

การพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
สำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน
**DEVELOPMENT OF COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING PROGRAM
FOR PERSONS WITH ALCOHOLISM AND MAJOR DEPRESSIVE
DISORDERS RECEIVING SERVICES AT COMMUNITY HOSPITAL**

สมบัติ สกุลพรรณ, ศษ.ด. (Sombat Skulphan, RN, Ph. D.)*

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (Darawan Thapinta, RN, Ph. D.)**

Abstract

Objectives: To develop the cognitive behavioral counseling program for alcoholic with major depressive disorders receiving services at community hospital.

Methods: The conceptual frameworks for the program developed were Beck's cognitive theory. Four steps for developing program were 1) need assessment, 2) program planning, 3) program implementation, and 4) program evaluation.

Results:

1. The cognitive behavioral counseling program for alcoholic with major depressive disorders receiving services at community hospital composed of 6 sessions, 45-90 minutes for each session within 3 weeks.

2. The main tasks of the program were identifying automatic thoughts, evaluating

automatic thoughts, and responding to automatic thoughts.

3. The content validity for this program was accepted by 5 experts.

4. Counselors and patients reported that activities and tasks in the program were practical and useful.

5. Counselors need to be trained before using this program.

Conclusion: The cognitive behavioral counseling program for alcoholic with major depressive disorders receiving services at community hospital was developed and perceived as practically promising and usefulness from both counselors and patients

Keywords: Program development, Cognitive Behavior Counseling, Persons with alcoholism, Major depressive disorders

* Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail : sombat.sk@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการศึกษา: แนวคิดในการสร้างกิจกรรมในโปรแกรมจาก ทฤษฎีทางปัญญาของ เบค โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดของ เบรพแมน 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการ 2) การวางแผนโปรแกรม 3) การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และ 4) การประเมินโปรแกรม

ผลการศึกษา:

1. โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน มีการให้การศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที ในช่วงเวลา 3 สัปดาห์
2. เนื้อหาหลักของโปรแกรมคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญหา
3. โปรแกรมมีความตรงตามเนื้อหา จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน
4. ผู้ให้การศึกษาและผู้ป่วยรายงานว่า กิจกรรมและงานในโปรแกรมสามารถทำได้จริง และมีประโยชน์
5. ผู้ให้การศึกษาจำเป็นต้องได้รับการฝึกก่อนการใช้โปรแกรม

สรุป: โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้น สามารถใช้ได้จริง

และผู้ให้การศึกษาและผู้ป่วยรับรู้ในประโยชน์ของโปรแกรม

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตเวชในแต่ละประเทศ มีสาเหตุมาจากสุรา ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาเชิงระบาดวิทยา พบว่าในผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึง 2 - 4 เท่า ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าผู้ที่ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีโอกาสดื่มสุราถึง 4 เท่า (Darlene et.al., 2003) ร้อยละ 80 ของผู้ดื่มสุราพบว่ามีปัญหาจากอาการซึมเศร้าและร้อยละ 30 มีอาการครบเกณฑ์ของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) (Rounsaville et al., 2001) และพบว่าร้อยละ 42 ของชายที่ดื่มสุราที่เข้ามารับการบำบัดมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้าหลังการหยุดดื่ม 4 สัปดาห์ (Brown & Schuckit, 1998) นอกจากนั้น การศึกษาความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วม ในคนไทย โดยการสำรวจระดับชาติ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2555) พบโรคซึมเศร้าร่วมในผู้ที่มีการดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol harmful drinking หรือ alcohol abuse) ร้อยละ 2.5 (ในผู้ที่ไม่ป่วยพบร้อยละ 2.1) ในผู้ที่มีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) พบร้อยละ 4.2 (ในผู้ที่ไม่ป่วยพบร้อยละ 2.2) ในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่ม (alcohol use

disorder) พบร้อยละ 3.5 (ในผู้ที่ไม่ป่วยพบร้อยละ 2.1) จะเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มเพียง 1.7 เท่า เท่านั้น ในประเด็นนี้ ทีมผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าอาจไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เพราะพบความชุกในการเกิดโรคร่วมนี้ในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสูง โดยเฉพาะในผู้ติดสุรา และได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรคำนึงถึงบริการสุขภาพที่เฝ้าระวังและครอบคลุมปัญหาโรคร่วมด้วย ปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าก็คือการที่บุคคลเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตและมีความคิดอัตโนมัติทางลบ ภาวะซึมเศร้าแสดงออกโดยการไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รูปแบบการนอนหลับและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง อารมณ์ซึมเศร้าและอาจมีมากจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย (Beck, 1995)

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมคือภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบมากกว่าผู้ติดสุราที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเหตุผลคือ การติดสุราส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าสูงมากและเมื่อได้ใช้สุรา ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข ไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเท่ากับเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยเสพสุรามากขึ้น และจากผลกระทบทางครอบครัวและสังคมจากการดื่มสุรา ก็จะกลับมาเป็นปัญหาให้ผู้ติดสุรากลับเข้าสู่วงจรการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอีก (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) อีกประการหนึ่ง ในผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากสุราจะไปกดสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้จักคิด การควบคุมตนเอง การตัดสินใจและการยับยั้งใจ จึงทำให้ผู้ติดสุราแสดงอาการต่างๆ ที่อยู่ใน

จิตสำนึกออกมา เช่นระบายความในใจ ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2547) การบำบัดภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญมากเพราะภาวะซึมเศร้า มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีงานวิจัยสนับสนุนเป็นจำนวนมากว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck & Alford, 2009; Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ได้ผลในการลดภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เบค และ อัลฟอร์ด (Beck & Alford, 2009) จะต้องมีการบำบัดตั้งแต่ 9 - 12 ครั้ง ขึ้นไป จากการศึกษาของ มานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2552) พบว่าในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในคนไทย ผู้ป่วยจะหยุดมาเข้ารับการบำบัดแบบ CBT ก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (8/14) คิดเป็นร้อยละ 57.1 สถานการณ์นี้แสดงถึงปัญหาในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมตามบริบทของสังคมไทย ซึ่งสูงกว่าที่พบในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในประเทศอิตาลี ซึ่งพบการหยุดมารับการบำบัดแบบ CBT ก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (3/19) คิดเป็นร้อยละ 18.5

การปรับความคิดและพฤติกรรมตามบริบทของสังคมไทยที่แสดงถึงความต้องการจำนวนครั้งของการบำบัดที่คลินิกไม่มากนักเกินไป แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม นอกจากจะใช้เพื่อการบำบัดแล้ว ยังเป็นแนวคิดพื้นฐานของการให้การศึกษาอีกด้วย โดยสามารถให้การศึกษา

ตามขั้นตอนของการให้การปรึกษาและใช้แนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมในขั้นตอนการสำรวจและแก้ไขปัญหาโดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ประเมินหรือพิสูจน์ความคิดดังกล่าวและปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวหรือแก้ไขปัญหา (Trower, Casey, Dryden, 2006) ต่างกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่แม้จะใช้แนวคิดเดียวกัน แต่การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมใช้เวลาและจำนวนครั้งที่น้อยกว่า (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Counseling, CBC) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทราวเวอร์ และคณะ (Trower et al., 2006) ได้กล่าวถึงการปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โดยการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมใช้แนวคิดเดียวกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งขั้นตอนต่างๆ และเทคนิคในการให้การปรึกษาก็ประยุกต์มาจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม แต่มีความแตกต่างในเรื่องของจำนวนครั้งในการพบกับผู้ป่วยเช่น ในขณะทำการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความซึมเศร้าที่ได้ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเบคและอัลฟอร์ด (Beck & Alford, 2009) พบว่า จะได้ผลในการบำบัดต้องมีจำนวนครั้งในการบำบัด ตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไป แต่การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ไทรเวอร์

แคสซี และครายเดน (Trower et al., 2006) ได้เสนอไว้เพียง 6-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ความยาวนานของการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง ประมาณ 50-60 นาที พบว่าการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และยังคงสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แม้ในระยะติดตามผล 1 ปี (Scott, Tacchi, Jones, & Scott, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาตัน (Katon et al., 1996) ซึ่งใช้ CBT แบบย่อในการลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เวลา 4 - 6 สัปดาห์ พบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ทีมผู้วิจัยพบว่า ยังไม่มีโปรแกรมใด ๆ ทางด้านการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยใช้จำนวนครั้งที่ไม่มากนักไม่ได้รับความร่วมมือ สำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและลักษณะของผู้ป่วยในชุมชนเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่แก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงโดยใช้แนวคิดที่เฉพาะ โปรแกรมจึงต้องพัฒนาให้ถูกต้องตามแนวคิด และสามารถใช้ได้จริง เพื่อจะได้นำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการ

ซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อทดสอบคุณภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนดังนี้คือ

2.1 ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นตามการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม

2.2 ทดสอบความเข้าใจของพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมและผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้าและความเป็นไปได้จริงในการใช้โปรแกรม รวมทั้งปัญหาในการใช้โปรแกรม

คำถามในการวิจัย

1. โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะอย่างไร

2. คุณภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งการประเมินปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ติดยา และผู้ที่จะใช้โปรแกรม การทบทวนวรรณกรรม การเขียนโปรแกรม การประชาสัมพันธ์จากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อศึกษาความตรง และการนำไปทดลองใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้รวมทั้งปัญหาในการดำเนินการให้การปรึกษาตามโปรแกรม การพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะผู้ติดยาที่มารับบริการในชุมชนตามบริบทของสังคมไทย ที่แสดงถึงความต้องการจำนวนครั้งของการบำบัดที่คลินิกไม่มากจนเกินไป โดยในการให้การปรึกษาระยะแรกเป็นการทำความเข้าใจกันและรู้จักการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ระยะกลางเป็นการประเมินอารมณ์ และประเมินความคิด การสอนแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและพิสูจน์ความคิดดังกล่าว การปรับความคิดหรือการแก้ปัญหาในกรณีความคิดนั้นเป็นจริง และเมื่อถึงระยะท้ายของการให้การปรึกษาที่จะเป็นการมอบหมายการบ้าน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยทั้งกระบวนการของการให้การปรึกษาและแนวทางในการปรึกษา พัฒนาตามแนวคิดของเบค (Beck, 2011) และทราวเวอร์และคณะ (Trower et al., 2006) การพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนน่าจะเป็นประโยชน์ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดยาต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

ประชากร คือ ผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เลือกอย่างเจาะจงตามคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) อายุ 18 - 60 ปี 3) มีคะแนนความซึมเศร้าตามแบบประเมินความซึมเศร้า 9 คำถามในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางขึ้นไป โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 7 - 18 คะแนน 4) ผ่านการประเมินสภาพการทำงานของสมองโดยแบบทดสอบ MMSE-Thai (Mini-Mental State Examination: Thai version, 2002) 5) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง ในการติดต่อสื่อสารภาษาไทย 6) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง จากการประเมินโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (PHQ-8) ได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน และ 7) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 10 คน เพื่อทดลองใช้โปรแกรม

2. พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และผ่านการประเมินการให้การปรึกษาลบับแปลเป็นภาษาไทยของ ครุณี ภูขาว และ

อนุสรณ์ พัทธมาคม (2554)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยเชิงพัฒนาในครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยตามการพัฒนาโปรแกรมของ เบรพแมน (Braveman, 2001) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการ ขั้นที่ 2 การวางแผนและพัฒนาโปรแกรม ขั้นที่ 3 นำไปทดลองใช้ และขั้นที่ 4 การประเมินโปรแกรม ดังนี้

1. การประเมินความต้องการ โดยผู้วิจัยรวบรวมปัญหาจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดสุรา จากกลุ่มพยาบาลในภาคเหนือ 10 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 20 คน รวม 30 คน (ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2556)

2. การวางแผนการและพัฒนาโปรแกรม โดยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) ของเบค (Beck, 1995, 2011) และการให้การปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของ ทราวเวอร์ และคณะ (Trower et al., 2006) และดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

3. การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดสุราที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นผู้ที่สอน ฝึกอบรมและให้การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

มาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของ หลังจากผู้วิจัยได้ปรับโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปให้ผู้ให้การปรึกษาที่ได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมมาแล้ว ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยให้พยาบาลผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ใช้โปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นและปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มาใช้ในทุกขั้นตอนตามกิจกรรมการให้การปรึกษา ครั้งละ 45 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ในเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงขอรับข้อเสนอจากพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมซึ่งได้เสนอให้มีเอกสารประกอบโปรแกรมเพิ่มขึ้น เพื่อความสะดวกในการใช้โปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับตามข้อเสนอของพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม จนได้โปรแกรมที่สมบูรณ์

ลักษณะปัญหาและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับโปรแกรมนี้คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้คิดสร้า อายุระหว่าง 18 - 60 ปี มีคะแนนความซึมเศร้า ตามแบบประเมินความซึมเศร้า 9 คำถาม อยู่ในระดับไม่รุนแรง (คะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 18) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs มีการสื่อสารที่ปกติ ผ่านการประเมินโดยแบบทดสอบ Mini - Mental Stat Examination: Thai version (MMSE - Thai 2002) โดยต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่าคะแนน ณ จุดตัดตามเกณฑ์การแปลผลตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง

จากการประเมินโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน

ส่วนผู้ให้การปรึกษาที่จะใช้โปรแกรมจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการฝึกการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมจำนวน 28 ชั่วโมง (24 ชั่วโมง ในการเรียนรู้โปรแกรม และ 8 ชั่วโมง ในการฝึกการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้คิดสร้า) โดยในการฝึกอบรมผู้ให้การปรึกษาจะต้องทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจริงและผ่านการประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรมจากผู้ให้คะแนนจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นผู้ที่สอนฝึกอบรมและให้การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมมากกว่า 5 ปี โดยได้ใช้แบบประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ เบค ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ครุณี ภูขาว และอนุสรณ์ พัทธาคม (2554) ในการประเมินความสามารถผู้ให้การปรึกษาว่าสามารถให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมได้ถูกต้อง โดยการประเมินจะต้องมีความสอดคล้องกัน (Inter-rater score) อย่างน้อย 0.8 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นที่เรียบร้อยแล้วว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพและไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้แนะนำ

ตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยต่อส่วนรวมแก่กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอน ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดความเสียหาย ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ในงานวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วย จำนวนครั้งในการมารักษาที่ใช้ในการรักษา

1.2 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2007) มีทั้งหมด 9 ข้อ ให้เลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ความแม่นยำจากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า

2. เครื่องมือการประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ เบค ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยครุณี ภูขาว และ อนุสรณ์ พัทธาคม (2554) โดยได้รับอนุญาตจาก ศาสตราจารย์ แอรอน เบค (Professor Aeron Beck) ผู้สร้างแบบประเมินให้แปลเป็นภาษาไทยเรียบร้อยแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ที่มศึกษาไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้หาค่าความตรงของเนื้อหา

1.2 แบบประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ เบค ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ครุณี ภูขาว และ อนุสรณ์ พัทธาคม (2554) โดยได้รับอนุญาตจาก ศาสตราจารย์ แอรอน เบค (Professor Aeron Beck) เป็นแบบประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของเบค จึงไม่ได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ที่มศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า

โรงพยาบาลสวรรค์โลกจำนวน 10 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Polit, 1996) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

2.2 แบบประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้นำมาใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลายและพบว่าใช้ประเมินได้โดยไม่มีข้อสงสัย ในการศึกษาครั้งนี้ วิทยากรผู้จะประเมินความถูกต้องในการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้ทำความเข้าใจในแบบประเมินร่วมกับพหุคูณเพื่อทำความเข้าใจกับผู้แปลแบบประเมินแล้ว

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า ให้การปรึกษาจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ดังนี้

การให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจกับผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าและประเมินสภาพทั่วไปและความพร้อมของผู้รับการปรึกษา สอนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าและประเมินความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา ในวงจรการเกิดอารมณ์ที่เป็นปัญหารวมทั้งสอนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัด ประเมินความคาดหวังของผู้รับการปรึกษา และมอบหมายการบ้าน ประเมินผลการให้การปรึกษาและประเมินผู้ให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาครั้งที่ 2 ประมวลเรื่องราวและวิเคราะห์ลักษณะปัญหาตาม

Cognitive model (case formulation) ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประเมินอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นให้น้ำหนักของอารมณ์นี้ไปพร้อม ๆ กับการให้น้ำหนักของความคิดที่เกิดก่อนอารมณ์มอบหมายการบ้าน

การให้การปรึกษาครั้งที่ 3 นำความคิดอัตโนมัติทางลบที่ได้ให้น้ำหนักมาแล้วในครั้งที่แล้ว มาตรวจสอบและประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว ปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและปรับความคิด

การให้การปรึกษาครั้งที่ 4 ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ทบทวนผลของการปรับความคิดและพฤติกรรม

การให้การปรึกษาครั้งที่ 5 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบอื่น ๆ ที่ยังคงมีอยู่ เลือกความคิดอัตโนมัติที่ 3 มาพิสูจน์และปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนขึ้น อภิปรายร่วมกันในเรื่องการแก้ปัญหา

การให้การปรึกษาครั้งที่ 6 ประเมินการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของความคิดและอารมณ์ รวมทั้งประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และ สรีระ ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้าและการปรับความคิดและพฤติกรรม ในการลดภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างความมั่นใจในการลดภาวะซึมเศร้าโดยวิธีปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ประเมินผลการให้การปรึกษาและประเมินผู้ให้การปรึกษา

2. เนื้อหาหลักของโปรแกรมคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หรือประเมินความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ปัญหา

3. การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าเนื้อหาในโปรแกรมมีความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะให้ปรับโปรแกรมในแต่ละขั้นตอนให้มีความเฉพาะและชัดเจนเฉพาะลงไปในกลุ่มผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า

4. จากการนำเอาโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจเรื่องภาษา และงานกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม พบว่าผู้ให้การปรึกษาสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ เมื่ออธิบายกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้นผู้ให้การปรึกษายังได้รายงานว่า เมื่อดำเนินการและปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมพบว่า เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ การให้การปรึกษา และเสนอให้เพิ่มเอกสารประกอบการให้การปรึกษาในส่วนของการสอนในครั้งที่ 1 ส่วนผู้ป่วยรายงานว่า การปฏิบัติตามที่ผู้ให้การปรึกษาได้ให้การปรึกษาตามโปรแกรมมีประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยมากทั้งในการปรับด้านความคิดและพฤติกรรม โดยในการทดลองใช้โปรแกรมนี้ไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการใช้โปรแกรมเนื่องจากมีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมเท่านั้น โดยการทดสอบประสิทธิผลจะได้ดำเนินการในการวิจัยเรื่องต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้คือ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจำนวนครั้งเวลาในการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง รวมทั้งระยะในการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและ

พฤติกรรม สรุปได้ว่า มีจำนวน 4-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่าแล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ความยาวนานของการให้การปรึกษาในแต่ละครั้งประมาณ 50 - 90 นาทีโดยใช้เวลา 4 - 6 สัปดาห์ (Katon, 1996; Scott et al., 1997; Trower, Casey & Dryden, 2006) ดังนั้นในโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมี จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาทีภายใน 3 สัปดาห์ ส่วนเนื้อหา ก็เป็นไปตามแนวคิดทางปัญญาของเบค (Beck, 1995, 2011) เนื้อหาและกิจกรรมจึงประกอบด้วยการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ปัญหา

ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับขั้นตอนโดยรวมและให้ข้อเสนอแนะให้ปรับโปรแกรมในแต่ละขั้นตอนให้มีความเฉพาะและชัดเจนเฉพาะลงไปในกลุ่มผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้จึงพบว่า ผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วยสามารถใช้โปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นได้จริง และรายงานว่าการโปรแกรมมีประโยชน์ในการให้การปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

การฝึกอบรมการใช้โปรแกรมเป็นสิ่งสำคัญ และหากสามารถมีที่ปรึกษาในการนำไปปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์มากหรืออาจจะ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมร่วมกัน จะทำให้ใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการ ให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- บุญศิริ จันศิริมงคล, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, วรวรรณ จูฑา, และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน (2555). ความทุกข์ของความผิดปกติของ พฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมใน คนไทย: การสำรวจระดับชาติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(2), 88-102
- มานิต ศรีสุรณานนท์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2552). การรักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder ด้วย Cognitive Behavioral Therapy: การ พัฒนาบุคลากรและประเมินการให้บริการ ในผู้ป่วยชาวไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 54(4), 367-374.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. (2547). *คู่มือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด*: [ม.ป.พ.]. สมภพเรืองตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรค ทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข. (2552). *คู่มือการบำบัด*

ความคิดและพฤติกรรม. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง.

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed). New York, Guildford.
- Brown, S.A & Schuckit, M.A. (1998). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 412-417.
- Katon, W., Robinson, P., Von Korff, M., Lin, E., Bush, T., Ludman, E., et al., (1996). A multi-faceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 924-932.
- Kongsuk, T., Arunpongpan, S., Loiha, S., Maneeton, N., Wannasawok, K., Leejong-permpoon, J., et al., (2007, August). The development and validity of 9-Question Diagnostic Test for Depressive Disorders in Thai I-San community [Abstract]. *Preceding of the International Conference of Mental Health, Bangkok, Thailand*, 128-129.
- Polit, D. E. (1996). *Data analysis and statistics for nursing research*. Connecticut: Appleton & Lange.

- Rounsaville, B. J., Weissman, M. N., Cristop, K. et al. (2001). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 160-166.
- Scott, C., Tacchi, M. J., Jones, R., & Scott, J. (1997). Acute and one-year outcome of a randomized controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 171, 131-134.
- Trower, P., Casey, A., & Dryden, W. (2006). *Cognitive Behavioral Counselling*. London: SAGE Publication.
- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007). *Cognitive Behavior Therapy: Skill and Applications*. Los Angeles: SAGE Publication