เนื่องจากตนเองมีความบกพร่อง และจะเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น และมักจะคิดว่าตนเองด้อยกว่า จะรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง ตำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้าเพราะกลัวการตัดสินใจที่ผิดพลาด ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักจะคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ล้มเหลว เป็นคนไม่มีประสิทธิภาพ หมกมุ่นในเรื่องความบกพร่องและมองเห็นแต่ความล้มเหลวของตนเอง มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนกระทำไปไม่ประสบผลสำเร็จโทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนเอง หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าจะแต่งตัว เป็นต้น มีความวิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีการแสดง

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เป็นคนที่ล้มเหลวในทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีผิดปกติดังร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม ไม่มีความหวังในอนาคต คิดว่าทุกปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้สมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องต่างๆได้เลย

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะที่บิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความรู้สึกไม่ยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีความต้องการที่จะทำกิจกรรมใดๆ ที่ไม่ได้ให้ความพึงพอใจทันทีทันใด ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จะไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังคงสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และมีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเผชิญอยู่แม้กระทั่งกิจกรรมที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ หลีกเลียงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว หลีกหนีทุกอย่าง ไม่อยากพบหรือพูดคุยกับใคร รู้สึกทุกข์ทรมานใจเป็นอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้อีกต่อไป

4. ด้านร่างกายและพฤติกรรมแสดงออก แบบแผนการนอนแปรปรวน ความรู้สึกต้องการทางเพศลดลง เบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีภาวะที่บิดเบือนที่แตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ และจะตื่นนอนเร็วกว่าเวลาเล็กน้อย ในบางรายนอนมากผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง ในบางรายอาจมีความต้องการทางเพศสูงขึ้น เหนื่อยง่ายกว่าปกติเวลาทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม ต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้อื่นในเรื่องที่ตนเคยทำได้เอง มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรืออาจจะลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท อาจมีการสะดุ้งตื่นหลังจากนอนหลับได้ 3 – 4 ชั่วโมง แล้วหลับต่อยาก รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรม การพักผ่อนและการผ่อนคลายต่างๆ ไม่ได้ทำให้หายเหนื่อย อาจทำให้รู้สึกแย่งได้ ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมากต้องใช้สิ่งกระตุ้น

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด หรือนอนหลับได้ 4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีอาการและอาการที่แสดงออกทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก แรงจูงใจและพฤติกรรม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่เล็กน้อย แต่ก็มีผลต่อการดำเนินชีวิต กิจวัตรประจำวัน และการตัดสินใจ ดังนั้น ผู้วิจัย

ได้ให้ความสำคัญต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เนื่องจากยังสามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ จากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือการช่วยเหลือจากผู้อื่น

1.6 สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น

ข้อมูลจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2551 รวมระยะเวลา 6 เดือน (นฤมล อารยะพิพัฒน์; และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2552) พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาโดย ธรินทร์ กองสุข และคณะ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนที่พบว่ามีโรคซึมเศร้าจะได้รับการประเมินต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์ แต่หากไม่พบเป็นโรคซึมเศร้า จะได้รับการประเมินซ้ำทุก 1 เดือนจนผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 681 คน ผลการศึกษาแบ่งแผนกของการเข้ารับการรักษา ดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอก 249 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีผู้หญิงเพียง 1 คน อายุเฉลี่ย 31.26 ปี (ต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 75 ปี) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 45.8) รองลงมาคือ สุรา (ร้อยละ 23.9) พบว่าเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 12.18 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 17 ราย ระดับปานกลาง 17 ราย และระดับรุนแรง 4 ราย

แผนกผู้ป่วยใน 288 คน อายุเฉลี่ย 35.26 ปี (ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด 64 ปี) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ สุรา (ร้อยละ 68.1) รองลงมา คือ ยาบ้า (ร้อยละ 12.2) แผนก พ.ร.บ.ชาย 94 คน อายุเฉลี่ย 29.83 ปี (ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 57 ปี) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 26.9) พบว่า เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 17.61 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย 67 ราย ในระดับปานกลาง 13 ราย และระดับรุนแรง 4 ราย

แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามพ.ร.บ.เพศหญิง 50 คน อายุเฉลี่ย 28.06 ปี (ต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 51 ปี) ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใช้ ยาบ้า (ร้อยละ 94.0) เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 23.97 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย 31 ราย ระดับปานกลาง 2 ราย และ ในระดับรุนแรง 2 ราย

แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ร.บ. เพศชาย จำนวน 137 คน ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 94 คน คิดเป็นร้อยละ 68.61 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าพบว่า มีผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าร้อยละ 23.97 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย 56 ราย ระดับปานกลาง 4 ราย ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เป็นโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง

จากข้อมูลทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย การบำบัดทางจิตสังคมที่ระบุไว้ เป็นลักษณะการให้การปรึกษาเพื่อการประคับประคอง ให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจ โดยผู้บำบัดยังไม่ค่อยมั่นใจในการให้การปรึกษา อีกทั้งแนวทางยังไม่มีรูปแบบในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญในการสร้างโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดขอนแก่น

1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า

ลำเจียก กำธร (2548) ได้ศึกษาเรื่องความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า คล้ายคลึงกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สอดคล้องกับการศึกษาของ ส่องแสง วิชัยวงศ์ (2546) ที่ได้ศึกษาความคิดอัตโนมัติทางลบกับความซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความผูกพันในครอบครัว ความคิดอัตโนมัติทางลบ และความเชื่อที่ไร้เหตุผล นอกจากนี้ คอย ละอองอ่อน (2549) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการอบรมเลี้ยงดู สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนฯ ได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนปัจจัยด้านความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนได้

ดังนั้นภาวะซึมเศร้า จึงเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ ความคิด/ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมที่จะสร้างขึ้นนี้ควรเน้น ในด้านการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนและพัฒนาได้

1.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด

กลาสเนอร์ เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Glasner – Edwards; & et al. 2009: 225 - 231) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้ใช้แอมเฟตามีน: ผลการบำบัดรักษาโดยการติดตามผล 3 ปี โดยศึกษาในผู้ใช้แอมเฟตามีน จำนวน 526 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการบำบัดรักษาแอมเฟตามีน โดยเป็นการทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomize control trial) ซึ่งกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่เข้าใจภาษาอังกฤษ สามารถเข้าร่วมการรักษาได้ และจะต้องไม่ได้รับการบำบัดด้วยยา ไม่มีอาการถอนพิษสุราและสารเสพติดอื่นๆ หรือไม่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต และกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินเพื่อเก็บเป็นข้อมูลเบื้องต้น (baseline) ดังต่อไปนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า การใช้ยาเสพติด ข้อมูลพื้นฐานทางจิตสังคม การวางแผนหลังการรักษา และผลการติดตามผล 3 ปี เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ดัชนีประเมินอาการเสพติด (Addiction Severity Index: ASI) ซึ่งมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด อาการทางจิตเวช การรักษาด้วยยา กฎหมาย ครอบครัว และอาชีพ นอกจากนี้ยังมีการตรวจบัสสภาวะทางห้องปฏิบัติการและการสัมภาษณ์ประวัติชีวิต โดยการสัมภาษณ์เดือนต่อเดือน เพื่อเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck Depression Inventory: BDI) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้การ

รายงานตนเอง จำนวน 21 ข้อ และแบบวัดอาการเจ็บป่วยแบบสั้น (The brief symptom inventory: BSI) จำนวน 53 ข้อ ที่ประเมินอาการใน 9 กลุ่มอาการได้แก่ ความเจ็บป่วยทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ (Somatization) การย่ำคิดย่ำทำ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การต่อต้านไม่เป็นมิตร (hostility) ความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล (anxiety phobia) ความคิดหวาดระแวง และอาการทางจิต ผลการวิจัยพบว่า 1) อาการซึมเศร้าก่อนรักษาเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญอย่างมากในการทำนายเกี่ยวกับผลการบำบัดรักษาแอมเฟตามีนและอาการภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง 2) อาการซึมเศร้าและอาการที่ผู้ป่วยรายงานตนเองทั้งในช่วงก่อนสิ้นสุดการรักษา 30 วันและในระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การหยุดใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับอาการแปลงของภาวะซึมเศร้า และ 4) โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในด้านต่างๆ ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์, ยาเสพติด, อาชีพ, และอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆในผู้ที่ใช้แอมเฟตามีน ซึ่งได้แก่ การเจ็บป่วยทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ การย่ำคิดย่ำทำ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล อาการซึมเศร้า การกลัวอย่างไม่มีเหตุผล อาการทางจิต จากการวิจัยช่วยยืนยันว่า ภาวะซึมเศร้าและการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กัน

สุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญรักษ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวนกลุ่มละ 60 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษ คือ ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้/สัปดาห์ และระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน โดยพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .001

นฤมล อารยะพิพัฒน์; และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2552). ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น ผลการประเมินพบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจาก 4 แผนก คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนก ผู้ป่วยใน พ.ร.บ. พ้นฟู 2 ตึก คือ ตึกแสงอรุณ (ผู้ป่วยชาย) และ ตึกตะวันฉาย (ผู้ป่วยหญิง) จำนวนทั้งสิ้น 968 คน ส่วนใหญ่เสพติดยาบ้า รองลงมาคือ สุรา ได้รับการประเมิน 681 คน คิดเป็นร้อยละ 70.53 ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินได้รับการประเมินเพียงครั้งเดียว (ที่แผนกผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน) ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 12.18 ถึง 23.97 ส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย จากการมีระบบการประเมินอย่างต่อเนื่องทำให้พบว่า มีผู้ป่วยบางคนเป็นโรคซึมเศร้าในการประเมินครั้งที่ 2 หรือ 3 และ บางคนมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าขึ้นๆลงๆ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินอย่างต่อเนื่อง ปัญหาใหญ่ที่พบในการดำเนินการคือ การจัดทำระบบประเมินโรคซึมเศร้าไม่ได้เป็นการกำหนดโดยนโยบายทำให้ผู้ปฏิบัติบางคนไม่เห็นความสำคัญ และ การสื่อสารเพื่อให้บุคลากรทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติยังต้องหาวิธีการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการใช้ยาเสพติดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งหากสามารถช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาซึมเศร้า จะช่วยให้ผลการบำบัดรักษาเสพติดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2 แนวทางการบำบัดรักษา

2.1 แนวทางการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตใจ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (อัญชลี จิตรแก้ว. 2546: 27-30)

1. การรักษาทางยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) ซึ่งยาต้านเศร้าจะออกฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัว คือ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน และซีโรโทนิน ที่จุดต่อของปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงหมดไปหรือดีขึ้น โดยการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด แต่ยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นในช่วงเพียง 1-3 วัน ทั้งความสนใจสิ่งต่างๆจะดีขึ้นด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนสามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือน ถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบ เพราะร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

2. การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางในการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุการณ์เกิดภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าความขัดแย้งภายในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆเพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตได้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดที่มักจะใช้ระยะเวลานานในการบำบัด ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตได้สำนึกโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ภาวะซึมเศร่ายังคงอยู่

2.2 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่มีปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ หรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้ธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการวิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดประคับประครอง ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับปัจจัยเครียดในชีวิต

2.3 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) โดยผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาภาวะซึมเศร้า คือ เฟอส์เทอร์ (Ferster) โดยอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม ในสถานการณ์

ต่าง ๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้ง ซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

2.4 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดยเบค และคณะ (Beck; et al. 1979) โดยรูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญามีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

จากแนวทางในการรักษาภาวะซึมเศร้าข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แนวทางการบำบัดทางปัญญา หรือการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ธรรมชาติของผู้เสพยา มักจะมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง มักมีความคิดฟุ้งฟิงยาเสพติด และมองตนเองในด้านลบ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งหากพวกเขาสามารถเรียนรู้กระบวนการในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งปัญหาภาวะซึมเศร้า และปัญหาเสพติดควบคู่กันไป ด้วย

2.2 กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า

เบค, รูช, ซอร์ และเอมเมอร์รี่ (Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; & Gary Emery. 1979: 337-339) ได้อธิบายเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มบำบัดดังต่อไปนี้ การบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยซึมเศร้ามีสิ่งที่ยืดหยุ่นหลายอย่าง เช่น ผู้บำบัด 1 คน ต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มประมาณ 4-6 คน แต่หากผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น จำเป็นต้องเพิ่มผู้บำบัด โดยผู้ป่วย 4-9 คน/ผู้บำบัด 2 คน ในด้านระยะเวลา ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 2 ชั่วโมง แต่ในด้านความถี่ไม่ได้มีรูปแบบที่กำหนดไว้ชัดเจนนัก โดย ซอร์ และฮอลลอน (Shaw and Hollon. 1978) ใช้ความถี่ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในขณะที่ รูชและวัตกินส์ (Rush and Watkins. 1978) ใช้ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งเบค, รูช, ซอร์ และเอมเมอร์รี่ (Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; & Gary Emery. 1979: 337-339) ได้เสนอว่า ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรอยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง – 1.30 ชั่วโมง ดีกว่า 2 ชั่วโมง

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าในการวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ไม่เกินกลุ่มละ 10 คน คัดเลือกโดยการสุ่มสุ่มใจ โดยระยะเวลาที่ใช้ครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง จำนวน 9 ครั้ง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการมีส่วนร่วมกับการฝึกหัดโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่าการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการมีส่วนร่วมกับการฝึกหัดโยคะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ดี ผลการลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมและมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ผลการลดภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มที่กลุ่มทดลองจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น

ชราพร สนิทภักดี (2545: 97 - 99) ได้วิจัยผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 12 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน แบบสำรวจคุณค่าแห่งตน และแบบสำรวจภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ขวัญจิต มหาภักดีคุณ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น โดยมีความเชื่อที่ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนและมีความคิดต่อตนเอง อนาคต และประสบการณ์ในชีวิตทางลบ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า (ระดับน้อยถึงปานกลาง) ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวความคิดการพูดกับตัวเองของเนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones. 1990) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นว่า การบำบัดภาวะซึมเศร้า มีแนวคิดและเทคนิคที่หลากหลาย โดยหากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง และตรงกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ภาวะซึมเศร้าที่มีจะลดลง

3. แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy)

แนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกการปรับพฤติกรรมโดยอาศัยแนวคิดดังกล่าวจึงเรียกว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification หรือ CBM) หรือบางคนเรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT)

(สมโภชน์, 2543: 307- 308) การปรับพฤติกรรมทางปัญญา Kazdin (1978 อ้างอิงจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่ง คือ การเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกนั้นเอง โดยที่นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรมภายนอก
2. กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
3. พฤติกรรมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

ปัญญา

ดังนั้น เป้าหมายของนักปรับพฤติกรรมทางปัญญา จึงยังคงอยู่ที่การเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญานั้นเอง (Mahoney. 1974; อ้างอิงจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308)

3.1 ประวัติและความเป็นมา

แนวคิดของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะมุ่งเน้นที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้นจะเน้นที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง เมเยอร์ และเกรดเฮด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308-310; อ้างอิงจาก Meyers; & Graighead. 1984) กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นน่าจะมาจาก 3 ปัจจัยใหญ่ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology)
2. ปัจจัยทางการควบคุมตนเอง (Self - Control) การควบคุมตนเองในขอบเขตของการปรับพฤติกรรมมาโดย สกินเนอร์ (Skinner) ซึ่งให้เห็นว่าคนเราใช้วิธีการควบคุมตนเองเช่นเดียวกับวิธีการควบคุมผู้อื่นได้มีให้นำเอากระบวนการทางปัญญามาใช้อธิบายกระบวนการควบคุมตนเอง
3. ปัจจัยทางด้านการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ได้มีนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ผู้นำในการบำบัดทางปัญญา คือ เอลลิส (Ellis) และเบค (Beck) ทั้งสองคนนี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยที่เอลลิส นั้นได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่าการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy หรือ RET) ซึ่งเขามีความเชื่อว่า พฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะว่าเราคิดอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผลนั่นเอง ส่วนเบคก็คล้าย ๆ กับเอลลิส ซึ่งเขามีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับจิตนั้น เป็นเพราะว่า บุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เช่นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล แต่งานของเบคต่างจาก เอลลิสตรงที่วิธีการบำบัดของเขาจะมุ่งที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวกับตนเอง

จากปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีการพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดพฤติกรรมมากมาย อีกทั้งยังได้มีการ

วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่ง มิลเลอร์และเบอร์แมน (Miller & Berman) ได้ทำการวิเคราะห์แบบเมตา (Meta-Analysis) ถึงประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา พบว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญาให้ผลดีกว่าการปรับพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าจะใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม

3.2 แนวคิดพื้นฐาน

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยมพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic) ผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้ คือ เอลลิส และ เบค กลุ่มต่อมา คือ กลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology) ผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ มาฮอนนี (Mahoney) และกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางการเรียนรู้ (Learning) ซึ่งผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้ คือ แบนดูราและไมเชินบาม (Bandura & Meichenbaum) เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 311) เทคนิคในการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีหลายเทคนิคตามพื้นฐานความรู้ของแต่ละกลุ่ม แต่ความรู้พื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน คือ ตัวแปรทางปัญญานั้นย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงตาม และในกลุ่มความรู้พื้นฐานที่แตกต่างกัน ต่างกำหนดตัวแปรทางปัญญาและหาวิธีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาที่ต่างกันตามพื้นฐานความรู้เดิมที่ตนเองมีอยู่

โดยตัวแปรทางปัญญาหรือพฤติกรรมทางปัญญานั้น ประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ ความรู้ ทศนคติ ค่านิยม ความคาดหวัง และอารมณ์และความรู้สึก ตัวแปรเหล่านี้ไม่สามารถที่จะรู้ได้จนกว่าจะมีการแสดงออก แต่พฤติกรรมที่แสดงออกอาจไม่ใช่สิ่งที่สะท้อนถึงตัวแปรทางปัญญาที่แท้จริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 311)

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543: 311 - 314) ได้เสนอขั้นตอนการดำเนินการปรับพฤติกรรมทางปัญญาดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินปัญญา (Assessing Cognitive) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ประเมินกระบวนการ และเนื้อหาของกระบวนการทางปัญญา
2. ประเมินว่ากระบวนการทางปัญญานั้นมีผล หรือทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นเกิดขึ้นและคงอยู่ได้อย่างไร
3. ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการและเนื้อหาของกระบวนการทางปัญญาหรือไม่

4. ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญานั้น ได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมหรือไม่

โดยกระบวนการประเมินปัญญามีหลายรูปแบบและที่นิยมได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ 2) การบันทึกด้วยตนเองโดยบันทึกสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และความคิดหรือความเชื่อ และอารมณ์หรือความรู้สึกที่แสดงออก 3) การใช้แบบรายงานตนเองโดยตรง เป็นการใช้แบบรายงานตนเองที่สร้างขึ้นในรูปแบบของประโยคที่พูดกับตนเองในปัญหาด้านต่าง ๆ 4) การใช้กระบวนการคิดต่าง ๆ โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดพูดสิ่งที่คิดออกมาดัง ๆ โดยผู้บำบัดจะจำลองสถานการณ์เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้คิด

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยแต่ละเทคนิคจะมีความแตกต่างกันออกไปและเหมาะสมที่จะใช้กับปัญหาที่แตกต่างกันออกไป

4. เทคนิคการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) โดยเบค (Beck) ค้นพบทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา และปฏิรูปวิธีการบำบัดจากเทคนิคของจิตวิเคราะห์ จากการต้องการพิสูจน์ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และได้ศึกษาวิจัยที่โรงเรียนแพทย์เยล (Yale Medicine School) โดยมีสมมติฐานว่าความผันของผู้ที่มีการซึมเศร้าจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับความโกรธและการแก้แค้น ซึ่งเป็นกลไกป้องกันตนเองที่ปกป้องอัตตาในระหว่างการนอนหลับ จากการศึกษาเขาค้นพบว่า ความผันของผู้ป่วยซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสูญเสีย ความว่างเปล่าและความล้มเหลว ซึ่งเบค พบว่า ปัญญา (Cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า และทัศนคติด้านลบ หรือที่เรียกว่า Cognitive triad (Robert L. Leahy. 1996) เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดย Cognitive triad เป็นการคิดการเข้าใจ 3 สิ่งผิดพลาด ได้แก่ มองตนเอง มองโลกและมองอนาคต ซึ่งการคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) และจากการศึกษา พบว่า โครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของผู้ป่วยนั้นมีลักษณะที่สม่ำเสมอ โดยมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะการบิดเบือนนั้นอาจจะมีหลายลักษณะดังต่อไปนี้ คือ การอ้างอิงตามใจชอบ การเลือกสรุปข้อมูล การแผ่ขยายความคิดเกินกว่าที่ควรจะเป็น การขยายความเกินกว่าเหตุ และการสรุปความมากเกินกว่าความเป็นจริง โดยลักษณะความคิดที่บิดเบือนเช่นนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้รูปแบบการบำบัดทางปัญญานี้เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดย Beck เชื่อว่า ความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น

บุคคลที่มีอาการซึมเศร้า เบคมองว่าเป็นบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบในทุกๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมองตัวของเขาเอง โลกของเขาเอง และอนาคตของเขาเอง บุคคลเหล่านี้จะมองในทางลบ

ทั้งสิ้น ยิ่งถ้าพวกเขามีอาการซึมเศร้ามากเท่าไร ความคิดเช่นนี้ก็จะครอบคลุมพวกเขามากขึ้นเท่านั้น โดยวิธีการบำบัดทางปัญญามุ่งเน้นในการเปลี่ยนสมมติฐานที่ผิด (faulty assumption) ของผู้ป่วย เปลี่ยนความเชื่อพื้นฐาน (basic belief) ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เปลี่ยนการเข้าใจที่ผิด (erroneous) หรือการทำงานทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional assumption) ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการหลีกเลี่ยงภาวะซึมเศร้าในอนาคต (Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; & Gary Emery. 1979: 244) ซึ่งจะสอนให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดดำเนินการดังต่อไปนี้ (Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; & Gary Emery. (1979: 4)

1. บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
2. สอนให้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม
3. ทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
4. ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ทดแทนความคิดที่บิดเบือน
5. เรียนรู้ที่จะแยกแยะและเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน

หัวใจของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในเทคนิค การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) คือ ความเชื่อว่าจิตใจของมนุษย์ไม่ได้เป็นเพียงฝ่ายรับจากสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ทางประสาทสัมผัสเพียงอย่างเดียว แต่แต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองตามการรับรู้โลกความจริงของพวกเขา (Michael Neenan; & Windy Dryden. 2004: 3; & citing Clark. 1995: 156. *Percived limitations of standard cognitive therapy*. Journal of Cognitive Psychotherapy.) การจะเข้าใจอารมณ์ของบุคคลเมื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ สิ่งที่สำคัญคือ การค้นหาความหมายที่พวกเขาสัมผัสต่อเหตุการณ์ในชีวิตเหล่านั้น ยกตัวอย่างเช่น บุคคลเชื่อว่าการแยกทางกับคนรักทำให้เขาไม่สามารถจะมีความสุขได้ หรือไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆด้วยตัวเองได้ จึงทำให้เขารู้สึกซึมเศร้า ในขณะที่บุคคลอื่นที่เผชิญปัญหาเดียวกัน กับรู้สึก ว่า เขารู้สึกดีขึ้นที่ได้ยุติความสัมพันธ์ที่ทำให้พวกเขาเหน็ดเหนื่อย ในขณะที่อีกคนกลับรู้สึกแยเมื่อนึกถึงพฤติกรรมของตนเองที่ทำให้คนรักแยกทาง ดังนั้นการจะเปลี่ยนความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการคิดของพวกเขา (Michael Neenan & Windy Dryden. 2004: 3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่ความคิดของผู้ป่วย เพื่อส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy: CT) มีพื้นฐานความคิดโดยการใช้รูปแบบการประมวลผลข้อมูล (information-processing model) โดยหากบุคคลใดมีความเครียด ความคิดของพวกเขาจะถดถอยและไม่ยืดหยุ่น การตัดสินใจมักใช้แบบเหมารวม และบุคคลนั้นจะมีความเชื่อเกี่ยวกับตัวตนและโลกที่ไม่เปลี่ยนแปลง (fixed) แต่หากบุคคลไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด พวกเขาจะสามารถรับข้อมูลและประเมินผลได้อย่างชัดเจนถูกต้อง เมื่อบุคคลรู้สึกเสียใจ เขาจะบิดเบือนข้อมูลโดยการใช้ความคิดอคติด้านลบ ทำให้ความคิดของพวกเขาไม่ยืดหยุ่นและเป็นความคิดแบบเหมารวม เช่น เขารู้สึกแยที่ไม่ได้ถูกเชิญไปงานเลี้ยง และเขาแปลความหมายของการไม่ได้ถูกเชิญไปงานเลี้ยงว่า เขาเป็นบุคคลที่ไม่น่าชื่นชอบ แทนที่เขาจะคิดเหตุผลอื่นๆ หรือเปิดใจยอมรับว่า คนเราสามารถเป็นบุคคลที่ไม่ชื่นชอบ

สำหรับผู้อื่นได้ กระบวนการคิดที่ผิดพลาด (processing errors) ที่ทำให้คนเรารู้สึกเศร้า (Michael Neenan; & Windy Dryden. 2004: 5) ได้แก่

- การคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง
- การด่วนสรุป
- การอ่านใจ โดยใช้ความคิดเกิดจากการเข้าใจที่ไม่กระจ่างและไม่มีหลักฐานอ้างอิง
- การตีตรา โดยการตัดสินใจคนจากพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
- การใช้เหตุผลทางอารมณ์ โดยใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ

การจะสอนผู้ป่วยให้แยกแยะความคิดที่ผิดพลาดของตนเองนั้น จะต้องใช้วิธีให้เขาหาหลักฐานหรือข้อมูลอ้างอิงให้มากขึ้น

4.1 ลักษณะสำคัญของความคิดอัตโนมัติ

ความคิดอัตโนมัติ เป็นการคิดที่เราพูดหรือแสดงออกมาให้เห็นได้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ไม่ได้เกิดจากการเพ่งพินิจหรือพิจารณา หรือตั้งใจคิดออกมา คิดอย่างไรก็พูดไปอย่างนั้นเลย ซึ่งคนส่วนใหญ่จะไม่ทราบหรือไม่ตระหนักถึงความคิดเหล่านั้น แต่เรามักจะตระหนักหรือรับทราบถึงอารมณ์ที่เป็นผลตามมาของความคิดอัตโนมัติมากกว่าจะตระหนักในตัวความคิดอัตโนมัติเอง แต่ถ้าเราเรียนรู้ที่จะเข้าใจและเข้าถึงความคิดเหล่านั้นเราก็จะสามารถตระหนัก (conscious) ในความคิดเหล่านั้นได้ และอาจจะทำให้เราสามารถตรวจสอบความคิดเหล่านั้นว่าถูกต้องกับความเป็นจริงหรือไม่ โดยการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นการค้นหาคำความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะทำหน้าที่ต่อไปได้ (dysfunctional) เป็นความคิดที่ทำให้อารมณ์ไม่สบายใจและเป็นความคิดที่ไปขัดขวางความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ และสอนให้ผู้ป่วยรู้จักประเมินความคิดของตนเองเป็นการประเมินแบบรู้ตัว และมีโครงสร้างที่แน่นอน โดยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักประเมินความคิดของตนเองโดยเฉพาะที่เกิดในขณะที่ตนเองรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งความคิดอัตโนมัติมีรูปแบบดังนี้

1. เป็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง แม้ว่าจะมีหลักฐานมายืนยันว่าไม่ได้เป็นไปอย่างนั้นก็ตาม
2. เป็นความคิดที่ถูกต้อง แต่พอสรุปผู้ป่วยกลับสรุปอย่างบิดเบือน ยกตัวอย่างเช่น “ฉันไม่ได้ทำในสิ่งที่ฉันตั้งใจจะทำ” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ถูกต้อง แต่พอสรุปผู้ป่วยกลับสรุปว่า “เพราะฉะนั้นฉันจึงเป็นคนเลว”
3. เป็นความคิดที่ถูกต้องแต่เวลาเลือกเอาไปใช้กลับเอาไปใช้แล้วทำหน้าที่ได้ไม่ดีหรือกลับเป็นโทษ จึงต้องเน้นในเรื่องการมีประโยชน์หรือไม่หากยังคิดอย่างนั้นอีกต่อไป

4.2 โครงสร้างของกระบวนการบำบัดทางปัญญา

สุชาติ พหลภาคย์ (มปป: 8-20) ได้ทำการแปลและเรียบเรียงเกี่ยวกับ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) และให้รายละเอียดถึงโครงสร้างของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) ซึ่งในกระบวนการบำบัดในแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างที่ชัดเจน คือ

1. การสรุปสิ่งที่ได้กระทำกันเมื่อล่าสุด ได้แก่ การตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย
2. การเชื่อมโยงระหว่างการบำบัดครั้งที่แล้วกับการบำบัดครั้งปัจจุบัน และการตั้งเป้าหมาย (agenda)
3. การตรวจการบ้าน
4. การอภิปรายกันเกี่ยวกับตัวเรื่อง

5. การสร้างการบ้าน

6. การสรุปและการสะท้อนกลับ (feedback)

แต่เนื่องจากการพบกันแต่ละครั้งจะมีความเฉพาะเจาะจงที่ต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น โครงสร้างของชั่วโมงการรักษาชั่วโมงแรก (Structure of the first therapy session) และโครงสร้างของ ชั่วโมงการรักษาครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

โครงสร้างของชั่วโมงการรักษาชั่วโมงแรก (Structure of the first therapy session) จะประกอบด้วยโครงสร้างหลักต่อไปนี้

1. การตั้งวาระในการพูดคุย (agenda) ซึ่งจะเป็นการบอกหลักการสั้นๆ ตั้งคำถามว่าจะพูดเรื่องอะไรบ้าง เป็นต้นว่า เริ่มแรกผู้บำบัดจะตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย อะไรที่ทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยได้พบกัน ผู้ป่วยคาดหวังอะไรจากการรักษา และการอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดว่าคืออะไร มีกระบวนการอย่างไร จะตกลงกันว่าผู้ป่วยจะต้องทำการบ้าน และตอนจบแต่ละครั้งผู้บำบัดจะสรุปและขอให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิด ความรู้สึกกลับ
2. ตรวจสอบสภาพอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจจะรายงานสภาพอารมณ์เป็นรายสัปดาห์ ซึ่งผู้บำบัดอาจจะใช้แบบสอบถามอารมณ์ช่วยในการทำความเข้าใจด้วยก็ได้ และในบางคำถามที่สนใจเป็นพิเศษอาจให้ผู้ป่วยเขียนกราฟแสดงความรู้สึก เช่น ข้อคำถามที่บอกถึงความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย
3. การทบทวนสิ่งที่เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยพบผู้บำบัดและตรวจสอบว่าล่าสุดเป็นอย่างไร
4. ค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมาย โดยผู้บำบัดทบทวนอย่างสั้นๆ เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษา จากนั้นก็จะช่วยกันค้นหาว่าปัญหาที่เฉพาะเจาะจงคืออะไร แล้วแปลงปัญหาเป็นเป้าหมายที่จะต้องช่วยกันแก้ โดยที่ผู้บำบัดจะต้องคอยสรุปเป็นช่วงๆ และคำพูดที่มักจะใช้ในการค้นหาเป้าหมายและตั้งเป้าหมาย คือ

“ฉันเข้าใจว่าคุณทั้งเศร้าและกังวลมาหลายเดือนแล้ว แต่ดูเหมือนความเศร้าจะมากกว่าความกังวล”

“มีเรื่องอะไรที่สำคัญเกิดขึ้นในช่วงนั้นซึ่ง ฉันในฐานะผู้รักษาจะต้องทราบ โปรดเล่า รายละเอียดให้ฟังหน่อยค่ะ”

“คุณรู้สึกอยากทำร้ายตนเองบ้างไหม”

“คุณคาดหวังอะไรจากการรักษา”

“คุณต้องการให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง”

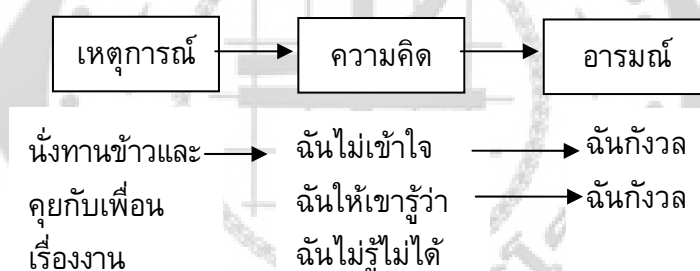
“ถ้าได้สิ่งนั้นมา อะไรจะเกิดขึ้น”

“เราจะเขียนเป้าหมายเหล่านั้นลงไป ในสมุดได้ไหมคะ”

“เอาละนะ เป้าหมายที่ 1 เป้าหมายที่ 2..... เป้าหมายที่ 3

“เป้าหมายรวมๆ คืออะไร”

5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางความคิด (Cognitive model) ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด คือ สอนให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเอง ขั้นแรกจึงต้องทราบว่าผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง แล้วก็แก้ความเข้าใจให้ถูกต้อง เราจะให้ความรู้เกี่ยวกับ Cognitive model โดยสอนให้รู้ว่า การคิดของผู้ป่วยจะส่งผลต่อความรู้สึก ให้นำตัวอย่างประวัติของผู้ป่วยมาเขียนเป็นภาพดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการบำบัดทางความคิด

จากนั้นขอให้ผู้ป่วยเขียนตารางภาพนี้ด้วยตนเอง เขียนในสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติมีได้หลากหลายแบบ

6. ค้นหาว่าผู้ป่วยสร้างความคาดหวังจากการรักษาอย่างไรบ้าง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาแบบนี้จะเป็นระเบียบและเป็นเหตุเป็นผล วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น เพราะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น แก้ปัญหาได้ดีขึ้นและยังสามารถเรียนรู้ที่จะใช้วิธีนี้เพื่อทำให้ตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องรับผิดชอบเพื่อทำให้การรักษามีความคืบหน้า ซึ่งผู้บำบัดจะบอกผู้ป่วยว่าการรักษาจะใช้เวลาานเท่าไร

7. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ตัวอย่างคำพูดที่ควรใช้คือ “คุณคงซึมเศร้ามานานประมาณ 1 ปี และมีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์มานาน” ผู้บำบัดควรอธิบายรายละเอียดสั้นๆ เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถอ้างว่าปัญหาบางอย่างเกิดจากโรค ตัวอย่างเช่น “อารมณ์เศร้า”

ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ตนเอง มองโลกและมองอนาคต อารมณ์เศร้าส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร การนอนหลับ ความต้องการทางเพศ” เป็นต้น

8. ตั้งการบ้าน โดยตัวอย่าง เช่น

- ให้เขียนว่าวัตถุประสงคืมีอะไรบ้าง โดยเขียนเป็นข้อๆ
- ถ้าอารมณ์ดีขึ้น ให้ถามตนเองว่าอะไรเข้ามามีจิตใจตอนนั้น และให้จดความคิดที่ตามมา ให้เตือนตนเองว่าความคิดนี้อาจจะถูกหรือไม่ถูกก็ได้
- เตือนตนเองว่าตอนนี้เศร้า ไม่ใช่ขี้เกียจ เราเศร้าจึงทำให้ยากไปหมด”
- คิดว่าสัปดาห์หน้าฉันต้องการจะพูดเรื่องอะไร
- ไปออกกำลังกายสัปดาห์ละ 6 ครั้ง

ซึ่งคำว่า การบ้านอาจใช้คำว่า “กิจกรรมช่วยเหลือตนเอง” โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายเอง โดยเป้าหมายคือ ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยรู้สึกทำได้และ/หรือมีความสุข

9. สรุป โดยสรุปสาระสำคัญของการคุยกัน

10. ให้ผู้ป่วยสะท้อนกลับ และสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ เพื่อให้ทราบถึงผู้ป่วยรับข้อมูลจากผู้บำบัดไปมากหรือน้อย ถ้ามีการเข้าใจผิดต้องมีการทำความเข้าใจใหม่ และสอบถามถึงสิ่งที่ยังคงรบกวนจิตใจของผู้ป่วยอยู่ เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดและให้โอกาสผู้ป่วยสรุป นอกจากการสะท้อนกลับทางวาจาแล้ว ผู้บำบัดอาจขอให้ผู้ป่วยเขียนรายงานผลของการรักษา ดังต่อไปนี้

รายงานผลการรักษา

- ในวันนี้คุณพูดอะไรที่สำคัญออกไปบ้างและเป็นสิ่งที่ควรจดจำ
- คุณรู้สึกว่าคุณไว้วางใจผู้บำบัดได้มากแค่ไหน
- มีอะไรมารบกวนจิตใจคุณในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาไหม ถ้ามี มันมีอะไรบ้าง
- คุณได้ทำการบ้านมากแค่ไหน ก่อนที่จะมาพบกันวันนี้ คุณจะทำการบ้านใหม่ไหม
- คุณตั้งใจจะพูดเรื่องอะไรในคราวหน้า

ดังนั้นในการพบกันครั้งแรกจึงการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคิดรวบยอด และพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการและเกี่ยวกับโครงสร้างของ cognitive therapy การให้ความรู้เกี่ยวกับ cognitive therapy การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ cognitive model และเกี่ยวกับโรค ให้ความหวังแก่ผู้ป่วย

โครงสร้างของชั่วโมงการรักษาคั้งที่ 2 และครั้งต่อ ๆ ไป ซึ่งจะมีรูปแบบเหมือนกัน โดยมีวาระในการพูดคุย (agenda) ดังต่อไปนี้

1. พูดสรุปสั้นๆเกี่ยวกับสิ่งที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งล่าสุด และตรวจสอบอารมณ์ ซึ่งจะตรวจสอบเพียงสั้นๆ เป็นวิธีการหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงความหวังโยของผู้บำบัดและเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วย

2. เชื่อมโยงเกี่ยวกับการพบกันก่อนหน้านี้ เพื่อจะตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้คิดและได้เข้าใจในการบำบัดครั้งก่อนว่าอย่างไรบ้าง โดยคำถามที่มักใช้ คือ “ครั้งก่อนเราได้คุยอะไรกันไว้บ้าง”, “คุณได้เรียนรู้

อะไรบ้าง” ,“ในสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณเป็นอย่างไรบ้าง”, “หลังจากที่เราคุยกันแล้วอารมณ์ของคุณเป็นอย่างไร”, “เมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ก่อนๆมีอะไรเกิดขึ้นบ้างใหม่ที่มีความสำคัญที่เราจะต้องพูดคุยกัน”

3. กำหนดวาระการพูดคุย (agenda) โดยทั่วไปในการบำบัดแรกๆผู้บำบัดจะเป็นผู้กำหนด แต่หลังจากนั้นจะมอบความรับผิดชอบให้ผู้ป่วย ซึ่งในตอนแรกๆผู้ป่วยไม่สามารถตระหนักได้ว่าอะไรที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าอะไรบ้างที่จะนำมาพูดคุย ซึ่งผู้บำบัดจะต้องนำปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไขมาพูดคุย

4. ทบทวนการบ้าน โดยการบ้านที่มอบให้ผู้ป่วนั้นจะต้องให้ผู้ป่วยจับความคิดอัตโนมัติของตนเองให้ได้ หรือความคิดที่เกิดขึ้นทันทีในขณะที่อารมณ์ได้เปลี่ยนไป ซึ่งผู้บำบัดจะบอกให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าจะพูดคุยกันทุกครั้งเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ

5. อภิปรายเกี่ยวกับรายละเอียดของการคุยกันครั้งนี้ (agenda) และตั้งการบ้านใหม่ พร้อมทั้งสรุปเป็นช่วงๆ โดยเริ่มจากการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการพูดคุยเรื่องอะไรก่อน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระตือรือร้น นำเรื่องที่ผู้ป่วยเล่ามาเป็นเป้าหมายในการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้รูปแบบการบำบัดทางปัญญา สอนให้ผู้ป่วยหาความคิดอัตโนมัติ คำพูดที่มักจะใช้ ได้แก่

“เออละ เรามาดูสิ่งที่เราจะพูดคุยกันวันนี้คุณคิดว่าเราควรจะเริ่มต้นกันเรื่องอะไรดี”

“เออละนะ ลองนึกทบทวนดูนะ ขณะที่คุณลงบันไดในจิตใจของคุณในขณะนั้นเป็นอย่างไรบ้าง”

“เออละนะเราได้พูดคุยกันว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาเมื่อคุณอ่านหนังสือคุณก็เกิดความคิดว่าคุณทำได้ไม่ดี แล้วอะไรอีก”

“เออละนะตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”

6. สรุปตอนจบและให้สะท้อนกลับ โดยผู้บำบัดจะไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดทางลบ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นมาอีก ในการสรุปก่อนที่จะจบการบำบัดในแต่ละครั้ง จะสรุปว่าได้พูดคุยเรื่องหลักๆอะไรบ้างและให้ผู้ป่วยช่วยสรุป

โดยในการบำบัดครั้งแรกๆ จะเน้นเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย และเมื่อการรักษาดำเนินต่อไปจะพ่วงลงกับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่อยู่ข้างใต้ โดยการเปลี่ยนแปลงอย่างที่สองคือ การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรม ซึ่งในการบำบัดครั้งแรกๆ การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมจะทำได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อรักษาผ่านไปการเน้นให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยการชวนให้ผู้ป่วยทดสอบความคิดหรือความเชื่อของตัวเองบางอย่างและเป็นการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะใหม่ๆเกิดขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นในการปรับเปลี่ยนที่กระบวนการคิด โดยเริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจต่อกระบวนการคิดแบบ cognitive model และกระบวนการบำบัดซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าให้ดีขึ้น โดยการใช้รูปแบบโครงสร้างการบำบัดรักษาข้างต้นเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยครั้งนี้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

สุบิน สมิน้อย (2550) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2550 จำนวน 10 คน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล-อารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และวิเคราะห์ตนเองตามกระบวนการ ABCDE เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถยอมรับตนเองได้และนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้นได้

วรภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 ครั้ง จำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมตามปกติของโรงพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 5 คน โดยมีการวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เพื่อประเมินเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ผลการวิจัยพบดังนี้

1. ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในระยะหลังการทดลองลดลงไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

เพ็ญศรี วงศ์แก้ว (2547) ศึกษาผลการปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีรักษา ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2546-กุมภาพันธ์ 2547 กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลตามแนวคิด REBT 10 ครั้ง จำนวน 10 คน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 และระดับ

คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

นอกจากนี้ ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 20 คน โดยดำเนินกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง โดยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา โดยการใช้คำถามกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังงานอำนาจอำนาจด้วยตัวเอง โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ รวมทั้งสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ 3) การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ 4) การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ จนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี นัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญาภาวะซึมเศร้าของเบ็ค, รูช, ชอว์, และเอ็มเมอร์รี่ (Beck, Rush, Shaw, & Emery. 1979) โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญานั้นที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล

จากงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวนี้ มีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง โดยความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างเห็นได้ชัดและเป็นเหตุเป็นผลกัน ดังนั้นถ้าบุคคลปรับลักษณะใดลักษณะหนึ่งเปลี่ยนไป ก็จะทำให้ลักษณะอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย

6. สถานภาพยาเสพติดและการบำบัดรักษา

6.1 สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย

จากข้อมูลของสำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2552: 1 - 2) ได้สรุปสถานการณ์ปัญหาเสพติดในปี 2552 ว่ายังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสามารถสรุปจำนวนสถิติที่ผ่านมาและแนวโน้มปี 2553 ได้ตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 แสดงสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย

จำนวนในแต่ละปี	2550	2551	2552 (1 ม.ค. – ส.ค.)	ประมาณการ	
				2553	2554
ผู้เสพยาเสพติด	575,312	605,095			
ผู้ต้องหา	117,071	150,160	59,121	190,000	260,000
ผู้เข้ารับการบำบัด	59,691	84,841	42,127	95,000	120,000

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2552: 1-2)

ในช่วงปี 2553 คาดว่าสถานการณ์ปัญหาเสพติดจะยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหามีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งทางเศรษฐกิจ และการเมือง โดยปัญหาที่ต้องให้ความสนใจในปี 2553 คือ

1. ตัวยาสเสพติด ยาบ้า ยังคงเป็นตัวยาลึกที่ต้องเฝ้าระวัง รองลงมาเป็นกัญชา และสารระเหย นอกจากนี้ยังคงต้องเฝ้าระวังการค้าและแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่ม Club Drugs โดยเฉพาะไอซ์ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจาก มีแหล่งผลิตกระจายอยู่ในหลายประเทศในภูมิภาคนี้ เช่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย พิจิ และกัมพูชา รวมทั้งในพื้นที่รัฐฉาน ประเทศพม่า ทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดของไอซ์ในประเทศไทยเป็นปัญหาที่หลีกเลี่ยงได้ยาก

2. กลุ่มการค้า นอกจากกลุ่มนักค้ารายสำคัญ ที่กลับมาเคลื่อนไหวทำการค้ายาเสพติดแล้ว ยังมีนักค้าชาวต่างชาติ ทั้งนักค้าชาวลาว พม่า กัมพูชา มาเลเซีย และเครือข่ายชาวแอฟริกัน ประกอบด้วยชาวแอฟริกันตะวันตกหลายสัญชาติ โดยมีชาวไนจีเรียเป็นตัวละครสำคัญ ที่เข้ามามีบทบาทลักลอบค้ายาเสพติดมากขึ้น ที่ยังคงต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด

3. กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ถือเป็นกลุ่มหลักที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ซึ่งทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสนใจในการติดตามเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ กลุ่มที่มีเพื่อนที่มีพฤติกรรมติ่ม-เสพ/กลุ่มที่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นประจำ/กลุ่มที่มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด/กลุ่มว่างงาน/กลุ่มติดพนันบอล/กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ/กลุ่มที่มีความเครียด/กลุ่มเยาวชนที่พ้นโทษ/กลุ่มเด็กเร่ร่อน กลุ่มแก๊งค์มอเตอร์ไซด์ซึ่ง

4. พื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวัง คือ พื้นที่ลุ่มลอบน้ำเขายาเสพติดหลัก 15 อำเภอ 8 จังหวัด พื้นที่คำ และแพร่บาดยาเสพติดยังคงเป็นพื้นที่ในภาคกลาง กทม. พื้นที่ อ.เมือง ของจังหวัดใหญ่ๆ และพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ที่สำคัญมี 29 จังหวัด ได้แก่ กทม. เชียงใหม่ เชียงราย กำแพงเพชร พิษณุโลก นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ นครราชสีมา ขอนแก่น หนองคาย อุบลราชธานี ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี ปราจีนบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ นครปฐม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ภูเก็ต กระบี่ และสงขลา

จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้ทราบว่าสถานการณ์ยาเสพติดในปี 2553 ยังคงมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของผู้ต้องหาและผู้เข้ารับการบำบัด โดยเฉพาะสารเสพติดยาบ้า ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ ซึ่งรวมถึงจังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

6.2 สถิติผู้ป่วยยาเสพติด

สถานการณ์การเข้ารับการบำบัดรักษาตั้งแต่ปี 2549 - 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด จากประมาณ 5 หมื่นคน ในปี 2549 เป็นประมาณ 9 หมื่นคน ในปี 2551 และคาดการณ์ว่าในปี 2553 จะมีจำนวน 120,000 คน ในจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด โดยการเข้ามาสู่กระบวนการบำบัดรักษา มาจาก 3 ระบบใหญ่ๆ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้เข้ามารับบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด มีถึงประมาณ 3 ใน 5 ขณะที่เข้ามาโดยการสมัครใจ มีประมาณ 1 ใน 4 และจากกลุ่มผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรก พบว่า กลุ่มหลักเป็นอายุ 15 - 19 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และ 25 - 29 ปี เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษาจะประกอบอาชีพรับจ้างเป็นหลัก ประมาณร้อยละ 40 รองลงมาคือ กลุ่มว่างงาน ร้อยละ 23 และเกษตรกร ร้อยละ 10 ในส่วนกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา มีประมาณ ร้อยละ 7-8 และมีแนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น (สำนักยุทธศาสตร์ ปปส. 2552: 16 - 19) และสามารถจำแนกตามยาเสพติดที่ใช้ได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงสัดส่วนการผู้เข้าบำบัดรักษา จำแนกตามชนิดยาเสพติด

ชนิดของยาเสพติด	ปี 2549	ปี 2551	ปี 2551
ยาบ้า	78.9	80.2	84.5
เฮโรอีน	1.2	0.9	0.5
กัญชา	10.2	9.9	6.9
สารระเหย	5.0	4.3	4.1
Club drug	0.9	1.1	1
กระท่อม	1.3	1.4	1.1
ฝิ่น	1.6	1.4	1.5
อื่นๆ	0.9	0.8	0.4

ที่มา: สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2552: 19)

จากตาราง 2 พบว่า ยาเสพติดที่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ ยาบ้า รองลงมา คือ กัญชา และสารระเหย ตามลำดับ

6.3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ตามที่กรมการแพทย์ได้กำหนดการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกติดยาเสพติดได้ และกลับคืนสู่สังคม ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข มีขั้นตอนทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ (ไพรัช บวรสมพงษ์. 2542; อ้างอิงจาก ลำชา ลักษณภิชนชัช. ม.ป.ป.)

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยอมรับว่าตนเองจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตน โดยจะต้องทำความเข้าใจและยอมรับที่จะเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง และนอกจากตัวผู้ป่วยแล้วจะต้องเตรียมความพร้อมครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนนี้จะแล้วเสร็จภายใน 1-7 วัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สัมภาษณ์ สอบประวัติส่วนตัวในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการก่ออาชญากรรม เป็นขั้นตอนที่ทำความรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย โดยศึกษาจากประวัติผู้ป่วยและจากครอบครัวหรือญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ตรวจร่างกาย ดูสภาพร่างกายว่าทรุดโทรมมากน้อยแค่ไหน มีโรคแทรกซ้อนอะไรบ้าง ตรวจสภาพจิตว่าปกติดีหรือมีอาการทางจิต บุคลิกภาพเป็นแบบใด

1.3 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ

1.4 วิเคราะห์ปัญหา เพื่อวางแผนช่วยเหลือ เมื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ป่วย เพียงพอ และเป็นที่น่าเชื่อถือได้แล้ว ต้องนำข้อเท็จจริงนั้นมาวินิจฉัย แยกแยะเป็นเรื่องราวไปวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา การวิเคราะห์ทำให้ทราบจุดอ่อนของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรแล้วจึงวางแผนการให้ความช่วยเหลือต่อไป ประเภทของปัญหาอาจแบ่งได้ดังนี้

- ปัญหาสังคม
- ปัญหาเศรษฐกิจ
- ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ
- ปัญหาความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
- ปัญหาขาดความร่วมมือของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา
- ปัญหาบุคลิกภาพ

1.5 ให้คำแนะนำกับครอบครัว

1.6 แนะนำประโยชน์ที่จะได้ในการบำบัดรักษา

1.7 อธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการในการบำบัดรักษา

2. ขั้นตอนถอนพิษ ขั้นตอนนี้เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เป็นการถอนพิษ เพราะเป็นการบำบัดอาการอยากยา หรืออาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระยะนี้ไปได้โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ทรมาณเกินไป สามารถงดหรือหยุดการใช้ยาเสพติด และสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่พึ่งยาเสพติดต่อไปอีก ซึ่งการถอนพิษ จะมุ่งเน้นบำบัดรักษาอาการวิตกกังวล อาการหลอนประสาท และที่สำคัญ คือ อาการชัก และอาการคลื่นคลั่ง

3. ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาขั้นนี้ถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรมเป็นหลัก จุดประสงค์ในขั้นนี้คือ การป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานกว่าที่จะเห็นผลที่แท้จริง และยากที่สุดในกระบวนการรักษา ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้นานเท่าไร โอกาสติดซ้ำก็น้อยลง โดยทั่วไปถ้าพ้น 3 เดือน การติดซ้ำจะน้อยลง แต่ถ้ามากกว่า 1 ปี ผลการรักษาจะดีขึ้นอีก

การรักษาในขั้นนี้จะใช้จิตบำบัด ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล อาชีวบำบัด ครอบครัวบำบัด การแก้ไขสภาพแวดล้อม และปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ใช้กระบวนการไปพร้อมๆกัน โดยขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยเป็นรายๆไป ซึ่งศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดได้ให้การบำบัดรักษาด้วยการดัดแปลงโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) และชุมชนบำบัด มาประยุกต์ให้เป็นการบำบัดรักษาแบบใหม่ที่เข้ากับปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และเหมาะสมกับสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นและให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยอาศัยสิ่งแวดล้อมหรือชุมชนซึ่งเป็นชุมชนจำลอง ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักที่จะสำรวจตนเอง เรียนรู้ในการเผชิญกับปัญหา ฝึกทักษะในการยอมรับ

กฎเกณฑ์ทางสังคม และฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ขอนแก่น ใช้ระยะเวลาในการขึ้นนี้ 4 เดือน

4. ขั้นการติดตามหลังการบำบัดรักษา เป็นขั้นตอนสุดท้ายและสำคัญ ซึ่งจะติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจ ติดตามการรักษาและที่สำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตามผล 1 ปี ซึ่งในการติดตามผลหลังการรักษา สามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

4.1 วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจสอบสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง มีหลายแบบ เช่น

- นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด
- ไปพบผู้ป่วยที่บ้าน
- นัดพบกันครั้งทาง เช่น ตามศูนย์กลางคำ วัด เป็นต้น
- นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน ซึ่งจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะเป็นเวลาทำงานและ

ผู้ป่วยอาจไม่ยอมให้เพื่อนร่วมงานรู้

4.2 วิธีโดยอ้อม เช่น การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านทางบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ เป็นวิธีที่ไม่เสียเวลา แต่อาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งจะทำให้การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

6.4 โครงสร้างของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL)

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่นมีรูปแบบการรักษาโดยใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ซึ่งมีองค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูเข้มข้นทางสายใหม่ ประกอบไปด้วย (สถาบันธัญญารักษ์. 2546: 3-31)

1. ครอบครัว (F = Family)

โดยการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะประกอบไปด้วย

1.1 การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของวัยรุ่น วิธีการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น การทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด การทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้เรื่องยาเสพติดและสมองติดยา ความรู้เรื่องเส้นทางสู่การเลิกยา ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ

1.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ได้แก่ การเตรียมครอบครัว ทั้งในด้านการดูแลขณะบำบัดรักษาและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว

1.3 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

2. กิจกรรมทางเลือกการบำบัดรักษา (A=Alternative Treatment Activity)

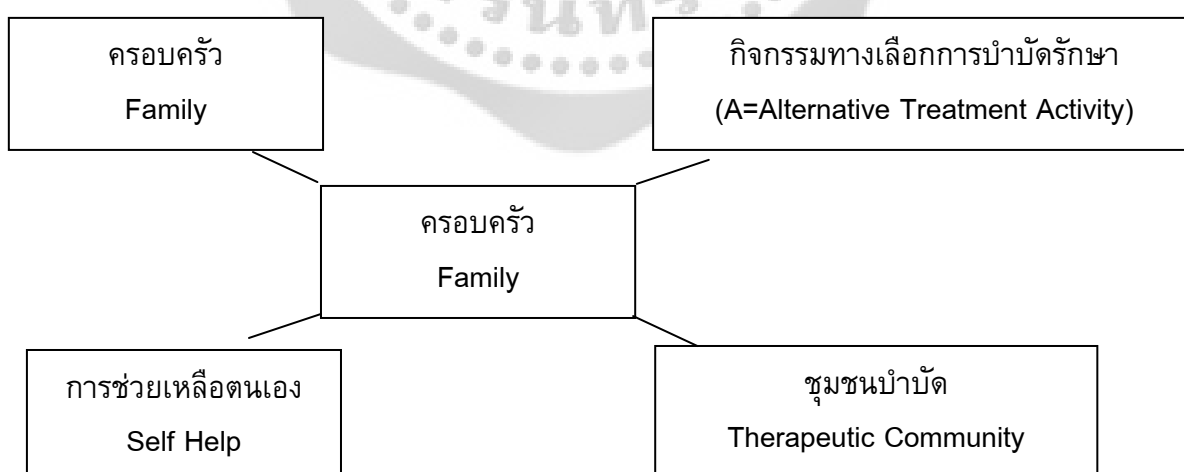
โดยการใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย เช่น ชมรมที่ฉันสนใจ กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต อาทิจ การฝึกอาชีพ การบำเพ็ญประโยชน์

3. การช่วยเหลือตนเอง (Self Help)

ใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม สามารถมีพลังจิตอย่างเข้มแข็ง โดยปรับสภาพทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก และการสร้างสัมพันธภาพจนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขและปลอดภัยเสถียร ซึ่งจะใช้เทคนิคต่างๆดังต่อไปนี้ การบันทึกและรายงาน การสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมายชีวิต การใช้ทักษะปฏิเสธ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร การสร้างวินัยในตนเอง และการเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดยา/ยาเสพติดนิรนาม

4. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

โดยการใช้กระบวนการชุมชนบำบัดในการสร้างคุณค่าทางสังคมต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการปรับพฤติกรรม การเรียนรู้ทางสังคม จากองค์ประกอบ ทั้ง 4 ส่วน สามารถแสดงเป็นภาพประกอบของโครงสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ดังนี้



ภาพประกอบ 4 แสดงโครงสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL)

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 4 ส่วนที่กล่าวมาแล้ว การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ยังต้องมีเครื่องมือของบ้าน และกฎระเบียบ การให้รางวัลและการลงโทษ เพื่อใช้ในการควบคุมและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะประกอบไปด้วย

1. กลุ่มช่วยเพื่อช่วยตนเอง (Help to self help)
2. การช่วยเหลือโดยใช้อิทธิพลกลุ่ม (Peer pressure)
3. กระบวนการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Re-Shape behavior)

ได้แก่ การพูดคุย (Talk to) การบอกข้อบกพร่องต่อหน้า (Pull up) การให้คำแนะนำ (Hair cut) การให้นั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective chair) การทำงานใช้ความคิด

4. กลุ่มบำบัด (Group therapy) ซึ่งจะนำแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มจิตวิญญาณ กลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดของตารางกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำเสนอในส่วนของภาคผนวก

5. การให้คำปรึกษารายบุคคล

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วย ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่นนั้น มีการบูรณาการองค์ความรู้ โดยการใช้รูปแบบ FAST MODEL เป็นหลัก และได้เพิ่มกิจกรรมทางเลือก และกลุ่มบำบัดต่างๆ เพื่อสามารถช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยแต่ละรายได้ตรงกับสภาพปัญหาจริง ที่มุ่งเน้นการบำบัดทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม เพื่อให้พวกเขาสามารถเกิดการเรียนรู้ในการช่วยตนเอง ไม่ให้กลับไปซ้ำยาเสพติดอีก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลหลังการสิ้นสุด 1 สัปดาห์ โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง
3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 จำนวนประมาณ 41 คน และมีคุณลักษณะตามที่เกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง คือ ผู้ป่วยจะต้องมีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าระดับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (I.Q. > 79 ขึ้นไป) จากการประเมินระดับสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM) และในเฉพาะผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดระยะหายมีระดับการรู้คิดในระดับปกติ คือ ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน จากการประเมินโดยแบบวัด Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version เนื่องจากในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะเน้นในส่วนของการกระบวนความคิด
2. ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและไม่ปรากฏอาการทางจิต
3. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า เพื่อขจัดตัวแปรแทรกซ้อนจากการใช้ยาในการลดภาวะซึมเศร้า
4. อ่านออกเขียนได้
5. หยุดการเสพยาเสพติดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากอาการอยากยา (craving) และอาการถอนพิษยาเสพติด (withdrawal) เนื่องจากอาการดังกล่าวจะหมดฤทธิ์ภายใน 4 สัปดาห์ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจึงไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

6. มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 - 19 คะแนน คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงและระดับปานกลาง จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory)

7. มีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยได้คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไปจากแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยข้อมูลจากข้อ 1- 5 นั้น ผู้วิจัยได้จากการศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วย และในข้อ 6,7 นั้น ได้จากการประเมินตนเองของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงใช้การคัดเลือกเข้ากลุ่มแบบจับคู่คะแนน (The Matching Control Group design) โดยกลุ่มในการบำบัดทางปัญญามีขนาดเล็ก ตั้งแต่ 3-15 คน เพื่อให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเป็นอิสระโดยทั่วกัน และทำให้ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมในกลุ่มบังเกิดผลดีที่สุด (อัญชลี จันตรแก้ว. 2546: 51; อ้างอิงจาก Beck et al., 1979; Ottaway, 1966; Yalom, 1995) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 7 คน รวม 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 8 คน รวม 16 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง

ตัวแปรในการทดลอง

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า
3. ตัวแปรแบ่งประเภท ได้แก่ เพศ

แผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการแบ่งกลุ่มดังต่อไปนี้

ตาราง 3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

		โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า		รวม
		กลุ่มทดลอง (เข้าร่วมโปรแกรม)	กลุ่มควบคุม (ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรม)	
เพศ	ชาย	7 [A]	7 [B]	14
	หญิง	8 [C]	8 [D]	16
รวม		15	15	30

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและใช้สถานที่ในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ขั้นแรกศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อคัดผู้ที่มีเชาว์ปัญญาบกพร่อง หรือมีประวัติเคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตหรือมีอาการทางจิต หรือผู้ป่วยที่ยังคงได้รับยาต้านเศร้าออกจากกลุ่มประชากร

ขั้นที่สอง ทำการประเมินผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกจากขั้นแรก โดยจะต้องเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินรูปแบบการคิดที่บิดเบือน

ขั้นที่สาม คัดเลือกผู้ป่วยจากขั้นที่สองที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 10-19 คะแนน และมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ซึ่งหลังจากคัดเลือกประชากรทั้งหมดจำนวน 41 คน แบ่งเป็นเพศชาย 20 คน หญิง 21 คน

1.3 ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบวัตถุประสงค์ และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการให้ผู้ป่วยเป็นคนอาสาสมัครในการร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรูปแบบในการทำวิจัย คือ ในการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องมีการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทำในแต่ละครั้ง จึงขออาสาสมัครผู้ป่วยที่พร้อมจะรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย

1.4 หลังจากได้รายชื่อผู้ที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยแล้ว นำรายชื่อดังกล่าวมาจับคู่เพื่อให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันทั้งในด้านคะแนนภาวะซึมเศร้า และระดับสติปัญญา และทำการจับฉลาก

แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศชายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 7 คน และเพศหญิงกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 8 คน จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 30 คน

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และแนะนำตนเองอีกครั้ง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ในการร่วมโปรแกรมฯ พร้อมทั้งรายละเอียดและขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เนื่องจากหากผู้ป่วยเข้าใจและเห็นประโยชน์ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและเกิดความร่วมมือในการทำร่วมโปรแกรม

2.2 ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมในการบำบัด โดยไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก โดยผู้วิจัยกำหนดการเข้าร่วมกลุ่มในทุกวันจันทร์ วันพุธ และศุกร์ เวลา 09.30 – 11.00 น. ในกลุ่มผู้ชาย และในวันเดียวกัน เวลา 13.30 – 15.00 น. ในกลุ่มผู้หญิง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกมากที่สุด

2.3 ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 9 ครั้งๆละ 1-1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2554 – มีนาคม 2554 โดยกำกับติดตามให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง และทำการบ้านที่มอบหมายให้อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ

2.4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมปกติของศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลจิตเวช ไม่ได้อบรมหรือเข้าร่วมการทดลองใดๆ นอกจากการทดสอบภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

3. ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และไม่ได้ร่วมโปรแกรมฯ ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

4. ระยะติดตามผล หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง โปรแกรมที่นักวิจัยจัดขึ้น โดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เน้นการเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญา ซึ่งใช้เทคนิค Cognitive Therapy (Beck, 1979) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยขั้นตอนในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจ แล้วจึงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ก่อให้เกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคือ การสัมภาษณ์พูดคุย การให้ความรู้ข้อมูลความรู้ การใช้แบบรายงานตนเอง และการจำลองสถานการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ใช้เทคนิคการทำทายความคิด การสะท้อนข้อมูล การใช้แบบรายงานตนเอง 3) การปรับเปลี่ยน

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเปลี่ยนมุมมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตในทางบวกและ 4) การหาแนวทางในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สารเสพติดที่ใช้

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างอิงจากลัดดา แสนสีหา. 2536: 28) และลัดดา แสนสีหา (2536: 30) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงด้านภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ การประเมินค่าของคะแนนในแบบประเมิน ให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ รวมกัน โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 0 – 9	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (normal)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 10 – 15	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง (mild depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 16 – 19	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (mild – moderate depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 20 – 29	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate – severe depression)
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 30 – 63	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)

2.3 แบบวัดรูปแบบความคิดที่บิดเบือน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมในการร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้แนวคิด Cognitive triad ของเบค ที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก การที่คนเรามองตนเอง ผู้อื่น/โลก และอนาคตในทางลบ โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ แบบถูกผิด โดยผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น 0.63 และมีจุดตัดอยู่ที่ 4 คะแนน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี ตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า ตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย

3. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า ตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แล้วนำมาดัดแปลงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค โดย มุกดา ศรีรงค์ เป็นผู้แปลและเรียบเรียง (2522 อ้างอิงจากลัดดา แสนสีหา. 2536: 28) จำนวน 21 ข้อ ให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า

4. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือ

5. นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ โดยเก็บในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น

6. นำแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปทดลองใช้ พร้อมทั้งหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มของการมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน

7. นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ โดยทดลอง 1 ครั้ง ใช้ในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเข้าใจของผู้ป่วย ความยากง่ายของภาษาที่ใช้ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้ทดลองจริง โดยจากการสังเกตในขณะดำเนินกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ในใบงาน ทำให้ตอบไม่ตรงกับคำถาม ผู้วิจัยจึงต้องอธิบายเพิ่มเติม อีกทั้งผู้ป่วยยังคงไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์ในการร่วมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าจะเปิดเผยความรู้สึกและความคิดของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสันนิษฐานว่าเกิดจากการสร้างสัมพันธภาพที่น้อยเกินไปและการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยยังไม่ชัดเจน และเมื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมจากแบบสัมภาษณ์ ได้ข้อมูลที่ตรงกัน เชื่อถือได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าว มาวางแผนในการเตรียมความพร้อมและความเข้าใจในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น สิ่งที่ผู้วิจัยได้ปรับแก้หลังจากการทดลองใช้ คือ การตั้งคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยเห็นว่าควรอธิบายเพิ่มเติมและใช้การยกตัวอย่างมากขึ้นทั้งในใบงานและการอธิบายด้วยคำพูด เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ต่อไป ส่วนโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม ความยากง่ายของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของเวลา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ต่อไป

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 30 คน ที่เคยเข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.80 และในส่วนของแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือการมองตนเอง มองผู้อื่นและมองโลกในด้านลบ จากข้อคำถาม 24 ข้อ ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อคำถามในแต่ละด้าน ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ทั้งฉบับ (Item-Total Correlation) ต่ำสุดทิ้งไป เพื่อให้เหลือข้อคำถามด้านละ 5 ข้อเท่านั้น ดังนั้นในแบบสอบถามนี้จะมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.63

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยมีสถิติที่ใช้ดังต่อไปนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากคะแนนจากสอบถาม ของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม จากคะแนนการวัดก่อนการทดลอง และวัดหลังการทดลองและวัดซ้ำในช่วงติดตามผล
2. ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ (Three Way Analyses of Variance Containing Repeated Factors) โดยนำคะแนนการทดสอบก่อน (Pre test) เปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดลอง (Post test) และคะแนนในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และการแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย (Mean)

SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

SE = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)

p = ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน (Probability)

F = ค่าสถิติทดสอบเอฟ (F-test)

df = องศาอิสระ (Degree of Freedom)

SS = ผลรวมกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบน (Sum Square)

MS = ค่าเฉลี่ยกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบน (Mean Square)

t = ค่าสถิติทดสอบที (t-test)

η^2 = ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลพื้นฐาน โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนจากแบบประเมินความเข้มเศร้าของเบค โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าแบบ 3 ทางระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา และเพศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนจากแบบประเมินความเข้มเศร้าของเบค โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สารเสพติดที่ใช้ และระดับการศึกษา

		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
		N	%	N	%	N	%
เพศ	หญิง	8	26.7	8	26.7	16	53.3
	ชาย	7	23.3	7	23.3	14	46.7
สารเสพติด	ยาบ้า	11	36.7	12	40.0	23	76.7
	สารระเหย	4	13.3	3	10.0	7	23.3
การศึกษา	ประถมศึกษา	5	16.7	8	26.7	13	43.3
	ม.ต้น	10	33.3	4	13.3	14	46.7
	ม.ปลาย หรือเทียบเท่า	0	0	3	10.0	3	10.0

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามสารเสพติดที่ใช้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และใช้สารระเหย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับประถมศึกษาจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 43.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนจากแบบประเมินความซึมเศร้าของเบค โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบวัดความซึมเศร้าของเบค จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	เวลาในการวัด	กลุ่ม				รวม (n=40)	
		ทดลอง (n=20)		ควบคุม (n=20)			
		$\bar{X}$	sd	$\bar{X}$	sd	$\bar{X}$	sd
อายุของเข้าร่วมวิจัย		25.20	6.71	27.07	7.14	26.13	6.87
คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	14.26	2.76	15	3.13	14.63	2.93
	หลังการทดลอง	9.20	2.70	13.60	2.47	11.40	3.39
	ติดตามผล	8.0	2.32	12.33	2.60	10.16	3.28

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ 14.26 (sd = 2.76) และ 15 (sd = 3.13) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลง โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.20 (sd = 2.70) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.60 (sd = 2.47) เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8 (sd = 2.32) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.33 (sd = 2.60)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าแบบ 3 ทางระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา และเพศ

ตาราง 6 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพศ และเวลา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	η^2
ภายในกลุ่ม						
เวลา	1.62	328.03	202.36	68.19	.00	.72
เวลา x กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม x เพศ	1.62	5.39	3.32	1.12	.32	.04
เวลา x กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1.62	66.54	41.05	13.83	.00	.347
เวลา x เพศ	1.62	18.25	11.26	3.79	.04	.13
ความคลาดเคลื่อน	42.15	125.07	2.97			

ตาราง 6 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	η^2
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม x เพศ	1	.33	.33	.06	.81	.00
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1	75.01	75.01	12.89	.00	.33
เพศชาย x เพศหญิง	1	.21	.21	.04	.849	.00
ความคลาดเคลื่อน	151.30	26	5.82			

จากตาราง 6 ได้วิเคราะห์ความแปรปรวนโดยศึกษาอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมกับเวลาและเพศที่มีต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิเคราะห์ไม่พบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=1.12$, $p = .32$) แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=13.83$, $p = .00$)

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาในการวัด กับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม

เวลาในการวัด	กลุ่ม	$\bar{X}$	F	p	η^2
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	14.30	.44	.51	.017
	กลุ่มควบคุม	15.03			
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.19	20.20	.00	.437
	กลุ่มควบคุม	13.51			
ติดตามผล	กลุ่มทดลอง	7.93	23.68	.00	.477
	กลุ่มควบคุม	12.33			

จากตาราง 7 พบว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= .44$, $p = .51$) แต่เมื่อพิจารณาในระยะหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 20.20$, $p = .00$) คล้ายคลึงกันกับระยะติดตามผล ($F= 23.68$, $p = .00$)

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กลุ่ม	$\bar{X}$	F	p	η^2
ทดลอง	ก่อนการทดลอง	14.30	46.03	.000	.786
	หลังการทดลอง	9.19			
	ติดตามผล	7.94			
ควบคุม	ก่อนการทดลอง	15.04	8.94	.001	.417
	หลังการทดลอง	13.57			
	ติดตามผล	12.33			

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละครั้งของการวัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 46.03$, $p = .000$) คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.94$, $p = .001$) จึงต้องทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ต่อไป

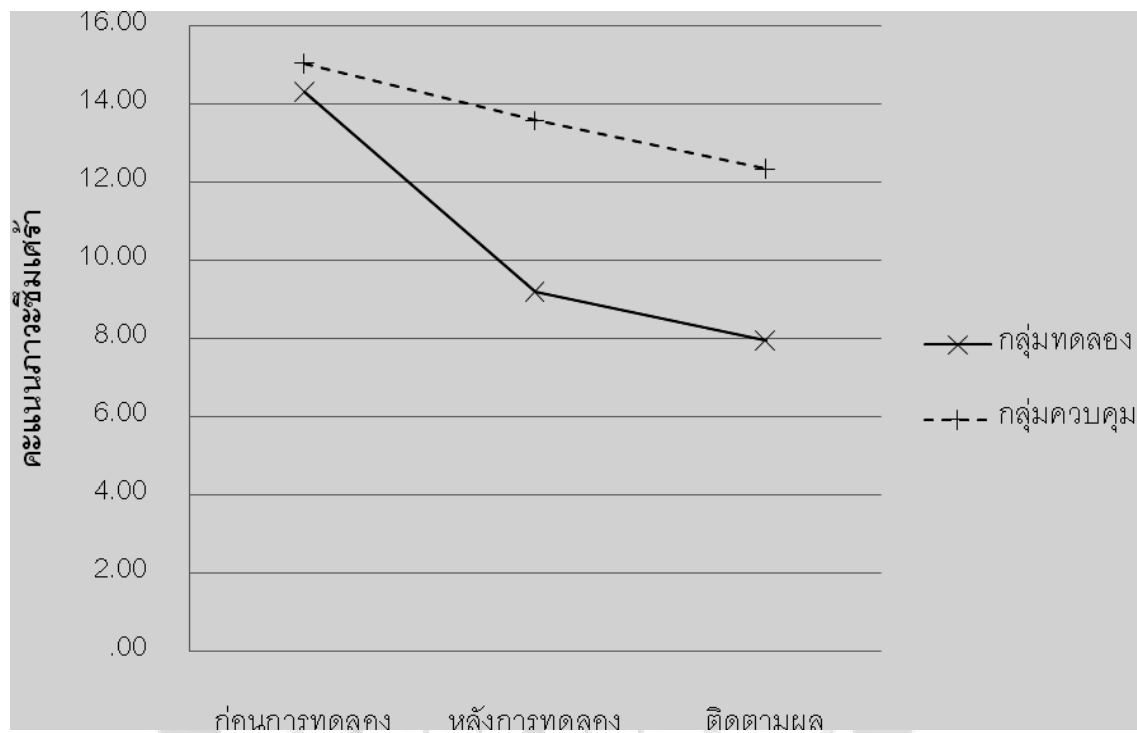
ตาราง 9 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมกับระยะเวลา

กลุ่ม	กลุ่ม	$\bar{X}$	ก่อน	หลัง	ติดตามผล
ทดลอง	ก่อนการทดลอง	14.30	14.30	9.19	7.94
	หลังการทดลอง	9.19	-5.12**		
	ติดตามผล	7.94	-6.37**	-1.25*	
ควบคุม	ก่อนการทดลอง	15.04	15.04	13.57	12.33
	หลังการทดลอง	13.57	-1.46		
	ติดตามผล	12.33	-2.71**	-1.24**	

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ารายคู่ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระหว่างระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล

ในส่วนของกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะหลัง

การทดลองกับระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ระดับของคะแนนดังกล่าวแสดงไว้ในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 5 คะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

จากภาพประกอบ 5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีค่าที่ลดลงในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล

1.2 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผลเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญากับระยะเวลาของการทดลอง

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล

3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดลงจากระยะก่อนทดลอง

4. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ชนิดสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังทดลอง และวัดซ้ำในช่วงติดตามผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ (Control Group Pretest-Posttest Time Series Design) เพื่อศึกษาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยมีคำสั่งให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด โดยเข้ารับการบำบัดระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 จำนวน 76 คน ซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 จำนวนประมาณ 41 คน และมีคุณลักษณะตามที่เกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง คือ ผู้ป่วยจะต้องมีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าระดับคาบเส้นปัญญาอ่อน (I.Q. > 79 ขึ้นไป) จากการประเมินระดับสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM) และในเฉพาะผู้ป่วยที่เสพติดสารระเหยมีระดับการรู้การคิดในระดับปกติ คือ ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน จากการประเมินโดยแบบวัด Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version เนื่องจากในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะเน้นในส่วนของกระบวนการคิด

2. ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและไม่ปรากฏอาการทางจิต

3. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า เพื่อขจัดตัวแปรแทรกซ้อนจากการใช้ยาในการลดภาวะซึมเศร้า

4. อ่านออกเขียนได้

5. หยุดการใช้ยาเสพติดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากอาการอยากยา (craving) และอาการถอนพิษยาเสพติด (withdrawal) เนื่องจากอาการดังกล่าวจะหมดฤทธิ์ภายใน 4 สัปดาห์ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจึงไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

6. มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 - 19 คะแนน คือ มีความซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงและระดับปานกลาง จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory)

7. มีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยได้คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไปจากแบบประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม 2554 – มีนาคม 2554 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 4 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 7 คน รวม 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มละ 8 คน รวม 16 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า
3. ตัวแปรแบ่งประเภท ได้แก่ เพศ

ระยะเวลาในการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชาย ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จำนวน 9 ครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 90 นาที/ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง โปรแกรมที่นักวิจัยจัดขึ้น โดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เน้นการเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญา ซึ่งใช้เทคนิค Cognitive Therapy (Beck, 1979) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยขั้นตอนในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ 4) การหาแนวทางในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สารเสพติดที่ใช้

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา. 2536: 28; อ้างอิงจาก มุกดา ศรียงค์. 2522) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ การประเมินค่าของคะแนนในแบบประเมิน ให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า

2.3 แบบวัดรูปแบบความคิดที่บิดเบือน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมในการร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้แนวคิด Cognitive triad ของเบค ที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก การที่คนเรามองตนเอง ผู้อื่นโลก และอนาคตในทางลบ โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ แบบถูกผิด

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง ประสานงานกับศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและใช้สถานที่ในการวิจัย และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบว่า มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 41 คน แบ่งเป็นเพศชาย 20 คน หญิง 21 คน หลังจากนั้นจึงชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบวัตถุประสงค์ และสอบถามความสนใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ แล้วจึงนำรายชื่อที่ได้มาจับคู่เพื่อให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน ทำการจับฉลากแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศชายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน และเพศหญิงกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 8 คน จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 30 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง แบ่งเป็น 2 คือ ระยะดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า จำนวนทั้งสิ้น 9 ครั้งๆละ 1-1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ประเมินภาวะซึมเศร้าทันที และระยะติดตามผล ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากคะแนนจากสอบถาม ของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม จากคะแนนการวัดก่อนการทดลอง และวัดหลังการทดลองและวัดซ้ำในช่วงติดตามผล

2. ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ (Three Way Analyses of Variance Containing Repeated Factors) โดยนำคะแนนการทดสอบก่อน (Pre test) เปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดลอง (Post test) และคะแนนในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด พบผลดังนี้

1. เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล ก็พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน

5. ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล

การอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้อภิปรายผลที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

1. การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจาก ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา จำนวน 9 ครั้ง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ แต่ได้รับการบำบัดรักษาตามรูปแบบปกติ โดยแบ่งระยะเวลาของการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้เรียนรู้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสามารถวิเคราะห์อารมณ์ ความรู้สึก และทราบสาเหตุที่ทำให้ตนเองรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยจึงสามารถวางแผนแก้ไขปัญหของตนเองได้ ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าที่มีลดลง ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แสดงให้เห็นว่ากลุ่มการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้นส่งผลร่วมกัน จึงกล่าวได้ว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง คล้ายคลึงกับผลการวิจัยของจันทร์เพ็ญ อุงอำรุง (2547) ที่ศึกษาผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังภาพประกอบ 3 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสอนเทคนิคในการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์หรือเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ หลังจากนั้นผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงและฝึกโต้แย้งความคิดของตนเอง พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ทดแทนความคิดที่บิดเบือน และการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งมุ่งมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตให้ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าที่ลดลงด้วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับชราพร สนิทภักดี (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับระยะติดตามผล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นได้เรียนรู้กระบวนการคิด ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า ตามแนวทางการบำบัดทางปัญญาภาวะซึมเศร้าของเบ็ค, รูช, ชอว์, และเอมเมอร์ (Beck, Rush, Shaw, & Emery. 1979) โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบและความคิดที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า ทั้งที่เป็นตัวกระตุ้นภายในและภายนอก โดยผู้ป่วยสามารถสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่มีผลกระทบจากความคิดของตนเอง จากนั้นจึงตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง โดยการพิสูจน์ความคิดของตนเองจากการหาข้อสนับสนุนและคัดค้านความคิดของตนเอง เพื่อให้สามารถคิดอย่างเป็นระบบและตรงกับความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าใจความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความอัตโนมัติคิดทางลบและความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงของตนเองได้ พร้อมทั้งสามารถค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยสอดคล้องกับแนวคิดของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ว่า ตัวแปรทางปัญญานั้นย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 311) จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองลดลง อีกทั้งงานวิจัยของอัญชลี จัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญานั้นที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลเช่นกัน ดังนั้นโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา แต่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตามผล ก็พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน ซึ่งเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลในระบบปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วยแต่ละรายให้ตรงกับสภาพปัญหาจริง ที่มุ่งเน้นการบำบัดทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม เพื่อให้พวกเขาสามารถเกิดการเรียนรู้ในการช่วยตนเอง ซึ่งกระบวนการช่วยเหลือจะประกอบด้วยการบำบัดจากเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มจิตวิญญาณ กลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพติด (Relapse Prevention) เป็นต้น ซึ่งมีบริการให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางจิตใจที่ช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ แม้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองก็ตาม แต่จะเห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดรักษาในระบบปกติสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้เช่นกัน และจากข้อมูลเชิง

คุณภาพ พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการทดลองนั้น กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นจากนักศึกษาฝึกงานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ติดสารเสพติด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ตนเองมีคนให้กำลังใจ และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและความรู้สึกของตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

5. ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่มี จึงจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นนั้น มีความเหมาะสมทั้งกับเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชายและเพศหญิงสามารถเรียนรู้กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลองไม่แตกต่างกัน จึงสามารถนำโปรแกรมฯดังกล่าวไปใช้ได้กับทุกเพศ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ในการทำวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การดำเนินการทดลองค่อนข้างถี่ โดยจัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการสำรวจตัวเองเพื่อทำการบ้านแต่ละครั้งค่อนข้างน้อย ดังนั้น ควรดำเนินกลุ่มให้ห่างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาในการทำการบ้าน สำรวจและปรับพฤติกรรมตนเองได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีผู้ช่วยนำกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างรายกลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องให้เวลาสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละคนค่อนข้างมาก เพื่อจะให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจกระบวนการคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดต่างๆ ซึ่งหากในการดำเนินกลุ่มมีผู้ช่วยในการทำกลุ่ม จะสามารถสังเกตและประเมินกลุ่มตัวอย่างได้มากขึ้น ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด โดยจะช่วยลดปัญหาในการข้ามประเด็นบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่เข้าใจเท่าที่ควร

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาที่มากกว่า 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรมในระยะเวลานานขึ้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). เอกสารเผยแพร่กลยุทธ์กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- (2550). คู่มือการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- (2553). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2552. ออนไลน์ <http://www.dmh.go.th/plan/suicide/>. สืบค้นวันที่ 2 สิงหาคม 2553
- (2553). พบคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า 5 ล้านคน. ออนไลน์. http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=13927 สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2553.
- กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. (2553). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ (ภาพรวมประเทศ). : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2553. จาก <http://www.thaincd.com/files/news/download1no198.pdf>
- กาญจนา เทพมัลย์. (2551). การจัดการปัญหาและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญจิต มหาภิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- คลินิกลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2552). คู่มือจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันธัญญารักษ์และสถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- คอย ละอองอ่อน. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 6 จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: มูลนิธิอานันทมหิดล. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน นรสิงห์ (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- จันทร์เพ็ญ อุงอ่ำรง. (2547). ผลของกลุ่มปัญญานำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปาก. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- จิตรดา ดุษฎีเมธา. (2548). การลดความวิตกกังวลทางสังคมด้วยการบำบัดความคิด-พฤติกรรม. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ซาลีวงศ์. (2551). การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะซึมเศร้า. สารนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน และ คณะ. (ม.ป.ป.). ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา. ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ.
- จินตนา เหลืองศิริเชียร. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวอนามัยร่วมกับการฝึกหัดระบือโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ชราพร สนิทภักดี. (2545). ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและ ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ชลธิชา บุญศิริ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชวนพิศ นกตาศัย. (2549). พฤติกรรมการจัดการปัญหาและระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง. สารนิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เชลล อินขันธ์ และ สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. (2536). กลุ่มจิตบำบัด. (เอกสารวิชาการ). ฝ่ายจิตวิทยา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2543). โรคอารมณ์ซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง.

- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ทวี ตั้งเสรี; และคณะ (2546). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิศา คุณวัฒน์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธรณินทร์ กองสุข; และคณะ (2549). การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานเชิงวิชาการ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธิดา จัปจิตต์. (2547). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้เข้ามารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- นฤมล อารยะพิพัฒน์; และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. นิพนธ์ต้นฉบับ. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.
- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย. ม.ป.ป. (ออนไลน์). สืบค้นวันที่ 2 สิงหาคม 2553.
- ปรางค์ทอง อภิพุทธิกุล. (2550). การใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ เซาร์ศิลป์; และธนชัย คงสกันธ์. (2542). กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ไกลหมอ.
- พัชรี วัฒนาเมธี. (2551). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี วงศ์แก้ว. (2547). ผลการฝึกตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- ไพรัช บวรสมพงษ์. (2542). *อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.*
- มาโนช หล่อตระกูล; ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2542). *Thai Depression Inventory: แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. J Med Assoc Thai. 1999 Dec; 82(12).*
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(4): 235-246.*
- ยุพาพัทธ์ รักมณีวงศ์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็น ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.*
- รณชัย คงสกนธ์; และคณะ. (2546, ตุลาคม-ธันวาคม). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 48(4) 211-219.*
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตมโนทัศน์ในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.*
- ลำเจียก กำธร. (2548). *ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.*
- วรภรณ์ วรรณพิรุณ. (2545). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.*
- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2537). *การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- สถาบันธัญญารักษ์. (2546). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*
- สมใจ โชติธนพันธ์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*

- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (*Theories and Techniques in Behavior Modification*). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ส่องแสง วิชัยวงศ์. (2546). ความคิดอัตโนมัติทางลบกับความซึมเศร้าในวัยรุ่น. สารนิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักยุทธศาสตร์. (2553). สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2552). สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผน ปี 2553. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2553. จาก <http://www.nccd.go.th/upload/content/situationtrendin2009%28published%29.pdf>
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซต
- (ม.ป.ป.). *Cognitive Therapy*. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุบิน สมิน้อย. (2550). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การแนะแนวและให้คำปรึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- สุภัทรา เสนาบุญฤทธิ์. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาภรณ์ สมพาน. (2546). การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). ผลการบำบัดทางปัญญต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล ก่องแก้ว. (2547). ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน. สารนิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อุมาพร ตันนังคสมบัติ: และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539, กรกฎาคม-กันยายน). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41: 3.

Aaron T. Beck; et al. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New york: The Guilford Press.

- Glasner – Edwards; et al. (2009, April). Depression Among Methamphetamine Users: Association With Outcomes From Methamphetamine Treatment Project at – 3 Year Follow – Up. *J Nerv Ment Dis.* 197(4): 225 – 231.
- Headlung ; & Vieweg. (1979). Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Operational Psychiatry.* 10(2): 149–165
- Kaminer; F. Connor; & F. Curry. (2008, September). *Treatment of Comorbid Adolescent Cannabis Use and Major Depressive Disorder.* *Psychotherapy round.* 34 – 35.
- Kazantis; A. Reinecke; & Freeman. (2001). *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice:* America: 2010 The Guilford Press.
- Michael Neenan; & Windy Dryden. (2004). *Cognitive Therapy* 100 key points and techniques. New York: Brunner-Routledge.
- Rashmi Nemade; Natalie Staats Reiss; & Mark Dombeck. (2007). *Cognitive Theories of Major Depression - Aaron Beck.* (online). <http://www.mentalhelp>.
- Raymond W. Lam; Erin E. Michalak; Richard P. Swinson. (2005). *Assessment scales in depression, mania, and anxiety.* United Kingdom: Taylor & Fransis Group: 71-72
citing: Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. *Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report rating of hospitalized depressives.* 1969. *J Nerv Ment Dis;* 148(1). pp. 87-98.
- Moore; & Garland. (2003). *Cognitive Therapy for chronic and persistent depression.* England: John Wiley & Sons.
- Robert L. Leahy. (1996). *Historical context of cognitive therapy.* Cognitive-Behavioral Therapy: Basic Principles and Applications. America: Jason Aronson Publishers.
- Zung WW. (1965). Zung Self-Rating Depression Scale (SDS):A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry.* 12: 63-70.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

โปรแกรมการปรับปรุงพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า



ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยยาเสพติด

ครั้งที่ 1

รูปแบบของความคิด

90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้นำบัด
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย
3. เพื่อให้สมาชิกตั้งเป้าหมายของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา
3. ให้สมาชิกได้เรียนรู้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก

และพฤติกรรม

แนวคิดพื้นฐาน

ความรู้พื้นฐานตามแนวคิด Cognitive theory โดย Aaron T.Beck ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นผลมาจากการการมองตนเอง มองผู้อื่น และมองโลกไม่สมเหตุสมผล ซึ่งเกิดจากความคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือนจากความจริง ดังนั้นสมาชิกจะต้องมีพื้นฐานในการเข้าใจถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม จึงจะสามารถวิเคราะห์ความเชื่อที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

อุปกรณ์

1. ปากกา
2. ใบความรู้ที่ 2 รูปแบบกระบวนการคิด
3. ใบงานที่ 1 แบบสำรวจอารมณ์
4. ใบงานที่ 2 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์พฤติกรรม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำบัดจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม เพื่อให้เห็นหน้าและมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกทุกคนได้อย่างครบถ้วน จากนั้นผู้นำบัดจึงทักทาย แนะนำตนเอง พูดคุยเล็กน้อยเพื่อให้บรรยากาศเป็นกันเอง และให้สมาชิกแนะนำตนเองจนครบทุกคน (10 นาที)

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ และอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดว่าคืออะไร มีกระบวนการอย่างไรและชี้แจงให้สมาชิกได้รับทราบถึงข้อตกลง

เบื้องต้นว่า สมาชิกจะต้องเอาใจใส่และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจากในแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้านให้ทำ ซึ่งสมาชิกต้องมีความรับผิดชอบต่อการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย อีกทั้งผู้บำบัดมุ่งเน้นในการกระตุ้นให้สมาชิกเห็นประโยชน์ในการร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตั้งคำถามให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการร่วมกิจกรรม (15 นาที)

3. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามถึงข้อสงสัยในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้บำบัดจึงชี้แจง วัน เวลา และจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจกระบวนการในการบำบัดที่จะเกิดขึ้น (5 นาที)

4. ร่วมกันคิดกติกา ข้อปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ โดยให้สมาชิกเป็นผู้เสนอ เช่น การมีส่วนร่วมในกลุ่ม การให้เกียรติเพื่อนสมาชิก ไม่พูดแทรกในขณะที่เพื่อนพูด การรักษาความลับไม่นำเรื่องราวของเพื่อนสมาชิกไปพูดนอกกลุ่ม การตรงต่อเวลา การรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น หลังจากนั้นจึงสรุป และให้สมาชิกทบทวนไปพร้อมๆ กันถึงกฎกติกาที่กำหนดขึ้น (5 นาที)

5. ตรวจสอบสภาพอารมณ์ซึมเศร้าของสมาชิก โดยให้สมาชิกเขียนกราฟแสดงอารมณ์ซึมเศร้าของตนเองทุกครั้งที่มีการเข้ากลุ่ม ตามใบงานที่ 1 (กราฟแสดงอารมณ์ของฉัน) จากนั้นจึงสอบถามถึงความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนว่าในขณะนี้เป็นอย่างไบบ้าง และมีอะไรที่ยังคงรบกวนจิตใจของสมาชิก (15 นาที)

6. กำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษา โดยการตั้งคำถามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเพื่อสำรวจความคาดหวังในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ตัวอย่างคำถาม ได้แก่

“คุณคาดหวังอะไรจากการรักษา”

“คุณต้องการให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง”

“ถ้าได้สิ่งที่คุณคาดหวังมา อะไรจะเกิดขึ้น”

“เราจะเขียนเป้าหมายเหล่านั้นลงไปในสมุดได้ไหมคะ”

“เอาละนะ เป้าหมายที่ 1 เป้าหมายที่ 2..... เป้าหมายที่ 3

“เป้าหมายรวมๆ คืออะไร”

หลังจากนั้นจึงให้สมาชิกเขียนลงในใบงานที่ 2 คำถามชวนคิด และอภิปรายร่วมกันถึงความคาดหวังของสมาชิกแต่ละคน จากนั้นผู้บำบัดสรุป (10 นาที)

7. ผู้บำบัดให้ความรู้แก่สมาชิกโดยการอธิบายถึงรูปแบบกระบวนการคิด ตามรายละเอียดในใบงานที่ 2 รูปแบบกระบวนการคิด (Cognitive Model) และใบงานที่ 3 ตัวอย่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก สรีระ/ร่างกาย โดยสมาชิกทำความเข้าใจไปพร้อมๆ กันจากใบงานในคู่มือของสมาชิก หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ (20 นาที)

8. ผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายสรุปประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้ร่วมกันในครั้งนี้ เพื่อประเมินว่าสมาชิกได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้บำบัดสรุปเพิ่มเติมหากสมาชิกอภิปรายยังไม่ครอบคลุม

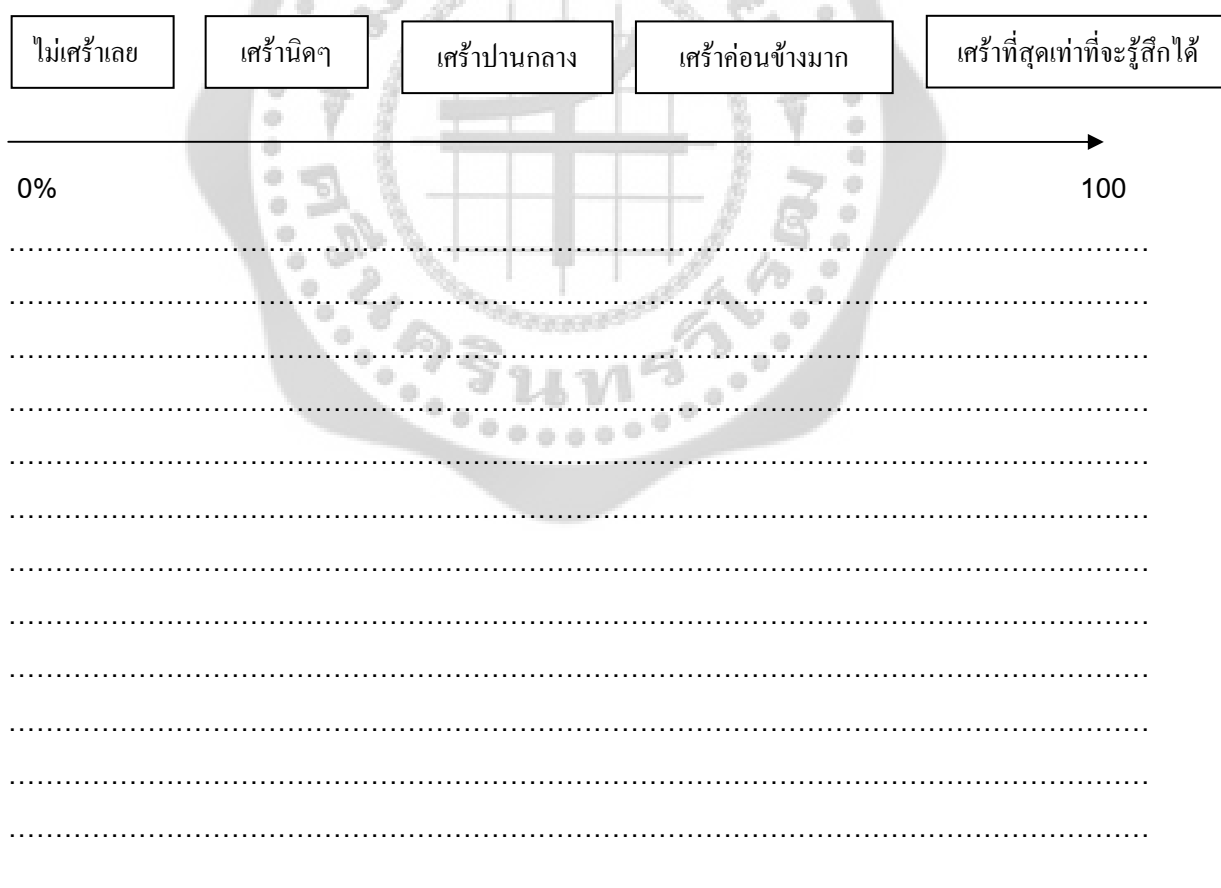
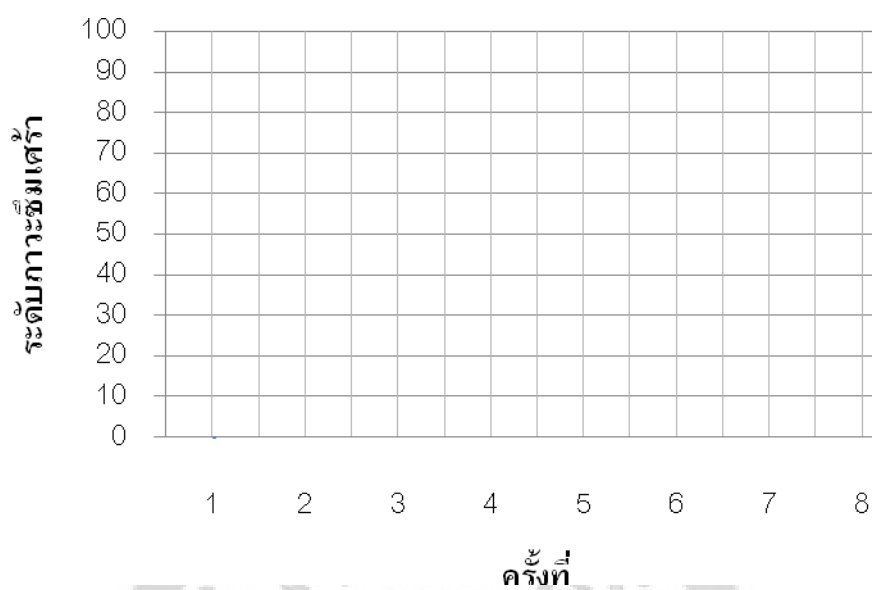
9. ให้การบ้านใบงานที่ 2 เพื่อฝึกและสร้างความเข้าใจให้สมาชิกได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรมมากขึ้น และให้สมาชิกลำมาคุยกันในครั้งต่อไป และปิดกลุ่ม (5 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินความเข้าใจของสมาชิกถึงการวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม จากการตอบคำถาม
2. ประเมินการมีส่วนร่วมโดยการสังเกต



ใบงานที่ 1 แบบสำรวจอารมณ์

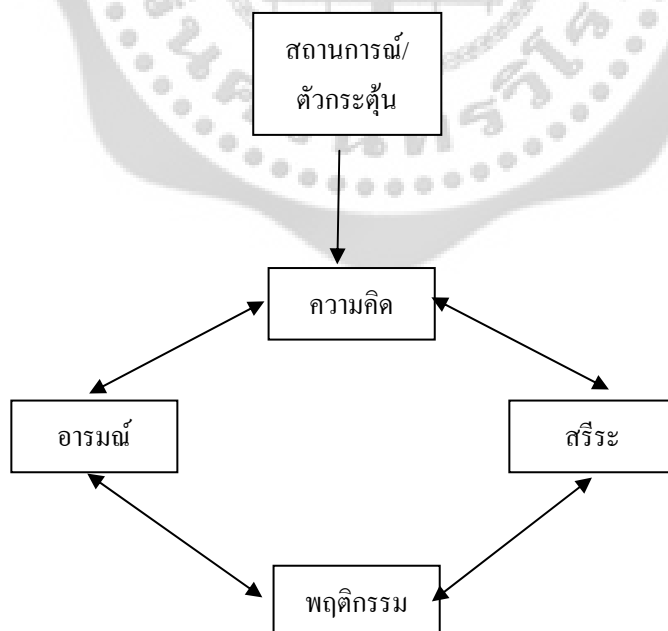


ใบความรู้ที่ 2 รูปแบบกระบวนการคิด (Cognitive Model)

รูปแบบกระบวนการคิด (Cognitive Model) คือการรับรู้ ซึ่งแต่ละคนจะต่างกันออกไป เช่น เสียงขันของไก่ ถ้าเป็นคนไทยก็จะได้ยินเป็น เอ็กอีเอ็กเอ็ก ถ้าไปบอกคนต่างประเทศว่าไก่ร้อง เอ็กอีเอ็กเอ็ก คนต่างประเทศก็จะไม่เข้าใจ ทำให้ถึงเป็นอย่างนั้น ทั้งๆที่เสียงที่ได้ยินก็เป็นเสียงเดียวกัน แต่การรับรู้ต่างกัน คนต่างประเทศจึงได้ยินเสียงที่แตกต่างออกไป รูปแบบกระบวนการคิดนั้นเริ่มจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 (สัมผัส มองเห็น ฟัง กลิ่น รับรส) ผ่านประสบการณ์และข้อมูลในอดีตก่อเกิดเป็นการรับรู้

โครงสร้างทางความคิด (Mental Model หรือ Schema) ความหมายคือ การมีกรอบแนวคิดถึงภาพที่สะท้อนถึงจินตภาพ ภาพในใจ เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และใช้ภาพเหล่านั้นเป็นเครื่องบ่งบอกถึงการตัดสินใจ และสรุปเป็นความเชื่อต่อสิ่งต่างๆ เป็นสิ่งที่คนได้ตระหนักแล้วรู้สึกอย่างไร เช่น บางคนนึกถึงทะเลแล้วเศร้า บางคนนึกถึงแล้วรู้สึกดี โดยโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวจัดการกระทำกับสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ยังผลให้แต่ละบุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันแตกต่างกันออกไป ซึ่งโครงสร้างทางความคิดเป็นสิ่งที่ฝังอยู่ลึกต่ำกว่าระดับของความรู้สึกตัว ปกติเราไม่เคยตรวจสอบความเชื่อฝังใจเลย จึงทำให้มันติดอยู่กับเราตลอด และคิดว่ามันจริง

สรุปง่ายๆคือ Cognitive Model คือ การรับรู้ว่าสิ่งนี้คืออะไร แต่ Mental Model คือ พอรับรู้แล้วรู้สึกอย่างไร โดยรูปแบบกระบวนการคิด มีรูปแบบดังต่อไปนี้



ใบความรู้ที่ 3 ตัวอย่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก สรีระ/ร่างกาย

สถานการณ์(ตัวกระตุ้น)	ความคิด	อารมณ์/ ความรู้สึก	สรีระ/ ร่างกาย	พฤติกรรม
โดนตำราวจับ	โคตรชวย เกมแล้ว จะให้ใครช่วยดี	กลัว เศร้า หงุดหงิด โมโห	ใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้าซีด	ร้องไห้ วิ่งหนี เงียบ ปฏิเสธไม่ยอมรับ
โดนส่งตัวมาบำบัดที่ ขอนแก่น	ไกลมาก ไม่เคยไปเลย จะเป็นยังไงนะ ทำไมไม่บอกก่อนว่าจะส่ง ไม่อยากไป อยากหนี	เสียใจ/เศร้า กลัว โกรธ ไม่เห็นด้วย เครียด	มือไม่สั่น หมดพลัง สมองตื้อ	ร้องไห้ กินอะไรไม่ลง หาช่องทางหนี
เห็นเพื่อนๆในตึกสูบบุหรี่	อยากสูบบ้าง จะขอได้ที่ใคร จะสูบที่ไหน เจ้าหน้าที่ถึงไม่ เห็น ไม่สูบบุหรี่ก็เสียโดนจับได้ ไม่อยู่ด้วยดีกว่า เสียโดนไป ด้วย ทำไมเพื่อนเค้าทำอย่างนี้	อยาก กลัว ตื่นเต้น หวั่นไหว หงุดหงิด กังวล ผิดหวัง	ปากเปรี๊ยะ เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว หน้าแดง	ขอเพื่อนสูบ เดินหนี คอยดูต้นทาง ยืนดู

ใบงานที่ 2 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

สถานการณ์ที่ 1 หากต้องอยู่บ้านบัตยาเสพติดในโรงพยาบาล

คิดอย่างไร	รู้สึกอย่างไร	ทำอะไร
1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....

ใบงานที่ 2 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

สถานการณ์ที่ 2 หากต้องสูญเสียคนรัก

ความคิด

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

อารมณ์/ความรู้สึก

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

พฤติกรรม

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ครั้งที่ 2

กระบวนการ ABC

90 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ อารมณ์/ความรู้สึก และ พฤติกรรม

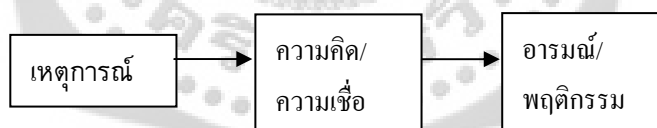
แนวคิดพื้นฐาน

เบื่คมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการ ทำงานของกระบวนการทางปัญญา (Cognition) คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป (A) กระบวนการทาง ปัญญาจะรับรู้และแปลความหมายสิ่งเร้าที่เข้ามา (B) จะทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่ง เร้านั้นๆ (C) อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นๆจะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญา ด้วยความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงมีผลให้เกิดความ บกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น

A = เหตุการณ์ที่กระตุ้นเร้า (Activating Event)

B = ความคิด/ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ (Belief)

C = ผลที่ได้รับทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งกำหนดโดยความเชื่อ (Emotional and Behavioral Consequences)



อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4 กระบวนการ ABC
2. ใบงานที่ 4 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
3. ใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด
4. ใบความรู้ที่ 5 มารูจักภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำบัดพูดคุยทักทาย และให้สมาชิกสำรวจอารมณ์ของตนเองและบันทึกลงในใบงานที่ 1 (กราฟแสดงอารมณ์) และให้สมาชิกได้เปรียบเทียบความภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้นี้กับครั้งที่แล้ว (5 นาที)

2. ผู้บำบัดชมเชยสมาชิกที่ทำการบ้านครั้งที่แล้ว และให้สมาชิกนำการบ้านครั้งที่แล้ว(ใบงานที่ 3) มาอภิปรายร่วมกัน โดยหากสมาชิกท่านใดยังทำไม่เรียบร้อยก็ให้เวลาในการทำก่อน หลังจากนั้นให้สมาชิกอภิปรายคำตอบของตนทีละคน โดยผู้บำบัดเป็นผู้เขียนสรุปความคิดเห็นที่เหมือนและต่างกันของสมาชิกแต่ละคนในบอร์ด จากนั้นผู้บำบัดจึงสรุปให้สมาชิกได้เข้าใจว่าในสถานการณ์เดียวกัน คนเรามีความคิด/ความเชื่อ และการแสดงพฤติกรรมที่ต่างกันได้ (20 นาที)

3. ผู้บำบัดอธิบายให้สมาชิกฟังถึงกระบวนการ ABC โดยให้สมาชิกอ่านใบความรู้ที่ 4 กระบวนการ ABC ในคู่มือไปพร้อมๆกัน ซึ่งผู้บำบัดต้องเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกช่วยยกตัวอย่างอื่นๆ และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย (15 นาที)

ตัวอย่างคำถาม

“นอกจากตัวอย่างในใบความรู้แล้ว สมาชิกท่านใดจะช่วยยกตัวอย่างอื่นที่ทำให้เห็นภาพกระบวนการ ABC ได้บ้าง”

“เริ่มจาก เหตุการณ์.....”

“หลังจากนั้น เรามีความคิดว่า.....”

“แล้วเรารู้สึก.....”

“จากนั้นคิดว่าเราจะทำอะไร หรือตอบสนองอย่างไร”

“จากที่เราช่วยกันคิดเหตุการณ์เมื่อสักครู่ ทำให้เราเห็นภาพและเข้าใจกระบวนการ ABC มากขึ้น แต่อาจจะมีส่วนท่านที่อาจยังมีข้อสงสัยอยู่ ก็สามารถซักถามได้....”

“และหากไม่มีข้อสงสัยเราจะทำกิจกรรมอื่นต่อไป”

4. ให้สมาชิกทำใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด ในคู่มือฯ โดยอธิบายให้สมาชิกระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาที่ทำให้สมาชิกรู้สึกรู้สึกพึงพอใจและไม่พึงพอใจ จากนั้นให้บันทึกและสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองหลังจากเกิดเหตุการณ์ขึ้น (15 นาที)

5. หลังจากนั้นให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันถึงเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกพึงพอใจและไม่พึงพอใจ พร้อมทั้งเชื่อมโยงถึงความคิด และผลที่ตามมาจากความคิดทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม พร้อมสอบถามความเข้าใจของสมาชิกทุกคนว่าเห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวกระตุ้น ความคิด และสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาหรือไม่ อย่างไร (15 นาที)

6. ให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม แล้วผู้บำบัดจึงสรุปอีกครั้ง จากนั้นให้การบ้านสมาชิก โดยมอบหมายให้สมาชิกอ่านใบความรู้ที่ 5 มารู้จักภาวะซึมเศร้า และอธิบายใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด เมื่อสมาชิกเข้าใจวิธีการทำจึงปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป (10 นาที)

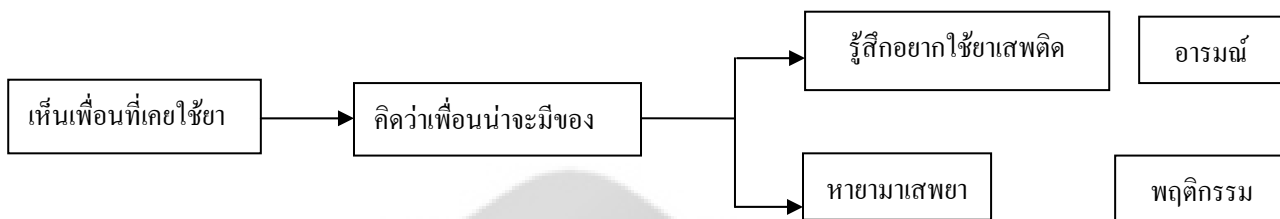
การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานที่ 3 ว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วม

ใบความรู้ที่ 4 กระบวนการ ABC

ความคิดและอารมณ์ของมนุษย์นั้นมีความสัมพันธ์กันตามรูปแบบของ ABC คือ อาการทางประสาทหรืออารมณ์ของบุคคล (C) นั้นเป็นผลเนื่องมาจากระบบความเชื่อ (B) ของบุคคลนั้น ไม่ว่าบุคคลนั้นจะถูกกระตุ้นจากประสบการณ์หรือเหตุการณ์ใดๆก็ตาม (A)

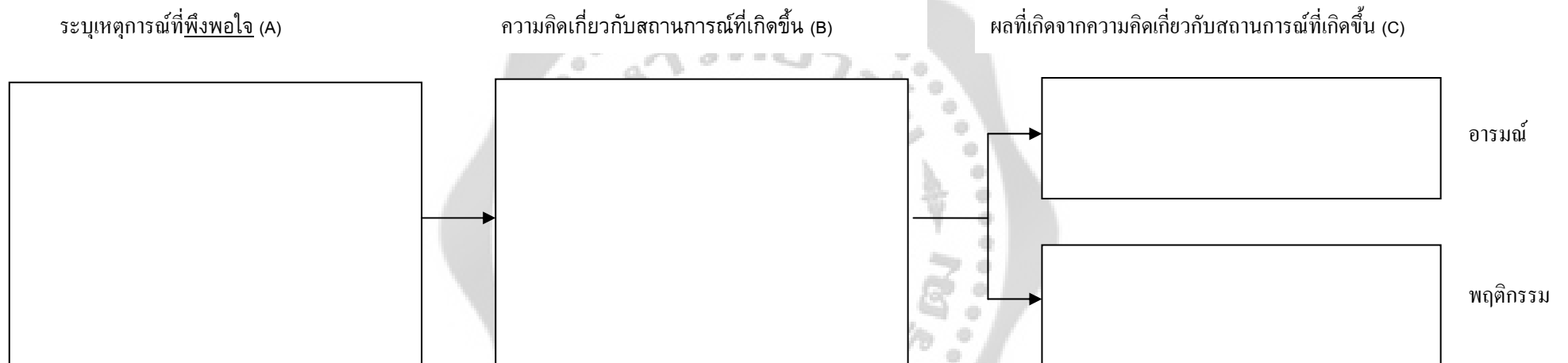


A → B → C

บุคคลนั้นถูกกระตุ้นจากภายใน และมีแนวโน้มที่จะคิดและมีอารมณ์ในการแสดงออกอย่างไม่มีเหตุผล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของบุคคลจึงต้องจัดการเปลี่ยนแปลงที่ระบบความคิดหรือความเชื่อพื้นฐานของบุคคลนั้น และหากเราสามารถทดแทนความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลเหล่านั้น ด้วย ความคิดหรือความเชื่อที่มีเหตุผลได้แล้ว อารมณ์และพฤติกรรมของคนเราก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลง

ใบงานที่ 4 การสังเกตความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกพึงพอใจ พร้อมทั้งสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองหลังจากเกิดเหตุการณ์นั้นๆขึ้น



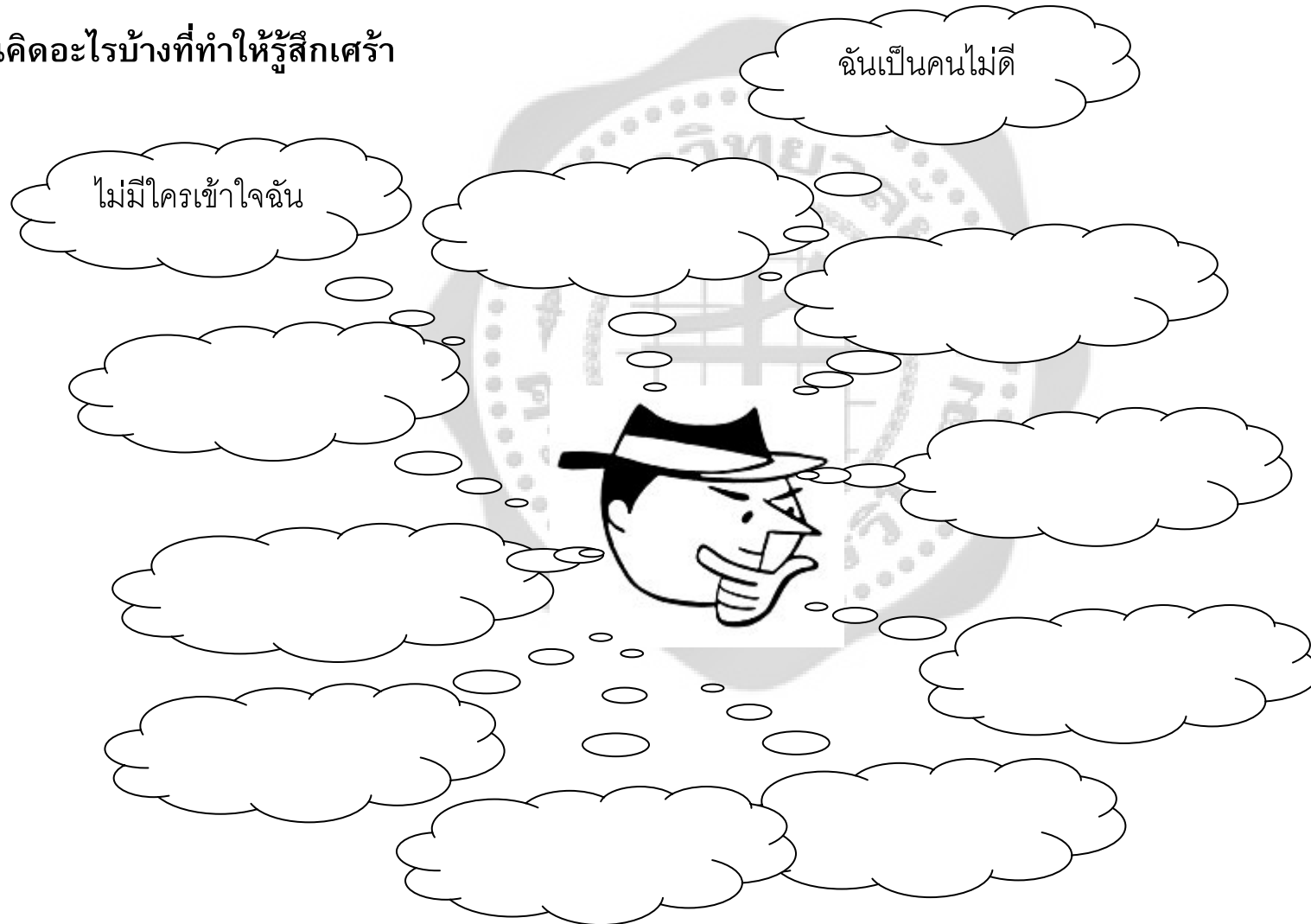
ใบงานที่ 4 การสังเกตความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่พึงพอใจ พร้อมทั้งสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองหลังจากเกิดเหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น

ระบุเหตุการณ์ที่ <u>ไม่พึงพอใจ</u> (A)	ความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (B)	ผลที่เกิดจากความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (C)	
			อารมณ์
			พฤติกรรม

ใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด

ท่านคิดอะไรบ้างที่ทำให้รู้สึกเศร้า



ใบความรู้ที่ 5 มารูจักภาวะซึมเศร้า

สำหรับคนส่วนใหญ่แล้วคำว่าโรคซึมเศร้าฟังดูไม่คุ้นหู ถ้าพูดถึงเรื่องซึมเศร้าเรามักจะนึกกันว่าเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากความผิดหวัง หรือการสูญเสียมากกว่าที่จะเป็นโรค ซึ่งตามจริงแล้ว ที่เราพบกันในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่มักจะเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกธรรมดาๆ ที่มีกันในชีวิตประจำวัน มากบ้างน้อยบ้าง อย่างไรก็ตามในบางครั้งถ้าอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอยู่นานโดยไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น หรือเป็นรุนแรง มีอาการต่างๆ ติดตามมา เช่น นอนหลับๆ ตื่นๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หมดความสนใจต่อโลกภายนอก ไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ก็อาจจะเข้าข่ายของโรคซึมเศร้าแล้ว

คำว่า "โรค" บ่งว่าเป็นความผิดปกติทางการแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา เพื่อให้อาการทุเลา ต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าตามปกติธรรมดาที่ถ้าเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว คลี่คลายลง หรือมีคนเข้าใจเห็นใจ อารมณ์เศร้านี้ก็อาจหายได้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านอกจากมี อารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับอาการต่างๆ แล้ว การทำงานหรือการประกอบกิจวัตรประจำวันก็แย่ลง ด้วย คนที่เป็นแม่บ้านก็ทำงานบ้านน้อยลงหรือมีงานบ้านค้างคั่ง คนที่ทำงานนอกบ้านก็อาจขาดงาน บ่อยๆ จนถูกเพ่งเล็ง เรียกว่าตัวโรคทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ บกพร่องลง หากจะ เปรียบกับโรคทางร่างกายก็คล้ายๆ กัน เช่น ในโรคหัวใจ ผู้ที่เป็นก็จะมีอาการต่างๆ ร่วมกับการ ทำอะไรต่างๆ ได้น้อยหรือไม่ดีเท่าเดิม

ดังนั้น การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นเป็นคนอ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่ท้อแท้ ซึมเศร้า แต่ที่เขาเป็นนั้นเป็นเพราะตัวโรค กล่าวได้ว่าถ้าได้รับการรักษา ที่ถูกต้องเหมาะสม โรคก็จะทุเลาลง เขาก็จะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจวัตรต่างๆ ดังเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลง หลักๆ จะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ ดังจะได้ กล่าวต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคซึมเศร่าดังที่จะกล่าวต่อไปนี้ อาจเป็นแบบ ค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไปเป็นเดือนๆ หรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์เลยก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงใด เป็นต้น และผู้ที่เป็นอาจไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมด แต่ อย่างน้อยอาการหลักๆ จะมีคล้ายๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กๆน้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด ทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่อยากทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นขึ้นมา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกวุ่นวายไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกวุ่นวายไปหมด ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้งๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ แรกๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิความจำแยลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเช้านึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ได้อ่านถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆถูกๆ

4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามิดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อืด แน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ดังกล่าวข้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะเข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม้บ้านอาจทนที่ลูกๆ ชนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

6. การงานแยลง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้

ทำ หรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี ในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอฟื้นใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้เริ่มลงงานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือ ประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อาการซึมเศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

ปัจจัยสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่

1. กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกรณีของผู้ที่มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง

2. สารเคมีในสมอง พบว่าระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้เศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลย์ของระบบสารเคมีเหล่านี้

3. บางคนมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบมองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งก็มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาการอาจมากจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

โรคซึมเศร้านั้นไม่ได้มีสาเหตุจากแต่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น เหมือนกับการป่วยเป็นไข้หวัด ก็มักเป็นจากร่างกายอ่อนแอ จากพักผ่อนน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร ถูกฝน อากาศเย็น ร่วมกับการได้รับเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดไข้หวัด ถ้าเราแข็งแรงดี แม้จะได้รับเชื้อหวัดก็ไม่เป็นอะไร ในทำนองเดียวกัน ถ้าร่างกายเราอ่อนแอ แต่ไม่ได้รับเชื้อหวัดก็ไม่เกิดอาการ การเริ่มเกิดอาการของโรคซึมเศร้านั้นมักมีปัจจัยกระตุ้น มากบ้างน้อยบ้าง บางครั้งอาจไม่มีก็ได้ซึ่งพบได้น้อย

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มักรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครสนใจ ต้องรับความกดดันต่างๆ แต่ผู้เดียว รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากจะสู้ปัญหาอะไร อีกแล้วแต่ขอให้ความมั่นใจว่าความรู้สึกเช่นนี้ไม่ได้เป็นอยู่ตลอดไป โรคนี้รักษาให้หายขาดได้ เมื่ออาการของโรคดีขึ้น มุมมองต่อสิ่งต่างๆ ในแง่ลบจะ

เปลี่ยนไป ความมั่นใจในตนเองจะมีเพิ่มขึ้น มองเห็นปัญหาต่างๆ ในมุมมองอื่นๆ ที่แตกต่างออกไป จากเดิมมากขึ้น

ในขณะที่คุณกำลังซึมเศร้าอยู่นั้น มีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

- การออกกำลังกาย การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยทางร่างกายแล้ว จิตใจก็ยังดีขึ้นด้วย โดยในผู้ที่มีการซึมเศร้าไม่มาก จะรู้สึกว่าจิตใจคลายความเศร้า และแจ่มใสขึ้นได้ การออกกำลังกายที่ดีจะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ ซึ่งจะช่วยให้หลับได้ดีขึ้น การกินอาหารดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น ถ้าได้ออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นด้วยก็จะยิ่งช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว

- อย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่เรายังต้องการการพักผ่อน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การกระตุ้นตนเองมากเกินไปกลับยิ่งจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่ที่ทำไมได้อย่างที่หวัง

- เลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ โดยมักจะเป็นสิ่งที่เราเคยชอบ เช่น ไปเที่ยวสวนสาธารณะ ไปเที่ยวชายหาดทะเล ชวนเพื่อนมาที่บ้าน

- พยายามทำกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นมากกว่าที่จะอยู่คนเดียว หลักการเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างหนึ่งก็คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้จะไม่คงอยู่ตลอดไป แต่จะขึ้นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วง คนที่มีความโศกเศร้ามักจะมีอารมณ์หงุดหงิด คิดว่าความรู้สึกนี้จะคงอยู่กับตนเองตลอดเวลา ในความเป็นจริงแล้วจะมีอยู่บางช่วงที่อารมณ์เศร้านี้เบาบางลง ซึ่งจะเป็นโอกาสที่ให้เราเริ่มกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้น

- อย่าตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต เช่น การหย่า การลาออกจากงาน ณ ขณะที่เรากำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้านี้การมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบอาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดไปได้ ควรเลื่อนการตัดสินใจไปก่อน หากจำเป็นหรือเห็นว่าปัญหานั้นๆ เป็นสิ่งที่กดดันเราทำให้อะไรๆ แสบจริง ๆ ก็ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดหลายๆ คนให้ช่วยคิด

- การมองปัญหาโดยไม่แยกแยะจะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่รู้จะทำอย่างไร การแก้ปัญหาให้แยกแยะปัญหาให้เป็นส่วนย่อยๆ จัดเรียงลำดับความสำคัญว่าเรื่องไหนควรทำก่อนหลัง แล้วลงมือทำไปตามลำดับโดยทิ้งปัญหาย่อยอื่นๆ ไว้ก่อน วิธีนี้จะพอช่วยให้รู้สึกว่าตนเองยังทำอะไรได้อยู่

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน.

(2550). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์

มานิช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า. ข้อมูลจิตเวชและสุขภาพจิตจากรพ.รามารับดี

<http://www.thailabonline.com/mental-depress.htm>

ครั้งที่ 3

ภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบ

90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจกระบวนการเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของตนเอง
2. เพื่อค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบของสมาชิก

แนวคิดพื้นฐาน

บุคคลที่มีอาการซึมเศร้า Beck มองว่าเป็นบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบในทุกๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมองตัวของเขาเอง โลกของเขาเอง และอนาคตของเขาเอง ซึ่งความคิดอัตโนมัติ คือ กระแสของความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต่อสถานการณ์ และส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคล ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดปกติกที่เกิดขึ้นในทุกคน ทั้งในคนที่ปกติและผู้ที่มีความผิดปกติ มักเป็นความคิดที่บุคคลมักจะไม่รู้ตัว ไม่ได้ตระหนักในการคิดอัตโนมัติของตนเอง ดังนั้น บุคคลควรเรียนรู้ที่จะสำรวจและค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเอง เพื่อให้เข้าใจกระบวนการของการเกิดความคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด
2. ใบความรู้ที่ 5 มารูจักภาวะซึมเศร้า
3. ใบความรู้ที่ 6 กระบวนการคิดอัตโนมัติด้านลบ
4. ใบงานที่ 6 ความคิดทางลบต่อตนเอง อนาคต และโลก
5. ใบงานที่ 7 แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดพูดคุยกัยทักทาย และให้สมาชิกสำรวจอารมณ์ของตนเองและบันทึกลงในใบงานที่ 1 (กราฟแสดงอารมณ์) พร้อมทั้งสอบถามอารมณ์ ความรู้สึกที่ผ่านมา และทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว ตัวอย่างคำถาม (10 นาที)

“สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง”

“พอจะจำได้ไหมคะ ว่าครั้งที่แล้วเราทำกิจกรรมอะไรกันบ้าง”

2. ให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สมาชิกได้อ่านเป็นการบ้าน จากนั้นผู้บำบัดสรุปเพิ่มเติมทั้งลักษณะอาการ สาเหตุ การรักษาและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า นำการบ้านครั้งที่แล้ว ไปงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด อภิปรายร่วมกัน โดยให้สมาชิกอธิบายที่ละคนจนครบทุกคน ตัวอย่างคำถาม (15 นาที)

“ดิฉันอยากให้แต่ละท่าน ช่วยอธิบายถึงการบ้านที่ได้ทำมา ว่าเรามีความคิดอย่างไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกเศร้า ช่วยอธิบายที่ละคนด้วยค่ะ”

“จากที่ได้ฟังทั้งหมด จะเห็นได้ว่าความคิดของแต่ละคนอาจเหมือนหรือต่างกัน แต่ต่างก็นำไปสู่การเกิดความรู้สึกเศร้า ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมได้ยาก เราจึงต้องเรียนรู้กระบวนการคิดอัตโนมัติของเรา”

3. ผู้บำบัดอธิบายโดยใช้สื่อนำเสนอทางคอมพิวเตอร์ (power point) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยครอบคลุมเนื้อหาในใบความรู้ที่ 6 กระบวนการคิดอัตโนมัติด้านลบ จากนั้นซักถามความเข้าใจของสมาชิกว่ามีความเข้าใจมากขึ้นเพียงใด และกระตุ้นให้สมาชิกได้ซักถามหากยังสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการคิดอัตโนมัติด้านลบ (15 นาที)

4. จากคำตอบในใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิด ให้สมาชิกนำความคิดดังกล่าวมาวิเคราะห์ถึงความคิดทางลบเกี่ยวกับการมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในใบงานที่ 6 (20 นาที)

6. ผู้บำบัดกล่าวชมเชยสมาชิกที่สามารถวิเคราะห์และเข้าใจความคิดอัตโนมัติของตนเอง และสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติว่าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และสมาชิกแต่ละคนจำเป็นต้องฝึกในการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น เนื่องจากความคิดมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของเรา (5 นาที)

7. ยุติกลุ่มและให้การบ้าน โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 7 ตารางบันทึกความคิดอัตโนมัติ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป (5 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

ใบความรู้ที่ 6

กระบวนการคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดอัตโนมัติทางลบ (automatic negative thoughts) หมายถึง ประโยค หรือวลี หรือจินตนาการที่เข้ามาในสมองอย่างรวดเร็ว โดยไม่ตั้งใจ ไม่ต้องพยายาม ไม่ผ่านกระบวนการความคิดที่มีเหตุผล ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ได้ไตร่ตรอง และส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติแตกต่างจากความคิดที่เป็นไปโดยสมัครใจ (voluntary thoughts) เพราะความคิดโดยสมัครใจจะเกิดขึ้นในขณะที่บุคคลมีสติรู้ตัวดี และเป็นความคิดที่สามารถควบคุมได้ ในขณะที่ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่มีความคงที่ (stable) มากกว่า และมีความเป็นเหตุเป็นผลน้อยกว่า (less accessible) แต่ทั้งความคิดอัตโนมัติและความคิดที่เป็นไปโดยสมัครใจ ต่างก็มีความสอดคล้องกับระบบความเชื่อ (belief systems or schemata) ของบุคคลแต่ละคน ซึ่งบุคคลได้มาจากการเรียน และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งตามแนวคิดของ Beck อธิบายความคิดอัตโนมัติทางลบ มีอยู่ 3 ประการ (Beck's cognitive triad) คือ 1) ความคิดต่อตนเองทางลบ 2) ความคิดต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อมทางลบ 3) ความคิดต่ออนาคตทางลบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

ประการที่ 1 ความคิดต่อตนเองทางลบ เป็นการมองตนเองในแง่ร้าย รวมทั้งการมีความคิดว่าจะเกิดหายนะ หรือคาดว่าจะเกิดเหตุไม่ดีต่อตนเอง และขยายผลเกินความเป็นจริง คิดว่าตนเองไม่ดี ไม่ยุติธรรม ไม่จริงใจ ผลลัพธ์ คือ สูญเสียพลังและแรงจูงใจ พฤติกรรมที่พบ เช่น การเคลื่อนไหวช้า มีกิจกรรม น้อยลง งานไม่เสร็จสมบูรณ์ หรือขาดการไตร่ตรองทำให้เกิดความผิดพลาด ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการไม่รอบคอบ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ประมาท ไม่สามารถทำงานให้สมบูรณ์ได้

ประการที่ 2 ความคิดต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อมทางลบ เป็นการมองว่าชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค และโหดร้าย คิดว่าคนบางคนไม่ยอมรับสิ่งที่ไม่จริง เกิดการเข้าใจผิด และขยายเกินความจริง ความคิดบกพร่อง จนส่งเสริมให้เกิดความโกรธ ความคิดต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อมทางลบ ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบต่อสิ่งแวดล้อม ในลักษณะของความโกรธหรือหึง มีแรงกระตุ้นคิดอยากทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ อารมณ์ทางลบถูกสะสมไว้อย่างมาก ตัวอย่างเช่น ประสงค์ร้ายหรืออยากทำอันตรายคนอื่น ต้องการทำให้คนอื่นสูญเสียเพื่อแก้แค้น รู้สึกชิงชัง ต้องการลงโทษคนอื่นเหมือนเขาไร้ค่า ต้องการแบ่งพวก รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ผู้อื่นน้อยลง

ประการที่ 3 ความคิดต่ออนาคตในทางลบ เป็นการคาดการณ์ว่าจะพบกับความทุกข์ตลอดไป ความคิดต่ออนาคตในทางลบส่งผลให้หมดความมั่นใจ คิดว่าอนาคตเปลี่ยนแปลงไม่ได้ คิดว่าตนเองไม่ดีจนเกินที่จะแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น บางความคิดให้ภาพไม่ดีต่อตนเองและอนาคต คิดว่า ถึงแม้จะพยายามปรับปรุงตนเองก็คงไม่มีใครยอมรับ ขาดความกระตือรือร้น รู้สึกหมดกำลังใจ

ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรต่อไป หมดเรี่ยวแรง รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเศร้า อยากตาย หรืออยากหายไปจากโลก

ความคิดทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมนิสัย ดังนั้นความคิดทางลบจึงส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมทางลบ ซึ่งความคิด เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนอย่างเป็นระบบ หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ในการบิดเบือนความคิดมีรูปแบบในการคิดดังต่อไปนี้ คือ

● สรุปเหตุการณ์เกินความเป็นจริง เช่น ฉันติดยาเคยเลิกหลายครั้งก็เลิกไม่ได้ ถึงจะบ่บัดอีกฉันก็คงก็เลิกไม่ได้

● คิดโทษตนเอง โดยเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้น คุณจะโทษตนเองว่าเป็นต้นเหตุของเหตุการณ์นั้น

● คิดไม่ยืดหยุ่น มักจะมองด้านด้านหนึ่ง ดีทั้งหมด หรือ ร้ายทั้งหมด

● มีความคิดมองโลกในแง่ร้าย

● เลือกรับรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่สนใจรายละเอียดในส่วนอื่น เช่น คนรักไม่รักเราเหมือนเดิม เพราะเค้าไม่โทรหาเรา

● สรุปความมากเกินไปเกินกว่าความเป็นจริง โดยมีความคิดสรุปในแง่ลบ ทั้งๆที่ไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ไม่สนใจคุณ เพราะคุณเป็นคนติดยา ที่ยังงี้ก็เลิกไม่ได้

● คิดเดาใจคนอื่นในแง่ไม่ดี

● ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยเกินไป

● คิดว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ

● การให้คุณค่าของคนโดยยึดลักษณะภายนอกเป็นสำคัญ เช่น คนติดยาอย่างฉัน คงจะทำอะไรไม่สำเร็จหรอก

ใบงานที่ 6 ความคิดทางลบต่อตนเอง อนาคต และโลก

คำชี้แจง ให้สมาชิกนำใบงานที่ 5 การวิเคราะห์ความคิดตนเอง มาวิเคราะห์ว่าความคิดที่มีนั้น
ความคิดใดบ้างเป็นการมองตนเอง โลก และอนาคตในทางลบ

การมองตนเอง	มองผู้อื่น/สิ่งแวดล้อม/โลก	มองอนาคต
ตัวอย่าง : ฉันเป็นคนไม่ดี	ตัวอย่าง : พ่อแม่ไม่รักฉันเลย ทิ้งให้อยู่กับคนอื่น	ตัวอย่าง: ฉันไม่รู้จะทำดีไปเพื่อ อะไร

ใบงานที่ 7 ตารางบันทึกความคิดอัตโนมัติ

วันที่	เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ	อารมณ์	พฤติกรรม
	1. เหตุการณ์ใด หรือความคิดอะไร หรือนึกอะไรแล้วทำให้เกิดอารมณ์ไม่สบายใจขึ้นมา 2. ร่างกายเกิดความรู้สึกอะไรที่ทำให้รู้สึกไม่สบายหรือทำให้ทุกข์ทรมานอย่างมาก(เช่น มือ การเต้นหัวใจ เป็นต้น)	1. ความคิดอะไรหรือมโนภาพอะไรเข้ามาในจิตใจในขณะนั้น 2. คุณเชื่อมากขนาดไหนเกี่ยวกับความคิดหรือมโนภาพนั้น (0-100)	1. อารมณ์อะไรเกิดขึ้นในขณะนั้น (เช่น เศร้า กังวล โกรธ เป็นต้น) 2. ความรุนแรงของอารมณ์แค่ไหน (0-100)	1. สิ่งที่แสดงออกมา
	ตัวอย่าง: 1. แฟนไม่โทรมา 2. ปวดหัว สมองต้อ	1. อยู่กับใครหรือเปล่า 2. เชื่อ 50%	1. โกรธ 60% 2. เครียด 70%	1. กระวนกระวาย รอทर्फ

ครั้งที่ 4

การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

90 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกสามารถพิสูจน์และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของตนเองว่าตรงตามความเป็นจริงหรือไม่

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7 ตารางบันทึกความคิดอัตโนมัติ
2. ใบงานที่ 8 การพิสูจน์ความคิดตนเอง, ใบงานที่ 9 แบบบันทึกอารมณ์เศร้า

แนวคิด

บุคคลที่มีอาการซึมเศร้า Beck มองว่าเป็นบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบในทุกๆเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมองตัวของเขาเอง โลกของเขาเอง และอนาคตของเขาเอง บุคคลเหล่านี้จะมองในทางลบทั้งสิ้น ยิ่งถ้าพวกเขามีอาการซึมเศร้ามากเท่าไร ความคิดเช่นนี้ก็จะครอบคลุมพวกเขามากขึ้นเท่านั้น โดยวิธีการบำบัดทางปัญญามุ่งเน้นในการเปลี่ยนสมมติฐานที่ผิด (faulty assumption) ของผู้ป่วย เปลี่ยนความเชื่อพื้นฐาน (basic belief) ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เปลี่ยนการเข้าใจที่ผิด (erroneous) หรือการทำงานทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional assumption) ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการหลีกเลี่ยงภาวะซึมเศร้าในอนาคต (Beck; Rush; Shaw; & Emery. 1979: 244)

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดพูดคุยทักทาย และให้สมาชิกสำรวจอารมณ์ของตนเองและบันทึกลงในใบงานที่ 1 (กราฟแสดงอารมณ์) พร้อมทั้งสอบถามอารมณ์ ความรู้สึกที่ผ่านมา และทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว (10 นาที)
2. ผู้บำบัดให้สมาชิกนำการบ้านครั้งที่แล้ว (ใบงานที่ 7) มาอภิปรายร่วมกัน ซึ่งเริ่มจากผู้บำบัดชมเชยสมาชิกที่ทำการบ้าน หลังจากนั้นให้สมาชิกอภิปรายคำตอบของตน ที่ละคน ว่าภายในสัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกได้สำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองว่าเป็นอย่างไรในแต่ละวัน พร้อมทั้งซักถามถึงปัญหาอุปสรรคในการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย
3. ตรวจสอบอารมณ์ของสมาชิกว่าในขณะนี้ยังมีปัญหาหรือความรู้สึกใดที่ยังค้างคาใจในใจของสมาชิกหรือให้ผู้ป่วยเลือกความคิดที่ทำให้ตนเองรู้สึกเศร้าที่สุด และให้สมาชิกกำหนดปัญหา

(agenda) ที่ต้องการจะพูดคุย หลังจากนั้นผู้บำบัดแนะนำขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสมผลขึ้น โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (20 นาที)

1) มุ่งค้นหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วยซึ่งเป็นความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ย่อยได้ (dysfunctional) เป็นความคิดที่บิดเบือนความเป็นจริง ซึ่งผู้บำบัดใช้คำถามในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเอง และให้ผู้ผู้ป่วยเขียนคำตอบลงในกระดาษ ตัวอย่างคำถามได้แก่

“ความคิดนี้ทำให้คุณเศร้าเพราะ...”

“อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจขณะนั้น”

“ลองย้อนดูว่าขณะที่มีอาการเศร้า คุณคิดอะไรอยู่”

“เรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร หรือคุณเป็นคนอย่างไรเรื่องนี้จึงเกิดขึ้นกับชีวิตคุณ”

2) การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบโดยการใช้คำถาม แบบ Socratic Questioning

“คุณคิดว่าคุณเชื่อความคิดนั้นจริงหรือไม่”

“มีหลักฐานอะไรสนับสนุนสิ่งที่คิด/เชื่อ”

“มีหลักฐานอะไรคัดค้านความคิดนั้นบ้าง”

“เคยมีสักครั้งหรือไม่ที่ความคิดนี้ไม่จริง”

“คนที่รักคุณมากรู้ว่าคุณคิดอย่างนี้ คุณคิดว่าเขาจะบอกคุณว่าอย่างไร”

4. ให้สมาชิกแต่ละคนได้สรุปกิจกรรมที่ได้ทำว่าได้เรียนรู้อะไร และมีความคิดอะไรเกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมบ้าง อีกทั้งสมาชิกได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความคิดของตนเองว่าอย่างไร (15 นาที)

5. ผู้บำบัดกล่าวชมเชยสมาชิกที่มีความเข้าใจในกระบวนการตรวจสอบความคิดของตนเอง โดยสรุปให้สมาชิกได้เข้าใจว่า ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นจริงหรือไม่เป็นจริงก็ได้ ดังนั้นเราควรมีวิธีการตรวจสอบโดยการหาหลักฐานอื่นๆมาพิสูจน์ความคิดที่มี เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยหรือ แสดงความรู้สึกลหลังจากได้ทำกิจกรรมทั้งหมด (5 นาที)

6. ยุติกลุ่มและให้การบ้าน ใบบางที่ 8 (การพิสูจน์ความคิดตนเอง) โดยเลือกความคิดที่ทำให้สมาชิกรู้สึกไม่ดี นำมาพิจารณาและพิสูจน์ความคิดนั้น และใบบางที่ 9 (แบบบันทึกอารมณ์เศร้า) โดยให้สมาชิกได้สำรวจอารมณ์เศร้าของตนเอง 1 สัปดาห์ในช่วงเวลาต่าง ๆ ตามใบบางและเขียนคะแนนเพื่อบอกระดับอารมณ์เศร้าของตนเอง พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป (5 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบบางทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

ใบงานที่ 8 การพิสูจน์ความคิดตนเอง

ให้สมาชิกเลือกความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี นำมาพิจารณาและพิสูจน์ความคิดนั้น โดยหาหลักฐานสนับสนุนและหลักฐานที่คัดค้านความคิดของตน ดังนั้น ความคิดที่ต้องการพิสูจน์ คือ

.....

หลักฐานสนับสนุน	หลักฐานคัดค้าน
	

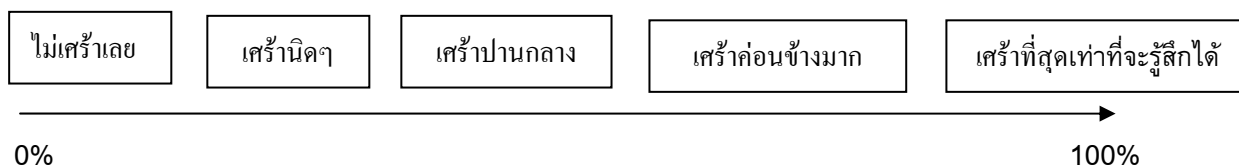
สรุปแล้วสมาชิกเชื่อความคิดดังกล่าวมากเพียงใด.....%

ถ้าไม่คิดแบบนั้น แล้วจะคิดแบบใดได้อีก

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

ใบงานที่ ๑ แบบบันทึกอารมณ์เศร้า

คำชี้แจง ให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกเศร้าของตนเองในช่วงเวลาระหว่างวันและบันทึกเป็นคะแนน
ตั้งแต่ 0 -100



วัน เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
05.00 – 09.00							
09.00 – 12.00							
12.00 – 15.00							
15.00 – 18.00							
18.00 – 20.00							
20.00 – 22.00							

ครั้งที่ 5

ค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการมองตนเอง

แนวคิด

ภาวะซึมเศร้าส่วนหนึ่งเกิดจากวิธีการคิดที่บิดเบือน โดยความคิดที่บิดเบือนมีดังนี้ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การคิดและการแปลความเกินความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว มีนิสัยที่จะมีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด และมีผู้ช่วยมีวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสม ทำให้นำไปสู่อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 8 การพิสูจน์ความคิดตนเอง, ใบงานที่ 9 แบบบันทึกอารมณ์เศร้า
2. ใบงานที่ 10 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า, ใบงานที่ 11 ตัวของฉัน

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำบัดพูดคุยทักทาย และให้สมาชิกนำการบ้านครั้งที่แล้ว (ใบงานที่ 8 การพิสูจน์ความคิดของตนเอง) โดยสอบถามความรู้สึกของสมาชิกว่ารู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อได้ทำการบ้าน หลังจากนั้นสิ่งที่ได้ทำมาอภิปรายร่วมกัน โดยให้สมาชิกอภิปรายที่ละคนถึงหลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดของสมาชิก และผู้นำบัดกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในแนวทางอื่นที่อาจจะเป็นไปได้ (20 นาที)

2. ผู้นำบัดสอบถามสมาชิก ถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพิสูจน์ความคิดของตนเอง หลังจากนั้นผู้นำบัดกล่าวสรุปว่าความคิดของแต่ละคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเรามีหลักฐานอื่น ๆ มาสนับสนุน หรือคัดค้านความคิดเดิมที่มี ดังนั้นเราจำเป็นต้องพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดของตนเองเสมอ เพื่อไม่ให้ความคิดดังกล่าวบิดเบือนจากความเป็นจริง (10 นาที)

3. ให้สมาชิกนำใบงานที่ 9 แบบบันทึกอารมณ์เศร้า ที่ได้ทำมาวิเคราะห์ว่า ช่วงเวลาใดที่ทำให้สมาชิกรู้สึกเศร้าที่สุด และสาเหตุน่าจะเกิดจากอะไร พร้อมทั้งซักถามอารมณ์เศร้าในปัจจุบัน (15 นาที)

4. ผู้บัตแจกใบงานที่ 10 วิเคราะห์สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ทำให้สมาชิกรู้สึกเศร้า โดยชี้แจงให้สมาชิกได้สำรวจตัวเองเกี่ยวกับสถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมใดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และทำให้สมาชิกรู้สึกเศร้า ไม่สบายใจ เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ถึงตัวกระตุ้นที่ทำให้สมาชิกเกิดอารมณ์เศร้าได้ หลังจากสมาชิกทำเสร็จ ให้สมาชิกนำคำตอบที่ได้ไปเขียนในกระดาษ flip chart เพื่อสรุปสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยให้สมาชิกช่วยกันสรุป (20 นาที)

4. ผู้บัตกล่าวสรุปถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเราสามารถจัดการและรับมือได้ และให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้และให้การบ้านใบงานที่ 11 ตัวของฉัน หลังจากนั้นจึงปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป (15 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม



ใบงานที่ 10 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความคิด ที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ที่ผ่านมามีผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ใจ หรือเป็นทุกข์จากสิ่งต่างๆต่อไปนี้

สถานการณ์

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ความคิด

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

อารมณ์

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

พฤติกรรม

- 1.....
-
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ใบงานที่ 11 ตัวของฉัน

คำชี้แจง ให้สมาชิกสำรวจความคิดที่มีเกี่ยวกับตนเองว่าตนเองเป็นอย่างไรตามคำถามดังต่อไปนี้

1. ฉันมีจุดอ่อน คือ

-
-
-

2. ฉันไม่เหมือนคนอื่นๆ เพราะ

-
-
-

3. คนอื่นๆไม่รักฉัน เพราะ

-
-
-

4. ฉันคู่สืบท้ากับอนาคต เพราะ

-
-
-

ครั้งที่ 6

การปรับเปลี่ยนความคิด

90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้เทคนิคการโต้แย้งความคิดที่ไร้เหตุผลเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกฝึกพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเองในประเด็นต่างๆที่เป็นสาเหตุทำให้สมาชิกเกิดภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้ คือ

- สถานการณ์หรือเหตุการณ์
- ความคิดที่ไม่มีเหตุผล
- ความคิดที่มีเหตุผล
- อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
- อารมณ์ที่เหมาะสม
- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- พฤติกรรมที่เหมาะสม

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 11 ตัวของฉัน
2. ใบความรู้ที่ 7 แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง, ใบงานที่ 12 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม, ใบงานที่ 13 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า

แนวคิด

บุคคลที่มีอาการซึมเศร้า Beck มองว่าเป็นบุคคลที่มีลักษณะของการคิดในทางลบในทุกๆเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมองตัวของเขาเอง โลกของเขาเอง และอนาคตของเขาเอง บุคคลเหล่านี้จะมองในทางลบทั้งสิ้น ยิ่งถ้าพวกเขามีอาการซึมเศร้ามากเท่าไร ความคิดเช่นนี้ก็จะครอบคลุมพวกเขามากขึ้นเท่านั้น โดยวิธีการบำบัดทางปัญญามุ่งเน้นในการเปลี่ยนสมมติฐานที่ผิด (faulty assumption) ของผู้ป่วย เปลี่ยนความเชื่อพื้นฐาน (basic belief) ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เปลี่ยนการเข้าใจที่ผิด (erroneous) หรือการทำงานทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional assumption) ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการหลีกเลี่ยงภาวะซึมเศร้าในอนาคต (Beck; Rush; Shaw; & Emery. 1979: 244) ซึ่งจะสอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดีเรียกว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought-NAT)
2. การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ
3. ตอบสนองตนเองเวลาที่มีความคิดทางลบเกิดขึ้นด้วยเทคนิคต่างๆ เช่น การคุยกับตนเอง การจินตนาการ เป็นต้น

วิธีดำเนินการ

1. กล่าวทักทายสมาชิก และสอบถามความรู้สึกของสมาชิกในช่วงที่ผ่านมา (5 นาที)
2. ให้สมาชิกนำการบ้านไปงานที่ 11 ที่ได้ทำมาอภิปรายร่วมกัน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันว่าอะไรทำให้เกิดความเชื่อเช่นนั้น สมาชิกในกลุ่มมีความเห็นสอดคล้องหรือคัดค้านความเห็นของเพื่อนอย่างไรบ้าง โดยสมาชิกได้เรียนรู้การพิสูจน์ความคิดของตนเอง ซึ่งหลังจากที่มีการพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้ว ผลพิสูจน์มีได้ 2 ลักษณะ ดังนี้คือ 1. ความคิดความเชื่ออัตโนมัติทางลบไม่จริง 2. ความคิดความเชื่ออัตโนมัติทางลบที่เป็นจริง จากนั้นผู้บำบัดใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยตั้งคำถามให้สมาชิกได้คิด ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ (25 นาที)

“ถ้าความคิดของท่านเป็นจริงขึ้นมา อะไรที่เป็นสิ่งที่แย่ที่สุดที่จะเกิดขึ้นกับท่าน หรืออะไรจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่จะเกิดขึ้นกับท่าน หรืออะไรจะเกิดขึ้นกับท่าน”

“สิ่งที่คุณคิดอยู่นี้มีประโยชน์อย่างไร”
3. ให้สมาชิกอภิปรายความคิดโต้แย้งที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสอบถามความคิด ความรู้สึกในขณะที่เกิดแตกต่างจากความคิดเดิม เพื่อหาความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วยเมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ และสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป (15 นาที)
4. แจกใบความรู้ที่ 7 แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจกระบวนการโต้แย้งความคิดของตนเอง โดยผู้บำบัดอธิบายกระบวนการคิดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้สมาชิกได้ทำในใบงานที่ 12 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม เพื่อฝึกให้สมาชิกได้เข้าใจกระบวนการคิดอย่างที่มีเหตุผล (15 นาที)
5. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายในใบงานที่ 12 ว่าสามารถเกิดความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมใดได้บ้าง จากสถานการณ์ที่กำหนด หลังจากนั้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม (15 นาที)
6. ผู้บำบัดสรุปอีกครั้งโดยเน้นให้สมาชิกได้เห็นความสำคัญของการโต้แย้งความคิดของตนเอง และการประเมินความคิดจะทำให้สมาชิกทราบว่า ความคิดใดเป็นความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ตามมา (5 นาที)

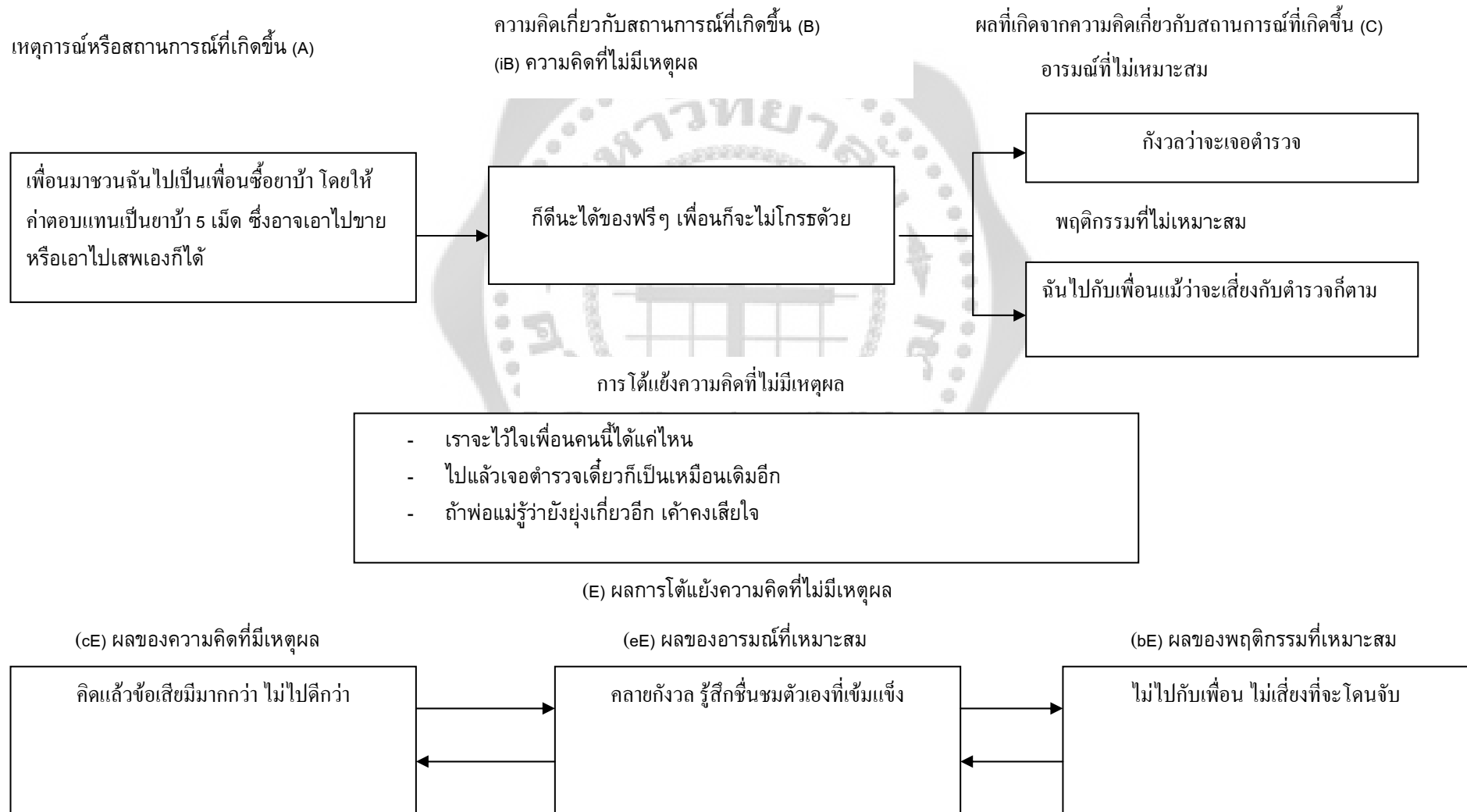
6. ให้การบ้าน ใบบงานที่ 13 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจวิธีการทำ และยุติกกลุ่ม นัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ประเมินการสังเกตพฤติกรรมในการมีส่วนร่วม
2. ประเมินความเข้าใจจากการทำใบบงานทั้งหมด

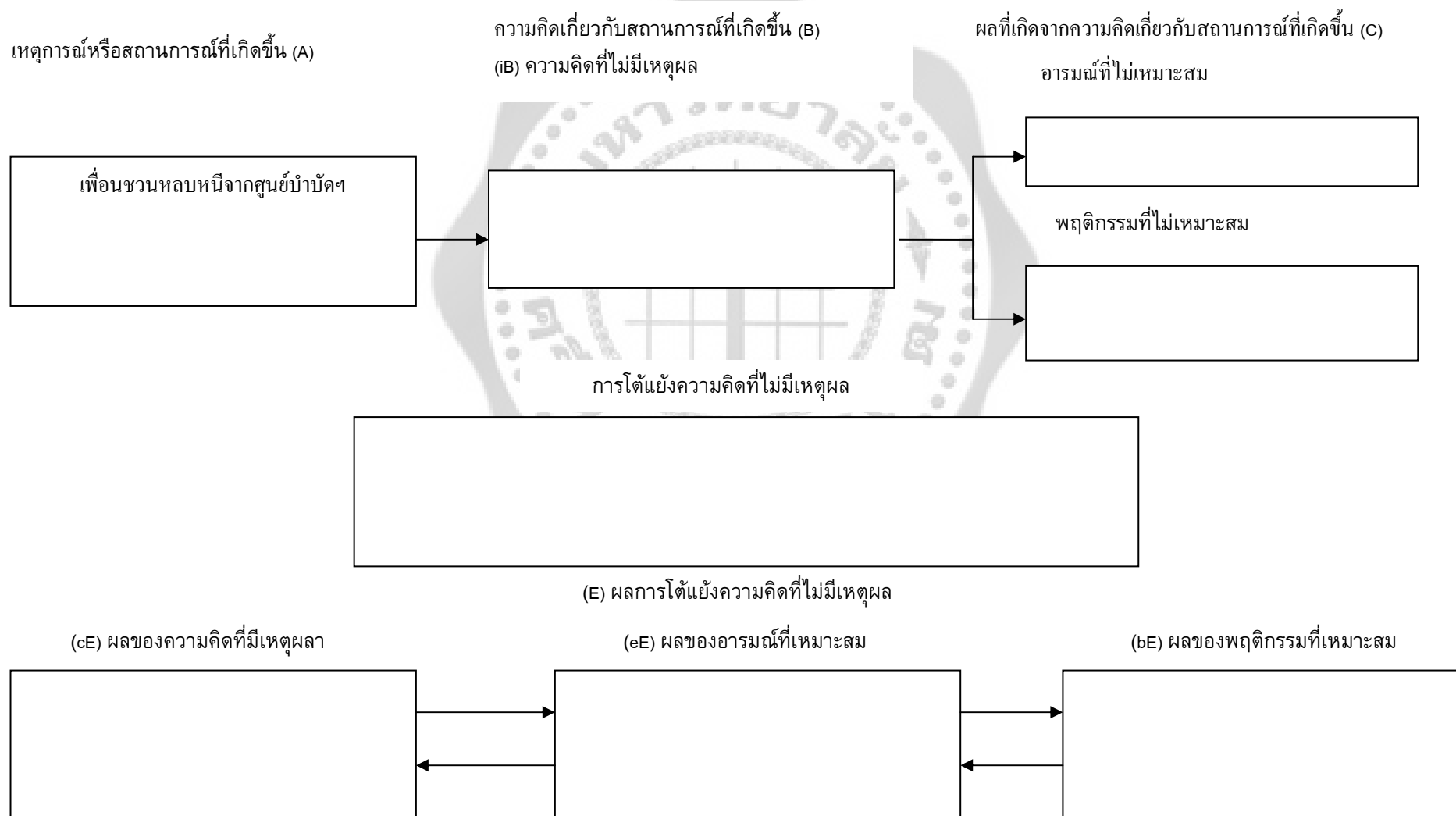


ใบความรู้ที่ 7 แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง



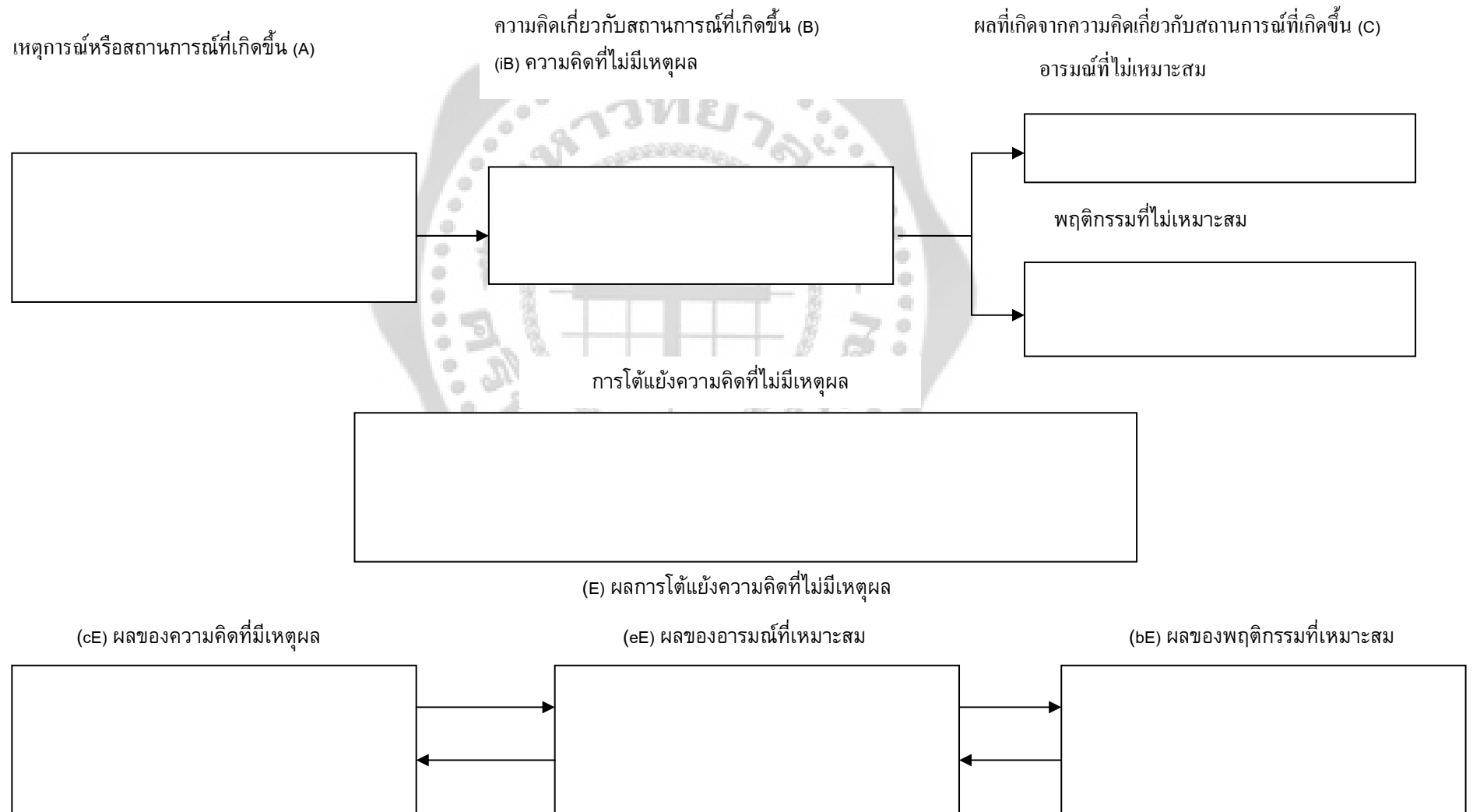
ใบงานที่ 12 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม

คำชี้แจง ให้สมาชิกสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ พร้อมทั้งเติมข้อความให้สมบูรณ์



ใบงานที่ 13 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ให้สมาชิกระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเศร้าที่สุด ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา แล้วประเมินความคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเองต่อไปนี้



ครั้งที่ 7

การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้า

90 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้มีทางเลือกที่หลากหลายในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเอง

แนวคิด

การใช้กระบวนการคิดแบบ ABC คือ การสำรวจสถานการณ์/ตัวกระตุ้น ที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม ในการเข้าใจพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งนอกจากความคิดแล้ว หากบุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ก็จะสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมด้วย

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 13 การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำบัดพูดคุยทักทาย และให้สมาชิกนำการบ้านครั้งที่แล้ว (ใบงานที่ 13) มาทบทวน วิเคราะห์ และอภิปรายร่วมกัน เพื่อช่วยกันตรวจสอบความคิด อารมณ์ที่สมาชิกได้แย้งกับตนเองว่า ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ โดยมีตัวอย่างคำถาม คือ (20 นาที)

“สถานการณ์/ความคิด/อารมณ์ ที่สมาชิกต้องการเปลี่ยนนั้น หากเป็นอย่างที่สมาชิกต้องการ สมาชิกคิดว่ามันจะมีประโยชน์แค่ไหน”

“...และการคิดเช่นนี้ทำให้ความรู้สึกที่มีดีขึ้นหรือแย่ลงกว่าเดิม

2. หลังจากนั้นให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม (10 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ผู้ช่วยได้เรียนรู้จากกิจกรรมโดยภาพรวมอีกครั้ง และกล่าวถึงผลกระทบที่ได้จากการมีอารมณ์ซึมเศร้าให้ผู้ช่วยฟัง หลังจากนั้นแนะนำวิธีการที่ช่วยจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเอง (15 นาที)
4. ให้สมาชิกระดมสมองสำรวจหากิจกรรม ที่ตนเองชื่นชอบ และสนับสนุนให้ผู้ช่วยได้ทำกิจกรรมดังกล่าวเป็นประจำ เพื่อลดเวลาว่างที่สมาชิกจะนำไปใช้ในการคิดถึงสถานการณ์ที่ส่งผลให้ตนเองมีอารมณ์เศร้า

5. ผู้นำบัดเสนอแนวทางในการลดอารมณ์ของตนเองโดยฝึกการหายใจ ที่ช่วยให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย จากความเครียด และความรู้สึกไม่สบายใจ โดยผู้นำกลุ่มจะสาธิตให้สมาชิกในกลุ่มสังเกตดูก่อน แล้วจึงเริ่มฝึกพร้อม ๆ กัน วิธีการฝึก คือ นั่งในท่าที่สบาย หลับตาเอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1.2.3.4 ให้มีรู้สึกว้าท้วงพอ ออก กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้าค่อย ๆ ผ่อน

ลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1..2..3..4..5.6..7..8.. พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว้ แล้วหายใจออกโดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงที่หายใจเข้า เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกผู้นำกลุ่มจะขอให้สมาชิกในกลุ่มนำไปฝึกเป็นการบ้านประจำวัน และให้ทำทุกครั้ง เมื่อสมาธิรู้สึกไม่สบายใจ (20 นาที)

6. ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
7. ปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม



ครั้งที่ 8

มองด้านบวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การมองตนเอง มองผู้อื่นและมองโลกตามความเป็นจริง
2. เพื่อให้สมาชิกรู้สึกชื่นชม และมองเห็นด้านบวกของตนเอง

แนวคิด

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy: CT) มีพื้นฐานความคิดโดยการใช้รูปแบบการประมวลผลข้อมูล (information-processing model) โดยหากบุคคลใดมีความเครียด ความคิดของพวกเขาก็จะถดถอยและไม่ยืดหยุ่น การตัดสินใจมักใช้แบบเหมารวม และบุคคลนั้นจะมีความเชื่อเกี่ยวกับตัวตนและโลกที่ไม่เปลี่ยนแปลง (fixed) แต่หากบุคคลไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด พวกเขาจะสามารถรับข้อมูลและประเมินผลได้อย่างชัดเจนถูกต้อง เช่น เขารู้สึกแย่ที่ไม่ได้ถูกเชิญไปงานเลี้ยง และเขาแปลความหมายของการไม่ได้ถูกเชิญไปงานเลี้ยงว่า เขาเป็นบุคคลที่ไม่น่าชื่นชอบ แทนที่เขาจะคิดเหตุผลอื่นๆ หรือเปิดใจยอมรับว่า คนเราสามารถเป็นบุคคลที่ไม่ชื่นชอบสำหรับผู้อื่นได้ ดังนั้นการจะเปลี่ยนความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการคิดของพวกเขา (Michael Neenan & Windy Dryden. 2004: 3) โดยการกระตุ้นให้พวกเขามองด้านบวกให้มากขึ้น

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 11 (การวิเคราะห์กระบวนการคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า)
2. ใบงานที่ 12 (การเตือนตนเอง), ใบงานที่ 13 (คิดอย่างไรจึงจะไม่เศร้า)

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายสมาชิก และสอบถามถึงอารมณ์ ความรู้สึกในช่วงที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้สมาชิกประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง สมาชิกท่านใดมีเรื่องที่ยังติดค้างหรือรบกวนจิตใจอยู่ หากมีให้สมาชิกเล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน (15 นาที)

2. ให้สมาชิกทบทวนสาระสำคัญที่ได้เรียนรู้ครั้งที่แล้ว และร่วมกันอภิปรายการบ้านของแต่ละคน โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและผลที่ตามมาจากการมีอารมณ์/ความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และเน้นให้สมาชิกได้เห็นความสำคัญในการคิดโต้แย้งความคิดของตนเอง และพิสูจน์ให้ตรงตามความเป็นจริง จากนั้นผู้บำบัดกล่าวถึงความสำคัญในการมองตนเอง ผู้อื่น และโลกในด้านบวก และสอบถามสมาชิกว่ามีความเห็นอย่างไรบ้าง (20 นาที)

3. แจกใบงานที่ 12 (การเตือนตนเอง) โดยให้สมาชิกเติมประโยคให้สมบูรณ์ตามความคิดของตนเอง ซึ่งสมาชิกสามารถคิดได้อย่างอิสระไม่มีถูกผิด และเติมประโยคที่แสดงถึงความเป็นตัวตนที่แท้จริงให้มากที่สุด (15 นาที)

4. หลังจากนั้นสอบถามความรู้สึกของสมาชิกว่าในขณะที่ทำรู้สึกอย่างไร และหลังจากทำแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง พร้อมทั้งในขณะนี้สมาชิกมองตนเองอย่างไรบ้าง และมุมมองที่มีแตกต่างจากเดิมหรือไม่อย่างไร (20 นาที)

5. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม และผู้บำบัดสรุปเพิ่มเติมอีกครั้งถึงผลที่ตามมาจากการมองตนเอง ผู้อื่น และอนาคต ในด้านบวก (10 นาที)

6. ให้การบ้าน ใบงานที่ 13 (คิดอย่างไรจึงจะไม่เศร้า) และมอบหมายให้สมาชิกคิดเพลงหรือบทกลอน บทความที่ทำให้สมาชิกรู้สึกดี มีความหวังหรือเป็นเพลงที่ให้กำลังใจ ที่อยากจะทำมอบให้สมาชิกในกลุ่มในครั้งต่อไป (5 นาที)

7. ปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

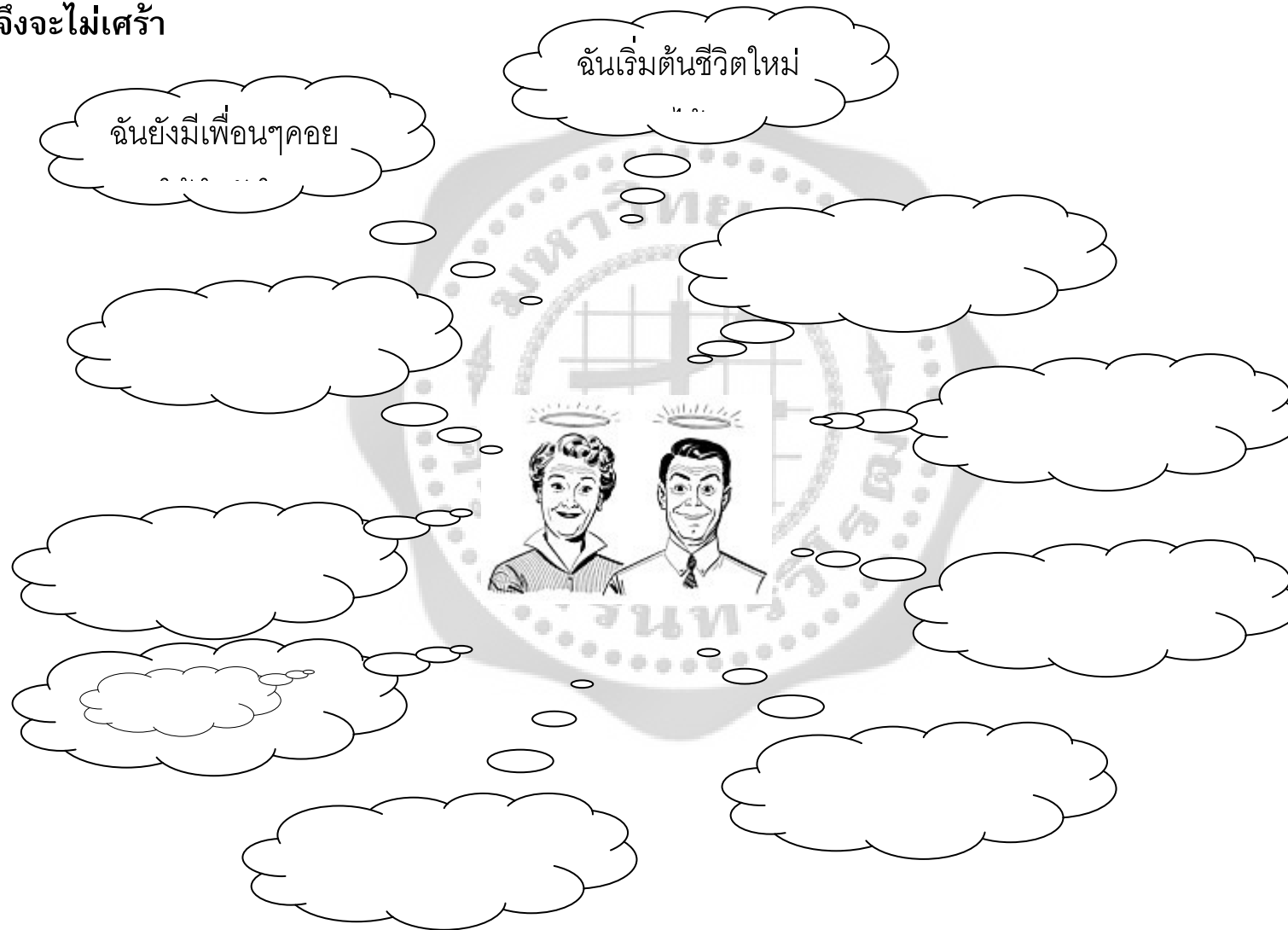
ใบงานที่ 14 การเตือนตนเอง

คำชี้แจง ให้สมาชิกเติมข้อความต่อไปนี้ให้เป็นประโยคที่สมบูรณ์

1. ฉันสามารถ.....
2. ฉันทำให้สิ่งที่หวังไว้สำเร็จได้โดย.....
3. ความหดหู่ ซึมเศร้าของฉันเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์ แต่ฉัน.....
4. ฉันไม่ได้เก่งในทุกอย่างแต่.....
5. แม้ฉันจะมีเรื่องที่ไม่สมหวัง ฉันก็ยังคิดว่า.....
6. ฉันดูเหมือนจะมีปัญหามากมาย แต่ฉัน.....
7. ยังมีคนที่ชื่นชอบฉันอยู่ แม้ฉันจะ.....
8. ฉันมีคุณค่ากับคนอื่น ๆ เพราะ.....
9. อดีตของฉันอาจผิดพลาด แต่ฉันเชื่อมั่นว่า.....
10. ฉันมีสิ่งที่ดี คือ.....
11. อนาคตฉันอาจจะพลาดอีก แต่.....
12. คนอื่นๆทำให้ฉันเสียใจ แต่ฉันคิดว่า.....

ใบงานที่ 15 คิดอย่างไรจึงจะไม่เศร้า

คิดอย่างไรจึงจะไม่เศร้า



ครั้งที่ 9

การวางแผนเป้าหมายและตารางชีวิต

90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการจัดการกับปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกประเมินผลแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตนเองและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยการแสดงบทบาทสมมติ

แนวคิด

การใช้เทคนิค PIE เพื่อให้สมาชิกพิจารณาเปรียบเทียบข้อคิดของตนเอง โดยการวิเคราะห์ชีวิตในปัจจุบันและชีวิตในอุดมคติที่ผู้ป่วยต้องการ ในเรื่องราวต่างๆในชีวิตได้แก่ งาน เพื่อน ความสนุกสนาน ครอบครัว การดูแลสุขภาพของตนเอง การดูแลบ้านเรือน การทำให้จิตใจตนเองดีขึ้น และความสนใจในเรื่องอื่นๆ ซึ่งประเด็นต่างๆเหล่านี้ เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผน และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุล

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 (ตัวอย่างการจัดตารางชีวิต)
2. ใบงานที่ 14 (ตารางชีวิตของฉัน)

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายสมาชิก และทบทวนสาระสำคัญที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วจากนั้นจึงทบทวนการบ้านใบงานที่ 13 (คิดอย่างไรจึงจะไม่เศร้า) เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดร่วมกันและให้กำลังใจกันและกัน ส่วนเพลงที่ทำให้สมาชิกรู้สึกดีนั้น ผู้บำบัดขอให้สมาชิกเสนอในช่วงท้ายของชั่วโมง (15 นาที)
2. ผู้บำบัดแจกใบความรู้ที่ 7 ตัวอย่างการจัดตารางชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้การวางแผนเป้าหมายและจัดสรรกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง หลังจากที่สมาชิกทำความเข้าใจใบความรู้แล้ว ให้สมาชิกทำใบงานที่ 16 ตารางชีวิตของฉัน (15 นาที)
3. จากนั้นให้สมาชิกได้อภิปรายถึงตารางชีวิตของแต่ละคน และประเมินตนเองถึงความเป็นไปได้ในการทำจริงมากน้อยเพียงใด พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยวิเคราะห์ว่าตารางชีวิตที่เพื่อนนำเสนอ นั้นมีความสมมูลมากน้อยเพียงใด (20 นาที)

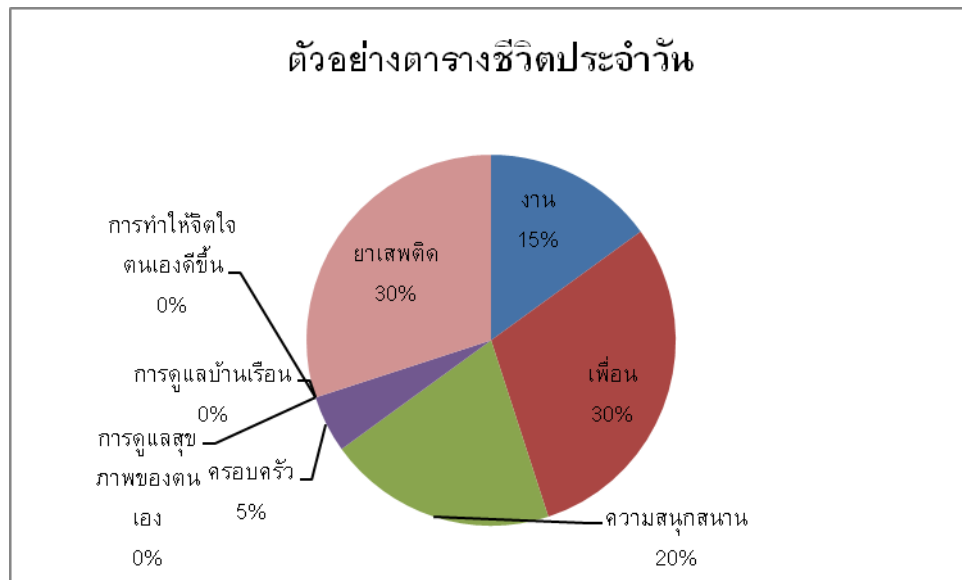
4. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้ และสอบถามความรู้สึกหลังจากที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันมาทั้งหมด 8 ครั้ง ว่ารู้สึกอย่างไร และได้เรียนรู้หรือมีสิ่งใดบ้างที่ได้ปรับเปลี่ยนไป (20 นาที)
5. ให้สมาชิกแต่ละคนได้กล่าวความรู้สึกที่อยากบอกสมาชิกในกลุ่ม หรือ ร้องเพลง อ่านบทกลอนที่ได้เตรียมมา เนื่องจากการเจอกันครั้งสุดท้าย หลังจากนั้นผู้บับด์กล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและกล่าวให้กำลังใจ พร้อมทั้งชมเชยสมาชิกที่พัฒนาการดีขึ้น
6. ให้สมาชิกได้พูดชมเชยตนเองคนละ 1 ข้อความ เสมือนเป็นคำมั่นสัญญา ในการดูแลตัวเองต่อไปในอนาคต ผู้บับด์กล่าวขอบคุณ และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากใบงานทั้งหมดว่าสมาชิกมีความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck

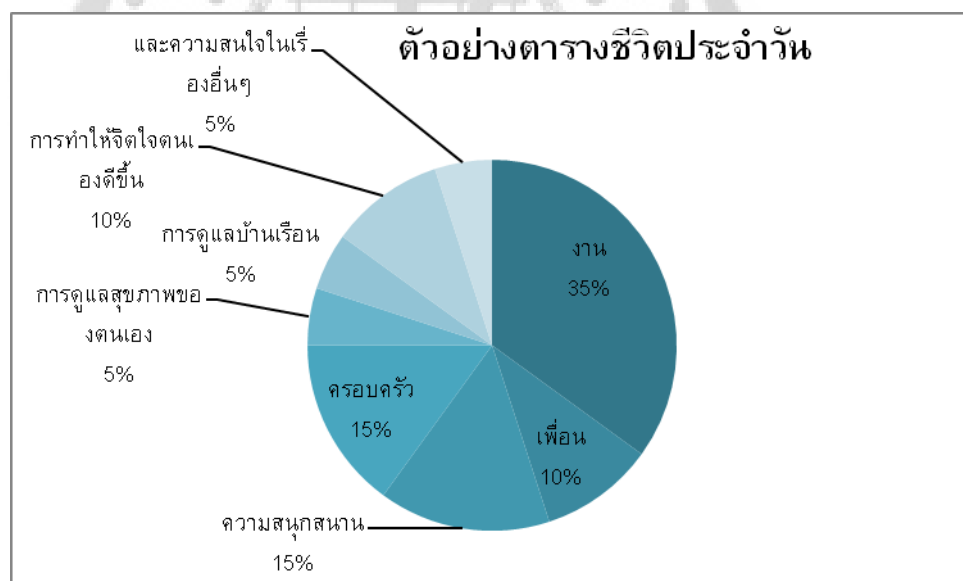


ใบความรู้ที่ 7 ตัวอย่างการจัดตารางชีวิต



เวลาที่ใช้ไป
จริง

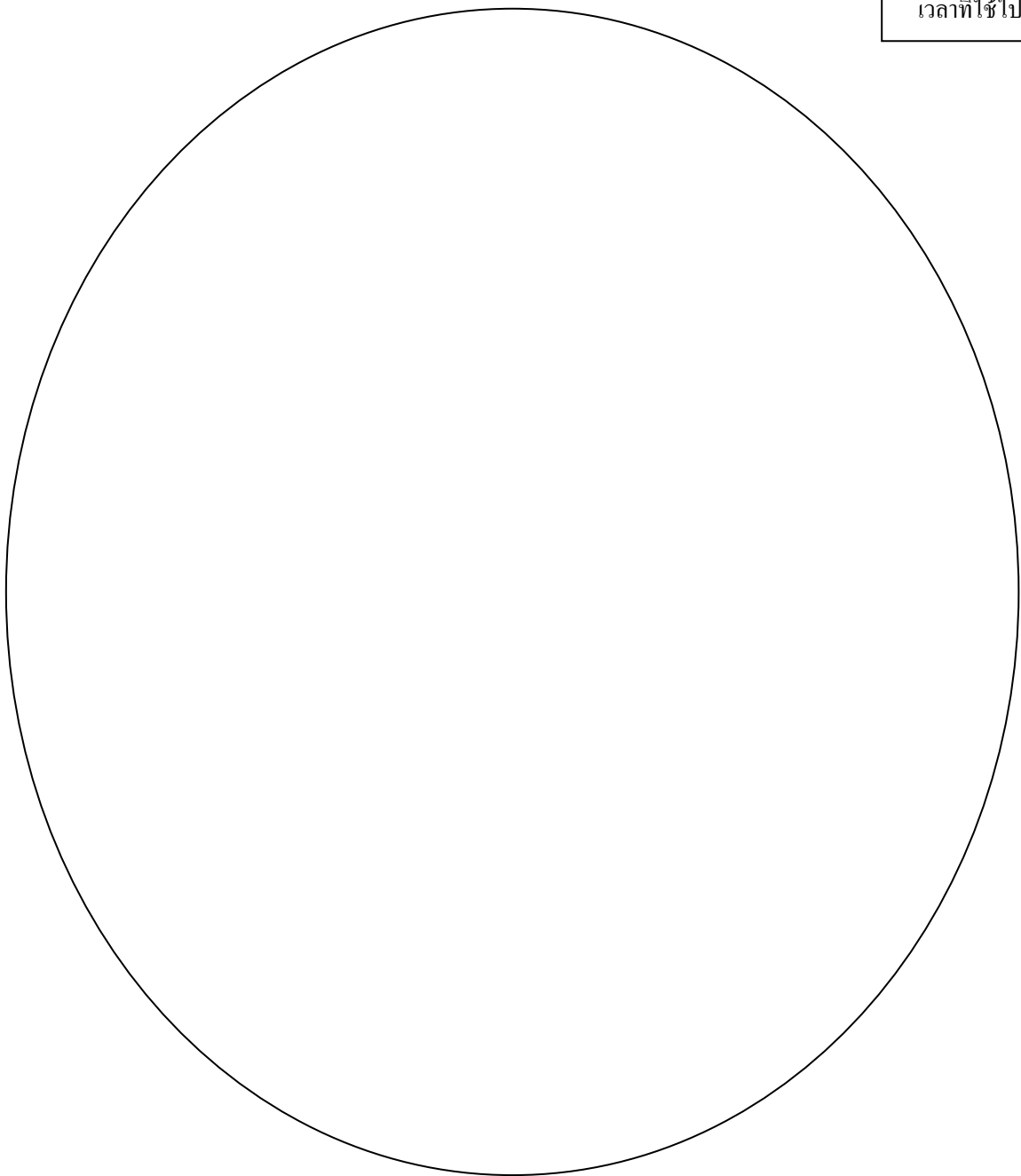
อุดมคติ



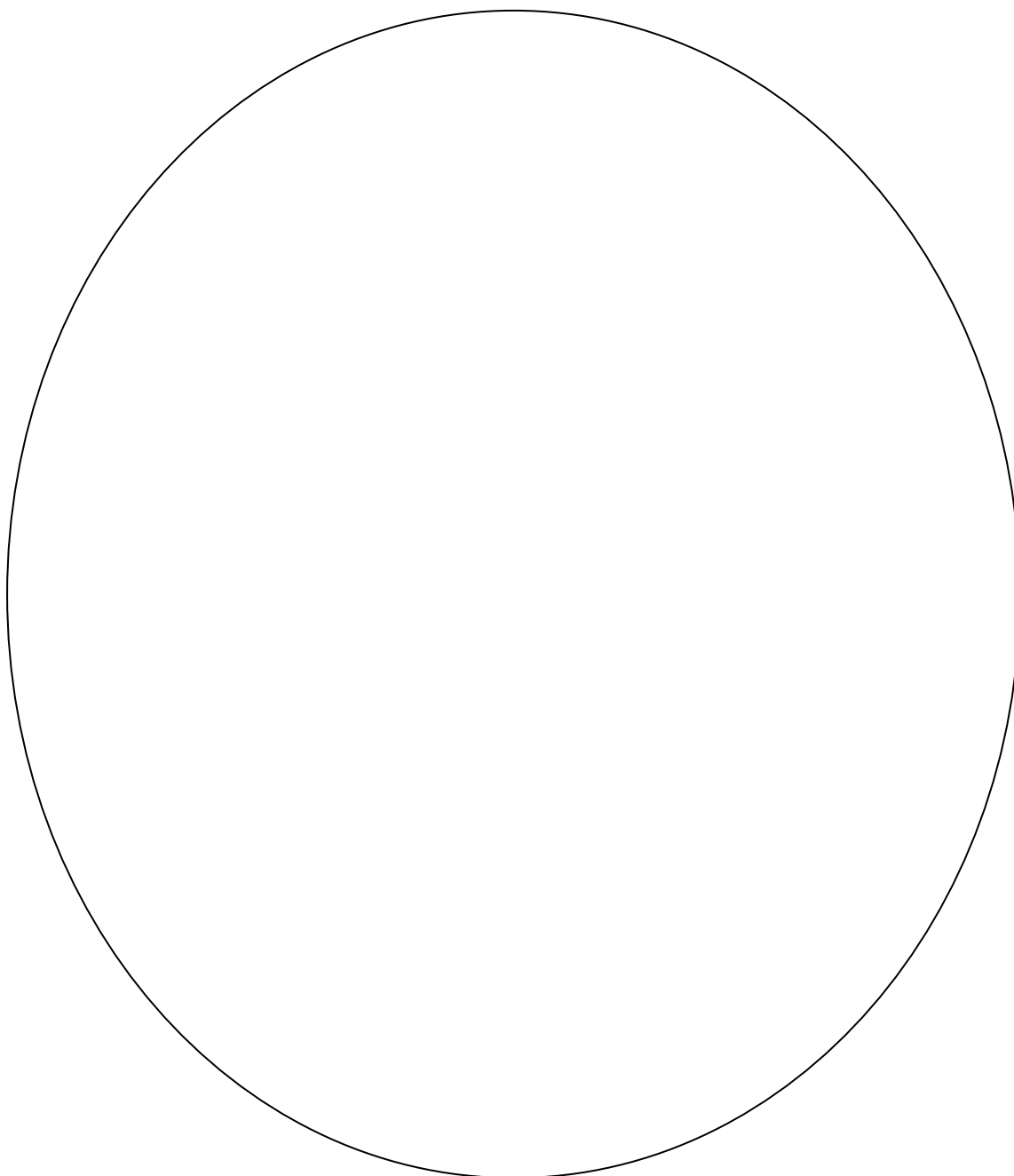
ใบงานที่ 16 ตารางชีวิตของฉัน

คำชี้แจง ให้สมาชิกได้แบ่งสัดส่วนตารางชีวิตของตนเอง โดยทำเป็นสองส่วน คือ เวลาที่ใช้ไปจริง
และเวลาที่ต้องการในอุดมคติ

เวลาที่ใช้ไปจริง



อุดมคติ



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ID.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....

ระดับการศึกษา.....ประเภทของสารเสพติดที่ใช้.....

ตอนที่ 1

ต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละกลุ่ม แล้วเขียนวงกลมรอบตัวเลขหน้าข้อความในแต่ละกลุ่มเพียงข้อความเดียวเท่านั้น ที่ตรง หรือใกล้เคียง กับความรู้สึกของท่าน ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้แน่ใจว่าท่านได้อ่านข้อความทุกข้อในแต่ละกลุ่ม ก่อนที่จะเลือกตอบ

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง
 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่ามีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้น
3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว
 1 ฉันรู้สึกว่าคุณทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น
 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
 3 ฉันรู้สึกว่าคุณเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
4. 0 ฉันมีความพอใจในสิ่งต่างๆเหมือนเคย
 1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในสิ่งต่างๆมากขึ้น
 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจจากหลายๆสิ่งอย่างมาก
 3 ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
5. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกผิด
 1 ฉันรู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

- 6 0 ฉันรู้สึกว่าคุณไม่ต้องถูกลงโทษ
 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 2 ฉันคาดว่าฉันต้องถูกลงโทษ
 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ
- 7 0 ฉันไม่รู้สึกผิดหวังกับตนเอง
 1 ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง
 2 ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนตนเอง
 3 ฉันเกลียดตัวฉันเองมาก
- 8 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันดูแลกว่าคนอื่น
 1 ฉันคิดถึงความอ่อนแอและความผิดพลาดของตนเอง
 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ทำผิด
 3 ฉันตำหนิตนเองทุกครั้งที่รู้สึกเลวร้ายเกิดขึ้น
- 9 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 1 ฉันคิดที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 3 ฉันฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
- 10 0 ฉันร้องไห้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น
 1 ฉันร้องไห้บ่อยครั้งกว่าที่เคย
 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เหลือเกิน
- 11 0 ฉันรู้สึกไม่ฉุนเฉียวโกรธอะไรง่าย ๆ
 1 ฉันเป็นคนฉุนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
- 12 0 ฉันยังให้ความสนใจคนอื่นอย่างเคย
 1 ฉันสนใจคนอื่นน้อยลงกว่าที่เคย
 2 ส่วนใหญ่ฉันมักไม่สนใจคนอื่นอย่างเคย
 3 ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง
- 13 0 ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องใดๆได้อย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะตัดสินใจเรื่องใดๆมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความยากลำบากในการตัดสินใจเรื่องใดๆมากกว่าที่เคย
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจเรื่องใดๆได้อีกเลย

- 14 0 ฉันรู้สึกว่าคุณไม่ได้ดูแลจากเมื่อก่อน
1 ฉันกังวลว่าคุณจะดูแลและไม่สนใจ
2 ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในบุคลิกของคุณและทำให้ฉันไม่สนใจ
3 ฉันเชื่อว่าฉันดูน่าเกลียด
- 15 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเดิม
1 ฉันต้องใช้ความพยายามมากขึ้นก่อนที่จะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไรๆ
3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 16 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
2 ฉันตื่นนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และนอนหลับต่อได้ยาก
3 ฉันตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้อีก
- 17 0 ฉันไม่รู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ
1 ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ
2 ฉันรู้สึกเหนื่อยมากจากการทำสิ่งต่างๆ
3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้
- 18 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย
- 19 0 น้ำหนักของฉันคงที่
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 3 กิโลกรัม
3 น้ำหนักของฉันลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัม
- 20 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
1 ฉันกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยๆเล็กน้อยๆ
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันจนยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่นๆ
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันมากจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยมาก
3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ให้สมาชิกทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เห็นด้วย และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ไม่เห็นด้วย

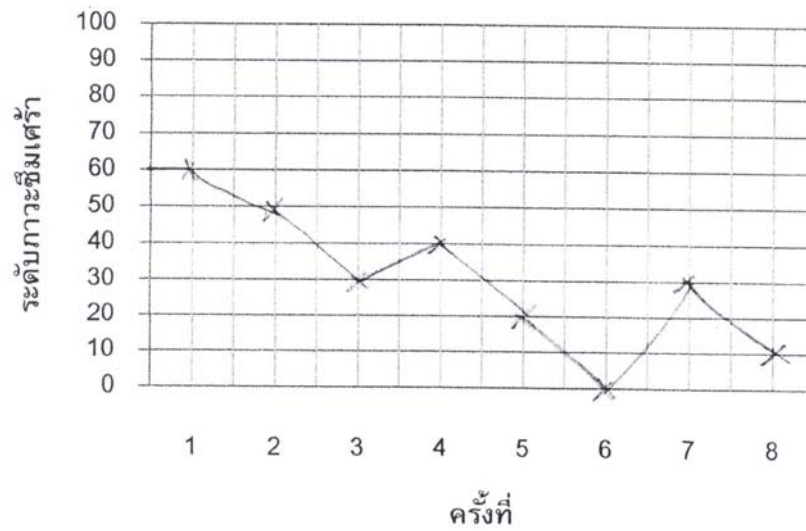
ความเห็น	ข้อความ
	1.ฉันทำอะไรไม่ได้เลย
	2. ฉันเกิดมาเพื่ออยู่ตามลำพังคนเดียว
	3. ฉันควบคุมอะไรไม่ได้เลย
	4. ฉันอ่อนแอ
	5. อนาคตฉันดูสิ้นหวัง
	6. ฉันไม่ดีพอ
	7. ฉันไม่ได้รับความรัก
	8. ฉันไม่เอาไหนเลย
	9. คนอื่นไม่ต้องการฉัน
	10. อนาคตของฉันก็คงไม่ต่างจากวันนี้
	11. ไม่มีใครช่วยฉันแก้ปัญหาเลย
	12. ฉันหาทางออกให้กับตัวเองไม่ได้
	13. ฉันควรถูกทอดทิ้ง
	15. ฉันไม่อยากคิดถึงวันพรุ่งนี้

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างใบงานผู้ป่วย



ใบงานที่ 1 แบบสำรวจอารมณ์



ไม่เตร้าเลย

เต้านิดๆ

เต้าป่านกลาง

เศร้าค่อนข้างมาก

เต๋ราที่ลุดเท่าที่จจะรู้สึกได้

0%

100

ใบงานที่ 2 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

สถานการณ์ที่ 1 หากต้องอยู่บำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาล

คิดอย่างไร

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
1. ไม่อยากไป	2. ไม่อยากไป	3. ไม่อยากไป	4. ไม่อยากไป	5. ไม่อยากไป	6. ไม่อยากไป

รู้สึกอย่างไร

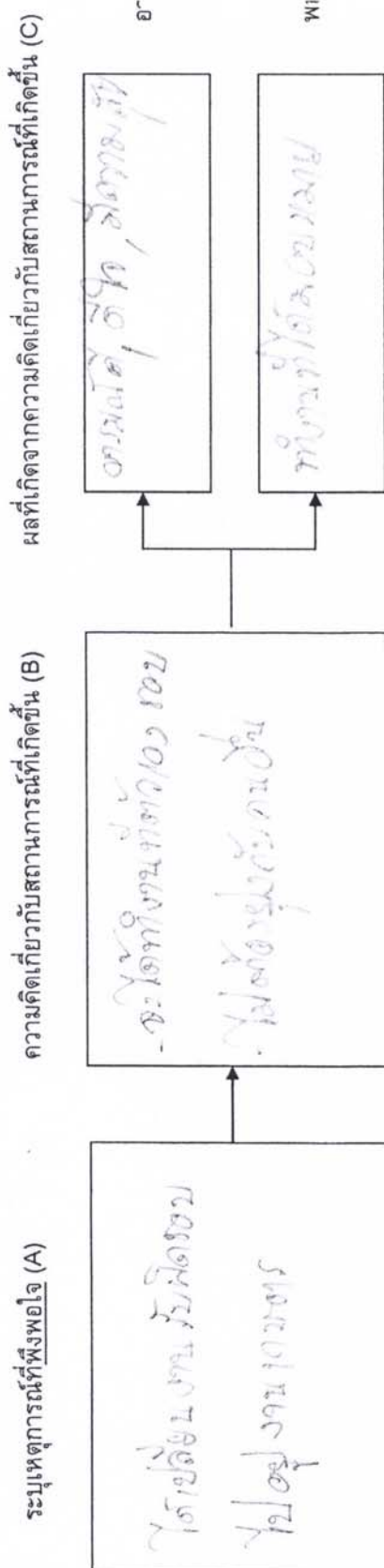
1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
1. กลัว	2. กลัว	3. กลัว	4. กลัว	5. กลัว	6. กลัว

ทำอย่างไร

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
1. ไม่ทำอะไร	2. ไม่ทำอะไร	3. ไม่ทำอะไร	4. ไม่ทำอะไร	5. ไม่ทำอะไร	6. ไม่ทำอะไร

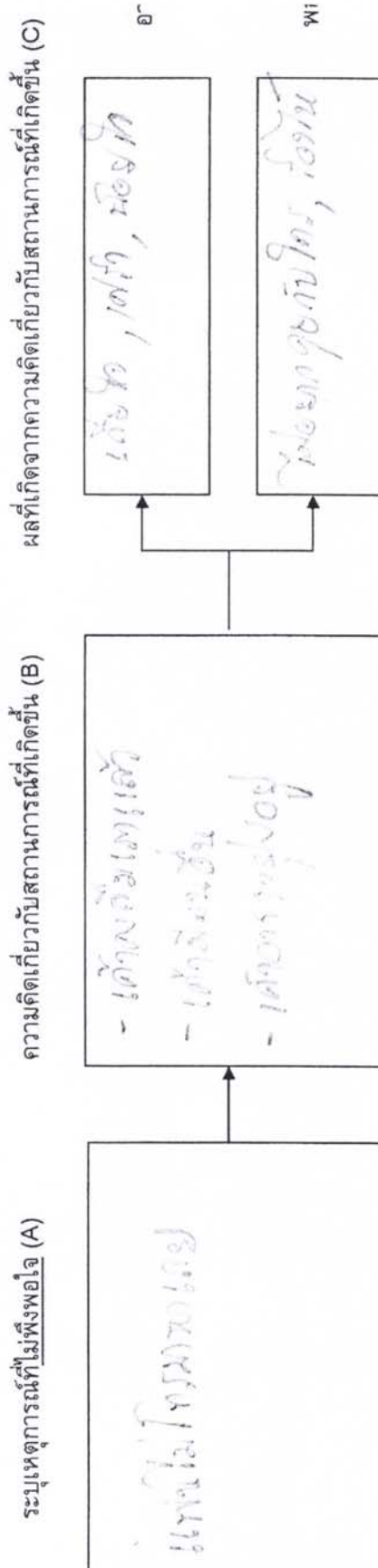
ใบงานที่ 4 การสังเกตความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกพึงพอใจ พร้อมทั้งสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองหลังจากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น



ใบงานที่ 4 การสังเกตความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่พึงพอใจ พร้อมทั้งสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองหลังจากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น



ใบงานที่ 2 การวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

สถานการณ์ที่ 2 หากต้องสูญเสียคนรัก

ความคิด

อารมณ์ความรู้สึก

พฤติกรรม

1.
2.
3.
4.
5.
6.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ภาคผนวก ง

ตารางการกิจกรรมและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น



ตารางกิจกรรมและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ บ้านตะวันฉาย (ผู้ป่วยหญิง)

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น

วัน / เวลา	8.00 - 9.30 น.	9.30 - 10.30 น.	10.30 - 11.30 น.	13.30 - 14.30 น.	14.30 - 15.30 น.	15.30 - 16.00 น.	16.00 - 18.00 น.	18.00 - 20.00 น.
จันทร์	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มจิตบำบัด		กลุ่มสัมมนา	กลุ่มRP			
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน		ประชุมคณะรับผิดชอบ				
อังคาร	กลุ่มประชุมเช้า	MET 1	Individual Cng	MET 2	Gastalt Group			Spiritual therapy
		CBT 1		CBT 2				
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน		ปฏิบัติงานตามทีมงาน ประชุมคณะรับผิดชอบ				
พุธ	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มศิลปบำบัด		กลุ่มแนะแนว	กลุ่ม RP			
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน		Individual Cng	กลุ่มจิตวิญญาณ			
				ประชุมคณะรับผิดชอบ ปฏิบัติงานตามทีมงาน				
พฤหัสบดี	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มจิตบำบัด		กลุ่ม RP	กลุ่มศึกษาแนะแนว	Gastalt Group		Spiritual therapy
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน		ประชุมคณะรับผิดชอบ ปฏิบัติงานตามทีมงาน				
ศุกร์	กลุ่มประชุมเช้า	ปฏิบัติงานตามทีมงาน		กลุ่มปรับความเข้าใจ		ประชุมคณะรับผิดชอบ		
เสาร์	กลุ่มประชุมเช้า	Supportive counseling Family counseling / therapy		Supportive counseling Family counseling / therapy				
		ญาติเยี่ยม กิจกรรม 5 ส.		กลุ่มพัฒนาความคิด	ญาติเยี่ยม			
อาทิตย์	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มศิลปบำบัด กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		พักผ่อนตามอัธยาศัย				ประเมินทีมงาน

เวลา 06.00 น. กายบริหาร

เวลา 06.30 น. ทำความสะอาดเขตรับผิดชอบภายใน

เวลา 07.45 น. รับประทานอาหารเช้า

เวลา 16.00 น. กายบริหาร

เวลา 17.00 น. รับประทานอาหารเย็น

เวลา 20.00 น. กลุ่มประชุมเย็น

ตารางการกิจกรรมและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ บ้านแสงอรุณ (ผู้ป่วยชาย)

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น

วัน / เวลา	8.00 - 9.30 น.	9.30 - 10.30 น.	10.30 - 11.30 น.		13.30 - 14.30 น.	14.30 - 15.30 น.	15.30 - 16.00 น.	16.00 - 18.00 น.	18.00 - 20.00 น.	
จันทร์	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่ม CBT	กลุ่ม RP		กลุ่ม TR	กลุ่มดนตรีบำบัด	Supportive counseling Brief therapy		Spiritual therapy	
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน			กลุ่มศิลปบำบัด					
		ประชุมคณะรับผิดชอบ								
อังคาร	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มค้นพบตัวเอง	กลุ่ม CBT		อาชีพบำบัด		Supportive counseling Brief therapy		กลุ่มนันทนาการ	
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน			กลุ่มจิตบำบัด					
		ประคับประคอง			ประชุมคณะรับผิดชอบ					
					ปฏิบัติงานตามทีมงาน					
พุธ	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่ม CBT	กลุ่ม RP		กลุ่มดนตรีบำบัด	ครอบครัวศึกษา	Supportive counseling Brief therapy		Spiritual therapy	
		กลุ่มสมาชิกใหม่			ประชุมคณะรับผิดชอบ					
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน			ปฏิบัติงานตามทีมงาน					
พฤหัสบดี	กลุ่มประชุมเช้า	กลุ่มจิตบำบัด			กลุ่มสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มพัฒนาบทบาท	Supportive counseling Brief therapy		กลุ่มพบที่ปรึกษา	
		ปฏิบัติงานตามทีมงาน			ประชุมคณะรับผิดชอบ					
					ปฏิบัติงานตามทีมงาน					
ศุกร์	กลุ่มประชุมเช้า		กลุ่มศิลปบำบัด		กลุ่มปรับความเข้าใจ		ประชุมคณะรับผิดชอบ		ประเมินทีมงาน	
เสาร์	กลุ่มประชุมเช้า	Supportive counseling Family counseling / therapy			Supportive counseling Family counseling / therapy					
		เยี่ยมญาติ			เยี่ยมญาติ					
		กิจกรรม 5 ส.								
อาทิตย์	กลุ่มประชุมเช้า	Supportive counseling Family counseling / therapy			Supportive counseling Family counseling / therapy					
			กลุ่มพัฒนาความคิด		เยี่ยมญาติ					
		กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์								
		เยี่ยมญาติ								

เวลา 06.00 น. ภายหลังบริหาร

เวลา 06.30 น. ทำความสะอาดเขตรับผิดชอบภายใน

เวลา 07.30 น. ทำความสะอาดเขตรับผิดชอบภายนอก

เวลา 16.00 น. ภายหลังบริหาร

เวลา 20.00 น. กลุ่มประชุมเย็น

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวสุพรรณษา พูลพิพัฒน์
วันเดือนปีเกิด	2 ตุลาคม 2522
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น 775 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย
	จาก โรงเรียนสกลราชวิทยานุกูล
พ.ศ. 2545	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาจิตวิทยา
	จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2554	วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (วท.ม.) วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
	จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร

