

Effect of Cognitive Behavioral Therapy Oriented Program for Decreasing Depression Disorder in Drug Addicts ¹

*Supansa Pulpipat*²
*Ungsinun Intarakamhang*³
*Supaporn Thanachanun*⁴

Received: January 18, 2012

Accepted: May 15, 2012

Abstract

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. and 4) No significant difference in depression between males and females. In later stages of the program and follow-up.

Keywords: cognitive behavioral therapy, depression, drug addicts

¹ Thesis for The Master degree in Applied Behavioral Science Research

² Graduate Student, Master degree in Applied Behavioral Science Research, Srinakharinwirot University
E-mail: Tac_supansa@yahoo.com, Tel. 668-9187-6871

³ Associate Professor in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

⁴ Lecturer in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด¹

สุพรรณษา พูลพิพัฒน์²
อังคินันท์ อินทรกำแหง³
สุภาพร ธนะชานันท์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแต่ละกลุ่มมีเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 8 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบบแผนการทดลองที่ใช้คือ การวิจัยเชิงทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง และวัดซ้ำในช่วงติดตามผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบวัดรูปแบบความคิดที่บิดเบือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบว่า มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯกับระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากรยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯกับระยะติดตามผล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน และ 4) ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล

คำสำคัญ: การปรับพฤติกรรมทางปัญญา ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยยาเสพติด

¹ ปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

² นิสิตระดับมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: Tac_supansa@yahoo.com, Tel. 668-9187-6871

³ รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

⁴ อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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) ซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจและรักษาพยาบาลรวมเป็นเงินมหาศาล โดยองค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปีค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากกับเรื่องนี้ แต่การสูญเสียจากความทุกข์ทรมานของมนุษย์ไม่สามารถประเมินได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารบกวนการทำงานที่ตามปกติของมนุษย์และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานใจไม่เพียงแต่ผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้นแต่หมายรวมถึงผู้ที่ดูแลผู้เจ็บป่วยเหล่านี้ด้วย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงสามารถทำลายชีวิตของคนในครอบครัว เช่นเดียวกับกับชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเอง ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2551: 2) จึงนับว่าโรคซึมเศร้าเป็นความสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกๆ ด้านอย่างมากมายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรสจะไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย โดยผู้หญิงมีร้อยละ 10 - 25 และผู้ชายร้อยละ 5 - 12 และโรคนี้พบได้ ในทุกช่วงอายุ โดยอายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ย คือ 24 ปี และมักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทาง หรืออยู่คนเดียว

เดี่ยว นอกจากนี้หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยสูงกว่าชายที่หมั้นหรือแต่งงาน โดยพบว่า ผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่าของผู้ชาย แต่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าโดยเฉพาะผู้ชายสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรืออาศัยอยู่คนเดียว แม้ประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา อัตราการป่วยในหญิงก็ยิ่งสูงกว่าชาย แสดงว่าความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งทางด้านการงานและครอบครัว นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นจะมีประวัติเคยถูกลวนลามทางเพศในวัยเด็ก (ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 11) ดังนั้น จะเห็นว่า เพศ มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเรื่องเพศมาเป็นตัวแปรแบ่งประเภทเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยให้ มีน้อยที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรม (จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, มปป.) พบว่าการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 4 ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้สารเสพติดเป็นไปในลักษณะ 2 คือ พบว่าภาวะซึมเศร้านั้นมักเกิดร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด (รวมถึงแอลกอฮอล์) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักใช้การดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด นำไปสู่การติดยาหรือติดแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไปดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้อาการซึมเศร้ายิ่งรุนแรงมากขึ้น จึงเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดต่างมีผลส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความรุนแรง

โรคซึมเศร้านี้มีيارักษา และรักษาหายได้ ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจะมีประโยชน์ในการช่วยเหลือต่อผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมาก (ทวี ตั้งเสรี, 2551: 2) แต่หาก

เราสามารถค้นพบและให้การดูแลรักษาได้เร็ว จะมีผู้ป่วยร้อยละ 80 - 90 สามารถหายจากภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550: 2) ซึ่งปัจจุบันการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด เช่น การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) สามารถช่วยให้อาการดังกล่าวดีขึ้นได้ แต่ประชาชนจำนวนมากยังไม่ทราบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดแบบปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีใช้แพร่หลายในการรักษาผู้ป่วยฝ่ายกาย (จินตนา ชาลิ่งษ์, 2551: 4) ซึ่ง เบ็ค, รูช, ชอว์, และเอ็มเมอร์ (Beck, Rush, Shaw; & Emery, 1979: 3 - 20) เชื่อว่าแนวคิดนี้จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบระบบความคิดแง่ลบของตน เข้าใจความคิดและอารมณ์ของตนเอง และพิสูจน์สมมติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ถ้าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง สามารถที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นบวกหรือสมเหตุสมผลมากขึ้น สามารถจัดการกับความขัดแย้งในใจตนเองได้ เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษาของ จินตนา ชาลิ่งษ์ (2551) โดยการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร่าลดลงหลังได้รับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สอดคล้องกับ ยุพาพัทตร์ รักษมนิวงศ์ (2547) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐาน ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า รูปแบบที่

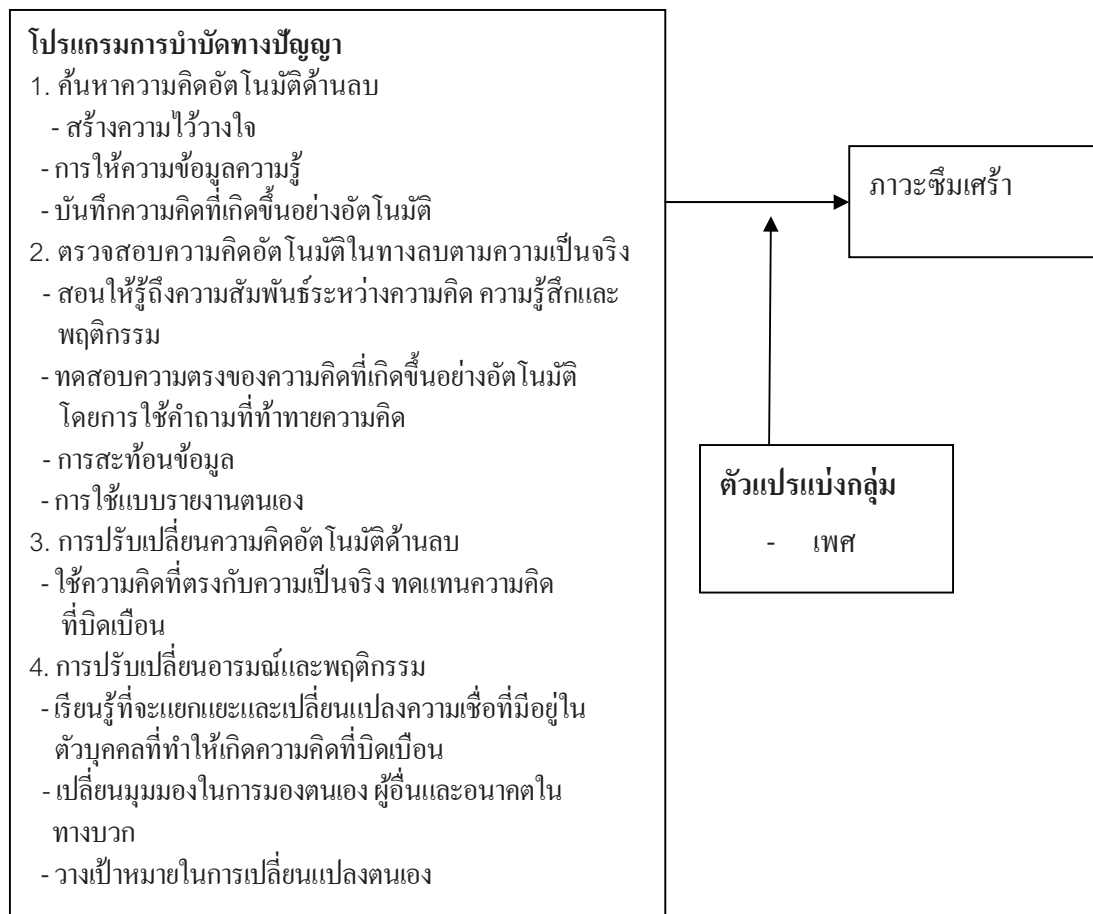
พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้ และผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น เป็นศูนย์วิจัยพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและสารเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและสารเสพติดทุกชนิดด้วย การรับผู้ป่วยเข้ารักษา แพทย์จะพิจารณาตามความสมัครใจของผู้ป่วย และรองรับผู้ป่วยยาเสพติดตามคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จากงานวิจัยการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น (นฤมล อารยะพิพัฒน์ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552: 7) เพื่อสร้างแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและดำเนินการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2551 ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 681 คน มีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย และการบำบัดทางจิตสังคมที่ระบุไว้ เป็นลักษณะการให้การปรึกษาเพื่อการประคับประคอง ให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจ โดยรับการปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ หรือนักจิตวิทยา หรือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างและศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นทุกข์จากภาวะโรคร่วมทั้งทางด้านยาเสพติดและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เน้นการเปลี่ยนที่พฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในหรือปัญญา ซึ่งใช้เทคนิค Cognitive therapy (Beck, 1976) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยขั้นตอนในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจ แล้วจึงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ก่อให้เกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้

เทคนิคคือ การสัมภาษณ์พูดคุย การให้ความรู้ ข้อมูล ความรู้ การใช้แบบรายงานตนเอง และการจำลองสถานการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ใช้เทคนิคการทำทลายความคิด การสะท้อนข้อมูล การใช้แบบรายงานตนเอง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ 4) การปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม โดยเปลี่ยนมุมมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตในทางบวก พร้อมทั้งวางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเองดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯและระยะติดตามผล

1.2 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯและระยะติดตามผลลดลง

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯและระยะติดตามผล

3. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและใช้สถานที่ในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่เป็นผู้ที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่อง หรือมีประวัติเคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตหรือมีอาการทางจิต หรือผู้ป่วยที่ยังคงได้รับยาต้านเศร้า และสามารถอ่านออกเขียนได้ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 10-19 คะแนน และมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ซึ่งหลังจากคัดเลือกประชากรทั้งหมดจำนวน 41 คน แบ่งเป็นเพศชาย 20 คน หญิง 21 คน

1.3. ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบวัตถุประสงค์ และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

1.4. หลังจากได้รายชื่อผู้ที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยแล้ว นำรายชื่อดังกล่าวมาจับคู่เพื่อให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันทั้งในด้านคะแนนภาวะซึมเศร้า และระดับสติปัญญา และทำการจับฉลากแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศชายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 7 คน และเพศหญิงกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 8 คน จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 30 คน

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยกำหนดการเข้าร่วมกลุ่มโดย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 9 ครั้งๆละ 1-1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2554 – มีนาคม 2554 โดยกำกับติดตามให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง และทำการบ้านที่มอบหมายให้อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ในส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมปกติของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองใดๆ นอกจากการทดสอบภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ทำแบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้า

4. ระยะเวลาติดตามผล หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม
1 สัปดาห์ ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง แล้ว
นำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน และ
นำไปทดลองใช้ โดยแบบวัดภาวะซึมเศร้ามีค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach)
เท่ากับ 0.80 และในส่วนของแบบประเมินรูปแบบ
ความคิดที่บิดเบือน มีค่าความเชื่อมั่น 0.63

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนจากแบบประเมินความซึมเศร้าของเบค โดยจำแนกตามกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 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 หรือ เทียบเท่า	0	0	3	10.0	3	10.0

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คิด
เป็นร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ เมื่อ
จำแนกตามสารเสพติดที่ใช้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วน
ใหญ่ใช้ยาบ้าจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7
และใช้สารระเหย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3
และระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยจบระดับ
มัธยมศึกษาตอนต้น และระดับประถมศึกษาจำนวน

ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 43.3
ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนจาก
แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค โดย
จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบวัดความซึมเศร้าของเบค จำแนกตาม
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	เวลาในการวัด	กลุ่ม				รวม (n=40)	
		ทดลอง (n=20)		ควบคุม (n=20)		\bar{X}	S.D.
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
อายุของเข้าร่วมวิจัย		25.20	6.71	27.07	7.14	26.13	6.87
คะแนนแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้า	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 2 พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ 14.26 (S.D. = 2.76) และ 15 (S.D. = 3.13) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลง โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.20 (S.D. = 2.70) และ

กลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.60 (S.D. = 2.47) เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8 (S.D. = 2.32) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.33 (S.D. = 2.60)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าแบบ 3 ทางระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา และเพศ

ตาราง 3 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพศ และเวลา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value	η^2
ภายในกลุ่ม						
เวลา	1.62	328.03	202.36	68.19	<.01	.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	<.01	.347
เวลา x เพศ	1.62	18.25	11.26	3.79	<.05	.13
ความคลาดเคลื่อน	42.15	125.07	2.97			
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม x เพศ	1	.33	.33	.06	.81	.00
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1	75.01	75.01	12.89	<.01	.33
เพศชาย x เพศหญิง	1	.21	.21	.04	.849	.00
ความคลาดเคลื่อน	151.30	26	5.82			

จากตาราง 3 ได้วิเคราะห์ความแปรปรวน โดยศึกษาอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมกับเวลาและเพศที่มีต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิเคราะห์ไม่พบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=1.12, p = .32$) แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=13.83, p = <.01$)

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาในการวัดกับกลุ่มทดลอง-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	<.01	.437
	กลุ่มควบคุม	13.51			
ติดตามผล	กลุ่มทดลอง	7.93	23.68	<.01	.477
	กลุ่มควบคุม	12.33			

จากตาราง 4 พบว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= .44, p = .51$) แต่เมื่อพิจารณาในระยะหลังการ

ทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 20.20, p = <.01$) คล้ายคลึงกันกับระยะติดตามผล ($F= 23.68, p = <.01$)

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กลุ่ม	\bar{X}	F	p	η^2
ทดลอง	ก่อนการทดลอง	14.30	46.03	<.01	.786
	หลังการทดลอง	9.19			
	ติดตามผล	7.94			
ควบคุม	ก่อนการทดลอง	15.04	8.94	<.01	.417
	หลังการทดลอง	13.57			
	ติดตามผล	12.33			

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละครั้งของการวัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 46.03, p = <.01$) คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันในแต่

ละครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 8.94, p = <.01$) จึงต้องทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ต่อไป

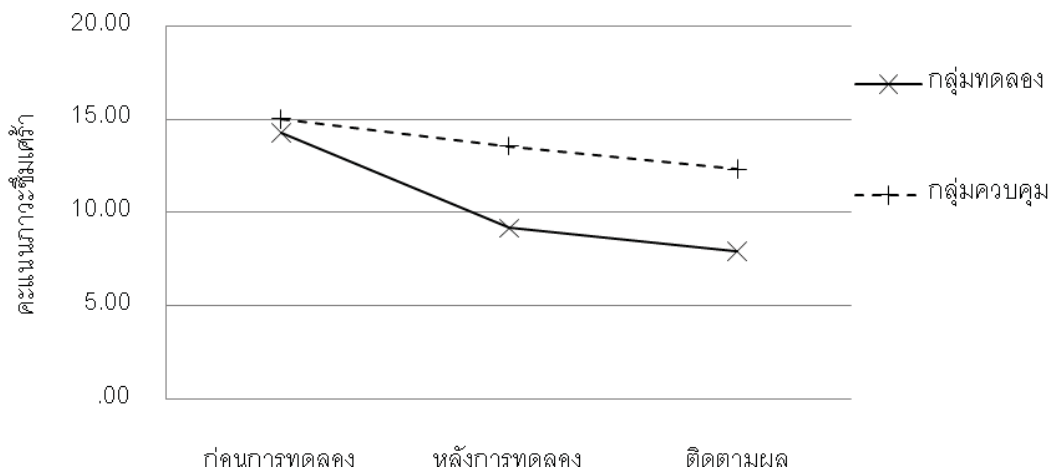
ตาราง 6 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมกับระยะเวลา

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**	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ารายคู่ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระหว่างระยะหลังการทดลอง

กับระยะติดตามผลในส่วนของกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ระดับของคะแนนดังกล่าวแสดงไว้ในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

จากภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีค่าที่ลดลงในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

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 ผู้ป่วยจึงสามารถวางแผนแก้ไข ปัญหาของตนเองได้ ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าที่มีลดลง ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แสดงให้เห็นว่ากลุ่มการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้น ส่งผลร่วมกัน จึงกล่าวได้ว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง คล้ายคลึงกับผลการวิจัยของจันท์เพ็ญ อุงอรุ่ง (2548) ที่ศึกษาผลของกลุ่มปัญญบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกและพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังภาพประกอบ 3 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสอนเทคนิคในการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์หรือเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ หลังจากนั้น ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงและฝึกโต้แย้งความคิดของตนเอง พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ทดแทนความคิดที่บิดเบือน และการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม ทั้ง

มุมมองในการมองตนเอง ผู้อื่นและอนาคตให้ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าที่ลดลงด้วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับชราพร สนิทภักดี (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นได้เรียนรู้กระบวนการคิด ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญาภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค, รูช, ชอว์, และเอ็มเมอร์รี่ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และความคิดที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า ทั้งที่เป็นตัวกระตุ้นภายในและภายนอก โดยผู้ป่วยสามารถสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่มีผลกระทบจากความคิดของตนเอง จากนั้นจึงตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง โดยการพิสูจน์ความคิดของตนเองจากการหาข้อสนับสนุนและคัดค้านความคิดของตนเอง เพื่อให้สามารถคิดอย่างเป็นระบบและตรงกับความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าใจความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความอัตโนมัติคิดทางลบและความคิดที่ไม่

ตรงกับความเป็นจริงของตนเองได้ พร้อมทั้งสามารถค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยสอดคล้องกับแนวคิดของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ว่า ตัวแปรทางปัญญานั้นย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 311) จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองลดลง อีกทั้งงานวิจัยของฮัญชี่ ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล เช่นกัน ดังนั้นโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา แต่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตามผล ก็พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน ซึ่งเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลในระบบปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วยแต่ละรายให้ตรงกับสภาพปัญหาจริง ที่มุ่งเน้นการบำบัดทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม เพื่อให้พวกเขาสามารถเกิดการเรียนรู้ในการช่วยตนเอง ซึ่งกระบวนการช่วยเหลือจะประกอบด้วยการบำบัดจากเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มจิตวิญญาณ กลุ่มปรับพฤติกรรม

ทางปัญญา (CBT) กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention) เป็นต้น ซึ่งมีบริการให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางจิตใจที่ช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ แม้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองก็ตาม แต่จะเห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดรักษาในระบบปกติสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้เช่นกัน และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการทดลองนั้น กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นจากนักศึกษาฝึกงานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณเองมีคนให้กำลังใจ และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและความรู้สึกของตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

5. ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่มี จึงจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร่าลดลงไม่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นนั้น มีความเหมาะสมทั้งกับเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชายและเพศหญิงสามารถเรียนรู้กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างทดลองไม่แตกต่างกัน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกเพศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การดำเนินการทดลองค่อนข้างถี่ โดยจัด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการสำรวจตัวเองเพื่อทำการบ้านแต่ละครั้งค่อนข้างน้อย ดังนั้น ควรดำเนินกลุ่มให้ห่างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาในการทำการบ้าน สำรวจและปรับพฤติกรรมตนเองได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีผู้ช่วยนำกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างรายกลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องให้เวลาสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละคนค่อนข้างมาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจกระบวนการคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดต่างๆ ซึ่งหากในการดำเนินกลุ่มมีผู้ช่วยในการทำกลุ่ม จะสามารถสังเกตและประเมินกลุ่มตัวอย่างได้มากขึ้น ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด โดยจะช่วยลดปัญหาในการข้ามประเด็นบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่เข้าใจเท่าที่ควร

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาที่มากกว่า 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรมในระยะเวลาที่นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . (2550). *คู่มือการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน*.
ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์พระธรรมสันต์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . (2553). *รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552*. สืบค้นวันที่ 2 สิงหาคม 2553 จาก <http://www.dmh.go.th/plan/suicide/>.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิอานันทมหิดล. กรุงเทพฯ

จินตนา ชาลิ่งษ์. (2551). *การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า*. สารนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (ม.ป.ป.). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา*. ใน *ธรรมนูญ กongsux* (บรรณาธิการ). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ (หน้า73-93). [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.].

จันทร์เพ็ญ อุงอรุ่ง. (2548). *ผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา).
ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชราพร สนิทภักดี (2545). *ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อทักษะการสื่อสารในครอบครัว*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา).
ชลบุรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ทวี ตั้งเสรี. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า*.
ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

นฤมล อารยะพิพัฒน์ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2552). *การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น*. นิพนธ์ต้นฉบับ.
ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.

ยุพาพัทธ์ รักษมนีวงศ์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิและปลดปล่อยใจเป็นต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต*.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior Modification)*. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬามหาวิทยาลัย.

อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). *ผลการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Beck, T. A., Rush, J. A., Shaw, F. B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New york: The Guilford Press.

Beck, T. A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.