

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN CLIENTS RECEIVING ADDICTIVE TREATMENT IN REHABILITATION STAGE

Vatcharin Wuthironarith, Ph.D. , Wanpen Jaipatum, M.Ed.***

Abstract

Objective: To examine depression and factors related to depression in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage.

Methods: This study was a descriptive correlational design. Data were collected from 132 clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, and Chi-square test.

Results: The results showed that the prevalence of depression was 19.70 % (when using a CES-D cut off score of 22). The finding about factors associated with depression: Stressful life events and dysfunctional attitude had positive associated with depression ($r_s = .376, p < .01$ and $r_s = .416, p < .01$). Whereas, therapeutic alliance had negative associated with depression ($r_s = -.343, p < .01$). Gender, marital status, and substance used were not associated with depression (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, respectively).

Conclusion: To prevent depression in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage, nurses and health care providers should focus on finding ways to decrease stressful life events and dysfunctional attitude in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage. On the other hand, good therapeutic alliance should be promoted in caring.

Keywords: depression, stressful life events, dysfunctional attitude, therapeutic alliance, clients receiving addictive treatment, rehabilitation stage

*Corresponding author: Lecturer, School of Nursing, Rangsit University, e-mail: vatcharin@rsu.ac.th

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Received: 30 June 2023, Revised: 7 February 2024, Accepted: 13 February 2024

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ, พย.ค.*, วันเพ็ญ ใจปทุม, กศ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มารับบริการจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลือกแบบสุ่มจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ จำนวน 132 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา, Spearman Rank Correlation และ Chi-square

ผลการศึกษา : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19.70 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ $r_s = .416, p < .01$) ในขณะที่สัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343, p < .01$) เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, ตามลำดับ)

สรุป : การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจิต ควรมุ่งเน้นการค้นหาวิธีการจัดการเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการและควรส่งเสริมด้านสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยในการดูแลผู้รับบริการ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, ทัศนคติที่ไม่เหมาะสม, สัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วย, ผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด, ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, e-mail: vatcharin@rsu.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

วันที่รับ: 30 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 13 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะสูญเสียความสามารถของประชากรโลกและประชากรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ลำดับต้น มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคนในโลก คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก โดยจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากเดิมในทุกปีที่ผ่านมา (World Health Organization, 2017; World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย คุณณิชา ขาญปรีชา และคณะ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบว่า ผู้รับบริการที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบัน ร้อยละ 80.1 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.0 กลไกของการติดสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนและการเลิกเสพยาเสพติดนี้มีผลต่อระดับ Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่อาจจะเกี่ยวเนื่องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2010)

ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลให้บุคคลนั้นเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองสูง (Morrison-Valfre, 2023) รวมทั้งเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาร่วมที่พบได้บ่อยในผู้รับการบำบัดยาเสพติด และมีผลต่อผลลัพธ์การบำบัดรักษาปัญหาเสพติด (Charney et al., 2005; Kay-Lambkin et al., 2017) จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ภาวะซึมเศร้าสูงมีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการเลิกสารเสพติด (Hobden et al., 2020) การดูแลบำบัดรักษาปัญหาร่วมพบว่ามีผลสำคัญและมีประสิทธิภาพมากกว่าการมุ่งดูแลปัญหาเสพติดอย่างเดียว

(Charney et al., 2001; Kelly & Daley, 2013)

รายงานผู้รับบริการบำบัดรักษาเสพติดทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2565 รวมทั้งหมด 130,560 คน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเป็นสถาบันของรัฐที่มีหน้าที่หลักให้บริการและต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้กระบวนการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การบำบัดรักษาในสถาบันฯ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการก่อนรักษา การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามการรักษา สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดใช้รูปแบบ FAST Model ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือก กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง และชุมชนบำบัด (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) สำหรับผู้รับบริการระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะที่กำลังสร้างทักษะที่จำเป็นต่อการจะมีชีวิตทางสายใหม่ที่ไม่ใช้สารเสพติด เป็นช่วงที่บางคนรู้สึกว่าได้มีความกดดันและถูกคาดหวังจากทั้งผู้บำบัดและครอบครัว การอยู่ร่วมกันและต้องทำกิจกรรมที่มีหน้าที่รับผิดชอบ อาจก่อให้เกิดความรู้สึกถึงเครียด บังคับทั้งภายในตนเองและภายนอกบุคคลจึงมีผลต่อความรู้สึกของผู้รับบริการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ สำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ถือเป็นกลุ่ม

ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน ยังต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และเพื่อช่วยผู้รับบริการให้ปลอดภัยจากโอกาสที่จะทำร้ายตนเองจากภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบงานของสุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ (2554) ได้สำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จำนวน 58 เรื่อง พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝ่ายกายซึ่งรวมผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 2.8 ถึงร้อยละ 78.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554) ผลการสำรวจนี้ไม่พบการวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลงานวิจัยที่ศึกษาในผู้รับบริการกลุ่มอื่น (ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์ และคณะ, 2555; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554; อรอนก สัจจพระกร และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2562; Liu & Alloy, 2010) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบเพียงงานวิจัยที่สำรวจเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (อนุพงศ์ จันทรจุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) นอกจากนี้ พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ทศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional attitude) และสัมพันธภาพกับผู้บำบัด (therapeutic alliance) (Kay-Lambkin et al., 2017)

จากการทบทวนงานวิจัย ในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้ามายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นการดูแลเป็นรายกรณีไป (อริญญา แพทย์และคณะ, 2558) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อค้นหาปัจจัยที่สำคัญเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เป็นข้อมูลสำหรับศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อหาแนวทางการพยาบาลผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและดูแลบรรเทาภาวะซึมเศร้าในรายที่มี ทั้งเพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

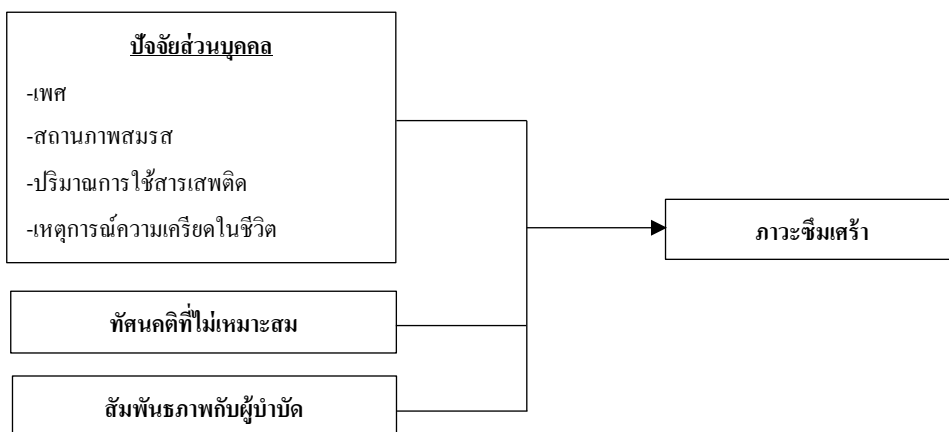
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยส่วนบุคคลที่เลือกสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากผลงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลายกลุ่ม (สุกิสรา เจริญไพฑูรย์และคณะ, 2555; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554; อรณก สังกัษระกร และ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2562; Liu & Alloy, 2010) ทั้งที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง และไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจจะทำให้ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าได้ (Liu & Alloy, 2010) สัมพันธภาพกับผู้บำบัด (Therapeutic alliance) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ($r = -.18, p < .01$ ถึง $r = -.49, p < .01$) (Kushner et al., 2016; Webb et al., 2014) เนื่องจากผู้บำบัดเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ที่มีจึงอาจจะมีส่วนทำให้ผู้รับบริการมีความหดหู่ไม่สบายใจได้ (Kay-Lambkin et al., 2017) สำหรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional attitude) เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางปัญญาความคิดของผู้รับบริการที่มีโอกาสทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดี หากความคิดยึดติดความสมบูรณ์แบบและต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมาก แล้วคิดว่าตนไม่ได้รับอาจจะมีความรู้สึกหดหู่เสียใจนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Kay-Lambkin et al., 2017) โดยกรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี เลือกแบบสุ่มจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนประชากร 175 รายและใช้ตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 132 ราย

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ คือผู้รับบริการที่แพทย์ระบุให้เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษาแล้วเป็นระยะเวลา อย่างน้อย 3 สัปดาห์

2) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตเวชที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมรุนแรง

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ

(Discontinuation criteria) คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาเข้ารับการบำบัด (วัน) ประเภทของยาเสพติดและปริมาณการใช้ก่อนเข้ารับการรักษาและระยะเวลาที่ใช้ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้วิจัยปรับมาจากข้อคำถามสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จากงานวิจัยของ อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ (2559) ใช้สอบถามเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเครียดขณะเข้ารับบริการบำบัดยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ตัวเลือกตอบมี 5 ตัวเลือก คือ 1 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดเล็กน้อยหรือแทบจะไม่มีความรู้สึกเครียด, 2 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดน้อย, 3 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดปานกลาง, 4 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดมาก, 5 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 9 ถึง 45 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกเครียดสูงจากเหตุการณ์ในชีวิตขณะเข้ารับบริการบำบัดรักษา ยาเสพติด ในงานวิจัยนี้มีการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .79

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D, Radloff, 1977) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ (Trangkasombat et al., 1997)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกตอบมี 4 ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้า คือ 0 = ไม่เลย, 1 = นาน ๆ ครั้ง, 2 = บ่อย ๆ, 3 = ตลอดเวลา คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนรวมที่จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) มีภาวะซึมเศร้า การได้คะแนนรวมยิ่งสูงขึ้นแสดงว่ามีความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้าสูง มีค่าความเที่ยง (Reliability) 0.76 ถึง 0.88 (Charoensuk, 2007; Trangkasombat et al., 1997; Wuthironarith et al., 2014) โดยในงานวิจัยนี้มีการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .86

3) แบบประเมินทัศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Attitude Scale) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยแปลจาก Dysfunctional Attitude Scale (Beavers et al., 2007; Kay-Lambkin et al., 2017; Weissman & Beck, 1978) มีจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคำนวณคะแนน นำ 5-คะแนนที่ได้ ยกเว้นข้อ 12 คะแนนได้ตามที่ตอบ จากนั้นรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 ถึง 72 คะแนน ผลรวมคะแนนสูง หมายถึงมีทัศนคติไม่เหมาะสมสูง มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ตรงรชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 0.93 และ

ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .92

4) แบบประเมินสัมพันธภาพกับผู้บำบัด (Therapeutic alliance) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยแปลจาก Agnew Relationship Measure (ARM) (Agnew-Devis et al., 1998) ในส่วนที่เป็นข้อคำถามสำหรับให้ผู้รับบริการตอบ มีทั้งหมด 28 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้การคำนวณคะแนนสัมพันธภาพกับผู้บำบัด ต้องกลับการให้คะแนนใน 9 ข้อต่อไปนี้ก่อน คือข้อ 3, 5, 9, 14, 15, 17, 20, 22, 27 จากนั้นจึงรวมคะแนนที่ได้ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 ถึง 196 คะแนน การแปลผล คะแนนที่สูงกว่า หมายถึง มีการรับรู้สัมพันธภาพกับผู้บำบัดทางบวกสูงกว่า มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ตรงรชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต (เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2021-034) วันที่ 26 เมษายน 2564 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เอกสาร ใบรับรองที่ 008/2565) วันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรง ผลการศึกษา จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากร ทางสุขภาพมีความเข้าใจสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการวางแผนและ พัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันการ มีปัญหาภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้รับบริการบำบัด ยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้วิจัยบอก ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 30 - 50 นาที เป็นการตอบ แบบสอบถามแบบครั้งเดียว ในระหว่างการตอบ แบบสอบถาม หากรู้สึกเหนื่อยหรือรู้สึกไม่สบายใจ สามารถหยุดพักการตอบสักครู่ได้ทุกเวลา โดย ผู้วิจัยจะคอยให้การดูแลอำนวยความสะดวกให้พัก และ/หรือดูแลให้ได้รับบายความรู้สึกและผ่อนคลาย สามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อบริการการ รักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นไปในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ เลือกสรรในกลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ เลือกสรรกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความ สัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่ไม่เหมาะสม สัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัด เหตุการณ์ความเครียดใน ชีวิตกับภาวะซึมเศร้า ด้วย Spearman Rank Correlation เนื่องจากการกระจายของคะแนนไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพ สมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) โดยผู้วิจัยทำการ ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ และกำหนดระดับ นัยสำคัญที่ .05 (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และคณะ, 2555; Grove & Ciper, 2019)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 62.1) ส่วนใหญ่ มีอายุในระหว่าง 20 - 29 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 46.2) รองลงมาอายุในช่วง 30 - 39 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 36.4) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 31.9 ปี (SD. = 8.1) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 97 คน (ร้อยละ 73.5) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 124 คน (ร้อยละ 93.9) กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 71 คน (ร้อยละ 53.8) รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 15.9) ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ ใช้สารเสพติด น้อยกว่า 1 - 10 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 65.9) ระยะเวลาการบำบัด น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 90 วัน จำนวน 97 คน (ร้อยละ 73.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ชนิดของสารเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเสพยาบ้า จำนวน 53 คน (ร้อยละ 40.2) รองลงมาคือ

เสพยาบ้าและยาไอซ์ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 14.4) และดื่มสุรา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา และอายุ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ระยะเวลาการบำบัด (n = 132)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			การศึกษา		
ชาย	82	62.1	ประถมศึกษา	21	15.9
หญิง	50	37.9	มัธยมศึกษา	71	53.8
สถานภาพสมรส			ปวช., ปวศ.	17	12.9
โสด	97	73.5	อนุปริญญา	4	3.0
คู่	17	12.9	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	14.4
หย่า/ร้าง แยก	18	13.6	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
			อายุเฉลี่ย 31.9 (SD. 8.1) ปี		
ศาสนา			อายุ		
พุทธ	124	93.9	20 - 29 ปี	61	46.2
คริสต์	2	1.5	30 - 39 ปี	48	36.4
อิสลาม	4	3.0	40 - 49 ปี	19	14.4
ไม่ตอบ	2	1.5	50 - 59 ปี	4	3.0
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด			ระยะเวลาการบำบัด		
น้อยกว่า 1 - 10 ปี	87	65.9	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน	97	73.5
11 - 20 ปี	39	29.5	91 - 180 วัน	29	21.9
21 - 30 ปี	5	3.8	181 - 270 วัน	1	0.8
ไม่ตอบ	1	0.8	มากกว่า 270 วัน	5	3.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา (n = 132)

สารเสพติดที่เคยใช้	จำนวน	ร้อยละ
ยาบ้า	53	40.2
ยาไอซ์	9	6.8
กัญชา	8	6.1
เฮโรอีน	3	2.2
สุรา	14	10.6
ยาบ้าและยาไอซ์	19	14.4
ยาบ้าและกัญชา	1	0.8
ยาบ้าและสุรา	2	1.5
กัญชาและเฮโรอีน	3	2.2
ยาบ้าและยาไอซ์และกัญชา	1	0.8
ยาไอซ์และกัญชาและสุรา	1	0.8
ยาบ้าและยาไอซ์และกัญชาและสุรา	2	1.5
อื่น ๆ เช่น เคตามีน, เบียร์	16	12.1

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณที่ใช้สารเสพติดต่อวัน ก่อนเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 1.00 หน่วยต่อวัน -

ไม่เกิน 5 หน่วยต่อวัน จำนวน 67 คน (ร้อยละ 50.8) รองลงมาเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 5.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 10 หน่วยต่อวัน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 18.9) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณที่ใช้สารเสพติดต่อวัน ก่อนเข้ารับการรักษา (n = 132)

ปริมาณการใช้สารเสพติด (หน่วยต่อวัน)	จำนวน	ร้อยละ
ใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 หน่วย	23	17.4
> 1.00 หน่วย - ไม่เกิน 5 หน่วย	67	50.8
> 5.00 หน่วย - ไม่เกิน 10 หน่วย	25	18.9
> 10.00 หน่วย	17	12.9

เมื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุการณ์ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.31, SD. 1.38) รองลงมา คือ การได้รับแจ้งข้อบกพร่องคำตัดสินจากเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่ (mean 2.17, SD. 1.14) การมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอ (mean 2.15, SD. 1.08) สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (mean 2.11, SD. 1.12) การที่เพื่อน ๆ ไม่ช่วยเหลือร่วมมือในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย (mean 2.10, SD. 1.18) การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.08, SD. 1.03) การมีปัญหาขัดแย้งหรือการปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ (mean 1.93, SD. 1.17) การไม่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากเพื่อน เจ้าหน้าที่ ขณะทำกิจกรรม (mean 1.85, SD. 1.08) ส่วนเหตุการณ์ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม (mean 1.77, SD. 0.99)

2. ภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธภาพกับผู้นำบัดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่

จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) ในกลุ่มตัวอย่าง 132 รายนี้ ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 ผลรวมคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1 ถึง 40 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 14.56 (SD. 8.18) ดังตารางที่ 4

2.2 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมของคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 18.48 (SD. 6.88) ดังตารางที่ 4

2.3 ทักษะที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมคะแนนของทักษะที่ไม่เหมาะสม อยู่ระหว่าง 21 ถึง 68 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะที่ไม่เหมาะสม เท่ากับ 41.80 (SD. 10.09) ดังตารางที่ 4

2.4 สัมพันธภาพกับผู้นำบัดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมคะแนนของสัมพันธภาพกับผู้นำบัด อยู่ระหว่าง 73 ถึง 190 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพกับผู้นำบัด เท่ากับ 144.80 (SD. 26.65) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง ของภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 132)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	SD	Skewness	Z value	Kurtosis	Z value
ภาวะซึมเศร้า	0-60	1-40	14.56	8.18	.962	.211	.824	.419
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	9-45	9-45	18.48	6.88	.899	.211	1.069	.419
ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม	18-72	21-68	41.80	10.09	.278	.211	-.097	.419
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	28-196	73-190	144.80	26.65	-.093	.211	-.954	.419

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเลือกสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดกับภาวะ

ซึมเศร้า พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทักษะคิดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ $r_s = .416, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = -.343, p < .01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman Rank Correlation ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 132)

ภาวะซึมเศร้า	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.376**	.000
ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม	.416**	.000
สัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัด	-.343**	.000

** $p < 0.01$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด ด้วย สถิติไคสแคว์ (chi-square) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาจะแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่จัดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า (Trangkasombat et al., 1997; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) ในกลุ่มตัวอย่าง 132 รายนี้ ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนน มีจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด เช่น ดุษณีย์ ชาญปริษา และคณะ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบว่า ผู้รับบริการ

ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันร้อยละ 80.1 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.0 มอริสและคณะ (Morris et al., 2021) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด จำนวน 5,750 ราย พบว่า มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 4,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.2 สำหรับกลไกของการติดสารเสพติด เช่น เมทแอมเฟตามีนและการเลิกเสพติดนี้มีผลกระทบต่อระดับ Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่อาจจะเกี่ยวเนื่องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2010; Gentile et al., 2021) ผลการศึกษาของเจนไทล์และคณะ (Gentile et al., 2021) ซึ่งพบว่าผู้ที่เคยใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมาได้ ซึ่งในผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อน นอกจากอาจเกิดจากด้านการเปลี่ยนแปลงในสมอง การมีภาวะซึมเศร้าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ต้องอยู่ในสถานบำบัดที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างจากบ้านและมีกฎระเบียบที่อาจจะเข้มงวด รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผู้รับบริการหลากหลายปัญหาที่เคยใช้ยาเสพติดมารวมอยู่ในสถานบำบัด (อนุพงศ์ จันทรจุฬาและชัยพฤติน ชำนาญ, 2559)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษา พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ r_s

= .416, $p < .01$) ในขณะที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343$, $p < .01$) เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, ตามลำดับ)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = .376$, $p < .01$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($r = 0.346$, $p < .01$) (Zhong et al., 2023) ในผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง และไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจจะทำให้ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ (Liu & Alloy, 2010) อีกเหตุผลที่อาจเป็นไปได้คือ เหตุการณ์เหล่านี้เป็นภาวะแวดล้อมใกล้ตัว จึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามเหตุการณ์ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.31, SD. 1.38) รองลงไปคือการได้รับแจ้งข้อบกพร่องคำผิดเตือนจากเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ (mean 2.17, SD. 1.14) และการมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอ (mean

2.15, SD. 1.08) สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (mean 2.11, SD. 1.12) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของ อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤติน ชำนาญ (2559) ซึ่งเหตุการณ์ที่ได้รับการประเมินเป็นมากที่สุด คือ สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และการมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = .416$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของจูและคณะ (Ju et al., 2020) ซึ่งพบว่าทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมคือความคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยคิดว่าตนเองจะมีความสุขและมีคุณค่า ต่อเมื่อสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ถูกต้อง ดีงาม สมบูรณ์แบบและได้รับการยอมรับชื่นชมจากบุคคลอื่น เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางปัญญาความคิดของผู้รับบริการที่มีโอกาสทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตัวผู้รับบริการ หากความคิดยึดติดความสมบูรณ์แบบและต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมากเกินไปคิดว่าตนไม่ได้รับอาจจะมีความรู้สึกหงุดหงิดนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Kay-Lambkin et al., 2017)

สัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด

คิดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343, p < .01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของริชาร์ดสันและคณะ (Richardson et al., 2018) สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ($r_s = -.237, p < .01$) สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วยสามารถส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีความหดหู่ไม่สบายใจและมีภาวะซึมเศร้าได้ (Kay-Lambkin et al., 2017) ซึ่งในทางกลับกัน หากผู้ป่วยและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจ ย่อมส่งผลหรือสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = .833, $p = .361$) ผลการศึกษาที่พบแตกต่างจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มอื่นที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ขุนแจ่ม และคณะ, 2554; ศิริเมืองไทย, 2556) โดยเฉพาะเพศหญิงที่พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Kim et al., 2019; Mulugeta et al., 2023) และอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.1) และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 31.9 ปี (SD. = 8.1) มีสถานภาพเป็นโสด (ร้อยละ 73.5) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอาจมีสถานการณ์ในชีวิต ภาระในชีวิต และประสบการณ์ปัญหาในชีวิตระหว่างกลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลด้วยกระบวนการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายในบริบทที่ใกล้เคียงกัน สถานการณ์ที่เผชิญในชีวิตประจำวันขณะรับการบำบัดและความรับผิดชอบต่างๆ ภายในระบบเดียวกัน ส่งผลให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = 2.564, $p = .277$) อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 73.5) ไม่มีการรับผิดชอบครอบครัวที่ต้องเป็นห่วงมากเท่ากับผู้ที่สมรส

ส่วนปริมาณการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = 4.085, $p = .252$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการบำบัด โดยกว่าครึ่งหนึ่งใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 1.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 5 หน่วยต่อวัน (ร้อยละ 50.8) รองลงไปเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 5.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 10 หน่วยต่อวัน (ร้อยละ 18.9) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบสมัครใจ (ร้อยละ 92.4) จึงอาจมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะยอมรับการบำบัดและพยายามปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ระหว่างรับการบำบัด นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ผ่านขั้นตอนการบำบัดระยะการถอนพิษยา (detoxification) ต้องงดใช้สารเสพติด ได้รับการ

รักษาตามอาการถอนพิษยาของร่างกาย และไม่มีอาการถอนพิษยา (อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) ทำให้สมองและระบบสารสื่อประสาทในสมองดีขึ้น เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ปริมาณการใช้สารเสพติดที่เคยใช้ก่อนมารับการบำบัดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในระยะนี้

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งพบได้ในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะเข้ารับบริการบำบัดในระยะดังกล่าวมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการกลุ่มนี้ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษาเป็นเหตุการณ์ความเครียดหนึ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การที่ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่อตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สำคัญคือสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัด มีส่วนในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้รับบริการระหว่างการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ การดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมที่ผู้รับบริการมีการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานบำบัดลดเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และเน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผลการดูแลและการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพ

และมีผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพจิต ควรมีการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการขณะรับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อหาแนวทางช่วยลดความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตของผู้รับบริการระหว่างที่บำบัดอยู่ในระยะนี้ ส่งเสริมการให้ครอบครัวมีโอกาสติดต่อสื่อสารและให้กำลังใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ มีการกำหนดแนวทางและส่งเสริมวิธีการปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์เมื่อจะแจ้งข้อบกพร่องคำตักเตือนจากเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่

2. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพจิต ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับการบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้ผู้รับบริการเชื่อมั่นในตนเองและผู้นำบัดส่งเสริมโปรแกรมพัฒนาแก้ไขทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า/ลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ออกแบบให้มีการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมให้มีทัศนคติที่เหมาะสมมากขึ้น วิธีการลดความเครียดในชีวิต การจัดสถานที่/สิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้รับบริการทุกท่าน เจ้าหน้าที่ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอบพระคุณ Professor Dr. Christopher G. Beevers และศาสตราจารย์ พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ และขอบพระคุณทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต (รหัสทุนที่ได้รับ 74/2563

เอกสารอ้างอิง

คุณิษฐ์ ชาญปรีชา, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สุกมา แสงเดือนฉาย และ สำเนา นิลบรรพ์. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกรมการแพทย์*. 42(2), 090 -101.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). *แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย* <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909308>

ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์, สุกมาส อังสุโชติ และอัจฉรา ชานี ประศาสน์. (2555). สถิติสำหรับการวิจัยและเทคนิคการใช้ SPSS (Statistics for research and SPSS application techniques) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). บริษัทเจริญติ่มถ่งการพิมพ์.

ศิริะ เมืองไทย. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 28(2), 109-120.

ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์, โสภณ แสงอ่อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ปารณนา สถิตวิภาวี และสุรินทร์ กลัมพากร. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 95(6), S141- S146.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). *FAST Model สำหรับผู้ป่วยใน*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3486&Itemid=143

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคูณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Ramathibodi Nursing Journal*. 17(3), 412-429.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *ข้อมูลเปิดภาครัฐ สำนักงาน ป.ป.ส. จำนวนผู้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565*. <https://data.oncb.go.th/treat>

อรกนก สังข์พระกร และ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2562). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(4), 394-402.

อรัญญา แพทย์, พิทักษ์ สุริยะใจ, นกัสนธรณ์ รังสิเวโรจน์, และ เสาวลักษณ์ ใจฟอง. (2558). รายงานวิจัยสถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชัยภูมิ เชียงใหม่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ. (2559). รายงานการวิจัยเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลชัยภูมิสงขลา. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลชัยภูมิสงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

Agnew- Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*. 37, 155-172.

Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Miller, I. W. (2007). Efficiently assessing negative cognition in depression: An item response theory analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Assessment*, 19(2), 199-209.

- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., & Gill, K. J. (2001). Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 672-677.
- Charney, D. A., Palacios-Boix, J., Negrete, J. C., Dobkin, P. L., & Gill, K. J. (2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services*, 56(8), 927-933.
- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 55-74.
- Gentile, A., Bianco, A., Nordstrom, A., & Nordstrom, P. (2021). Use of alcohol, drugs, inhalants, and smoking tobacco and the long-term risk of depression in men: A nationwide Swedish cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108553, 1-8.
- Grove, SK, & CIPHER, DJ. (2019). Statistics for nursing research: A workbook for evidence-based practice (3rd ed.). ELSEVIER.
- Hobden, B., Carey, M., Bryant, J., Sanson-Fisher, R., & Oldmeadow, C. (2020). Prevalence and predictors of symptoms of depression among individuals seeking treatment from Australian Drug and Alcohol Outpatient Clinics. *Community Mental Health Journal*, 56, 107-115.
- Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., et al. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, 276, 402-410.
- Kay-Lambkin, F., Baker, A. L., Palazzi, K., Lewin, T. J., & Kelly, B. J. (2017). Therapeutic alliance, client need for approval, and perfectionism as differential moderators of response to eHealth and traditionally delivered treatments for comorbid depression and substance use problems. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 728-739.
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*, 28(0), 388-406.
- Kim, B. K. E., Gilman, A. B., Kosterman, R., & Hill, K. G. (2019). Longitudinal associations among depression, substance abuse, and crime: A test of competing hypotheses for driving mechanisms. *Journal of Criminal Justice*, 62, 50-57.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*.
- Kushner, S., Quilty, L. C., Uliaszek, A. A., McBride, C., & Bagby, R. M. (2016). Therapeutic alliance mediates the association between personality and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 201, 137-144.
- Liu, R. T., & Alloy, L.B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 582-593.
- Morris, N. M., Fulton, J. A., Youngren, W. A., Schumacher, J. R., & Ingram, P. B. (2021). Depression and substance use: The CES-D's utility in predicting treatment outcomes in a longitudinal multi-site study of residential treatment centers. *Addictive Behaviors*, 114, 106729, 1-8.
- Morrison-Valfre, M. (2023). *Foundations of mental health care* (8th ed.). ELSEVIER.
- Mulugeta, A., Azale, T., Mirkena, Y., Koye, S., Nakie, G., Kassaye, A., et al. (2023). Prevalence of depressive symptoms and their associated factors among older adults in Yirgalem town, Southern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1148881.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Richardson, D., Adamson, S., & Deering, D. (2018). Therapeutic alliance predicts mood but not alcohol outcome in a comorbid treatment setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 28-36.

- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2010). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Trangkasombat, U., Larpoonsarp, V., & Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 42(1), 1- 8.
- Webb, C.A., Beard, C., Auerbach, R.P., Menninger, E., & Bjorgvinsson, T. (2014). The therapeutic alliance in a naturalistic psychiatric setting: Temporal relations with depressive symptom change. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 70-77.
- Weissman, A.N. & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary Investigation*. ERIC. <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2023). *Mental health conditions in the WHO South-East Asia region*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210788>
- Wuthironarith, V., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2014). The co-occurrence of disruptive behavior and depression among disruptive adolescents. *Journal of Health Research*, 29(2), 101-107.
- Zhong, J., Huang, X.J., Wang, X.M., & Xu, M.X. (2023). The mediating effect of distress tolerance on the relationship between stressful life events and suicide risk in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 23, 118.