



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

รุ่งอรุณ โทวันนัง* เพ็ญพัทธ์ อุทิศ** และสุนิศา สุขตระกูล**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสุราชายที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับการจับคู่ด้วยระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) 3) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Thought Questionnaire) และ 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือ ชุดที่ 2 และ 3 มีความเที่ยงอัลฟาของคอนบราดเท่ากับ .81 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและใช้สถิติที

ผลการวิจัย: 1. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราชายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม / อินเทอร์เน็ต / ภาวะซึมเศร้า / ผู้เสพติดสุรา



The Effect of Internet-Supported Cognitive and Behavioral Therapy Program On Depression In Alcoholics

Rungarun Thowannang* Penpaktr Uthis** and Sunisa Suktrakul***

Abstract

Purpose: 1) to compare depression among alcoholics before and after receiving the internet-supported cognitive and behavioral therapy program, and 2) to compare depression between alcoholics who received internet-supported cognitive and behavioral therapy program and those who received regular nursing care.

Design: This research was a pretest-posttest quasi-experimental study

Methods: The sample consisted of 40 depressed alcoholics who met the inclusion criteria and were received treatment in the outpatient unit, Thanyarak Khonkaen Hospital, Khonkaen. They were matched with depression rating and randomized to the experimental and control groups, 20 subjects for each group. The experimental group received the internet-supported cognitive and behavioral therapy program while the control one received regular nursing care. The research instruments were 1) a cognitive and behavioral therapy program; 2) the Beck depression inventory; 3) the Automatic thought questionnaire; and 4) the personal information questionnaire. The 2nd and 3rd instrument validated by five experts had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .81 and .89, respectively. Data were analyzed by using statistics, namely percentage T-test

Results: 1) depression in alcoholics after receiving the internet-supported cognitive and behavioral therapy program was statistically less than before receiving the program at the significance level of .05. 2) Depression in alcoholics for men who received the internet-supported cognitive and behavioral therapy program was statistically lower than the group receiving the normal care at the significance level of .05

Keywords: Cognitive and behavioral therapy / Depression / Internet-supported / Alcoholics.

-Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018; 30(2): 96-109

* Master Student in Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Boromaratchachonnani Srisataphat Building Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Email: Penpaktr__Uthis@hotmail.com

***Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.



บทนำ

ปัจจุบันการเสพยาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้เสพยาเพิ่มมากขึ้น ดังผลสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นและดื่มเป็นประจำ โดยร้อยละ 80 เป็นเพศชาย และมีปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้นจาก 37 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2540 เป็น 52 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2554 ถือเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 ต่อปี (Center for Alcohol Studies, 2013) ซึ่งสถานการณ์การดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นนี้ ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในประเทศไทยซึ่งเป็นโรคจากการดื่มสุราหรือเป็นผู้เสพยาเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากสุราหรือเหล้าจัดเป็นสารเสพติดประเภทหนึ่ง คือเมื่อดื่มบ่อยครั้งเป็นเวลานานๆ บุคคลจะไม่สามารถควบคุมการดื่มได้จึงต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นและทำให้เสพยาได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยสุราในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (ชื่อเดิมคือ สถาบันธัญญารักษ์) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดยาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษาเป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยแอมเฟตามีน โดยมีผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2556-2559 จำนวนรวมทั้งหมด 1,388 ราย 1,245 ราย 1,226 ราย และ 1,182 ราย ตามลำดับ โดยบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 544 ราย 563 ราย 591 ราย และ 639 ราย ตามลำดับ และบำบัดแบบผู้ป่วยใน 844 ราย 682 ราย 635 ราย และ 543 ราย ตามลำดับ (Princess Mother Nation Institute on Drug Abuse Treatment, 2016) สำหรับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นนั้น พบว่ามีผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษา 2557-2559 มีจำนวน

ผู้ป่วยนอกรายใหม่ทั้งหมด 560 ราย 334 ราย และ 216 ตามลำดับ และบำบัดแบบผู้ป่วยใน 558 ราย 677 ราย และ 509 ราย ตามลำดับ (Thanyalak Khonkaen hospital, 2016)

การดื่มสุราก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการเนื่องจากการดื่มสุราเป็นสาเหตุการเกิดโรคมากกว่า 60 โรค (WHO, 2014) ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดื่ม รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว และต่อสังคมตามมา (Lowe & Kranzler, 1999; Stern & Herman, 2004) โดยผลกระทบต่อร่างกาย คือ ก่อให้เกิดโรคทางกายต่างๆ ตามมา เช่น เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (Kittiwattanacul, 2003) สอดคล้องกับ รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) พบว่าปัญหาของการเสพยา ร้อยละ 20-30 คือโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับแข็ง และโรคลมชัก อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางจิตใจเนื่องจากการป่วยด้วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโรคหนึ่ง โดยผู้ที่ดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ จนเกิดภาวะพึ่งสุราหรือติดสุรา อาจเกิดอาการทางจิตจากสุราตามมาได้ (Sangchanchai, 2003) สอดคล้องกับ Reangtrakoon (2010) ที่กล่าวว่า การบริโภคสุรายังเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆ เนื่องจากผู้เสพยา มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) มีลักษณะที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีความยากลำบากในการคิดตัดสินใจ และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง การบริโภคสุราจึงเป็นความต้องการทางด้านจิตใจที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า ถ้าได้บริโภคสุราจะทำให้รู้สึกคลายความเครียด อารมณ์หงุดหงิด รวมถึงการนอนไม่หลับ ทำให้เพิ่มโอกาสในการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำได้อีก

สำหรับภาวะซึมเศร้า (depression) พบว่าเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบมากที่สุดในผู้เสพยา



ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ซึ่งในต่างประเทศจะพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 70 (Gratzer, et al., 2004; Preuss, et al., 2002) ในขณะที่ผลการศึกษาในประเทศไทยอาจพบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น ผลการสำรวจในประชาชนทั่วไปของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ติดสุราร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้า (Silpakit et al., 1999) ในขณะที่ผลการศึกษาของ Netkam (1998) พบว่าผู้ที่เสพติดสุราเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งหากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ไม่ได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอาจจะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังผลการศึกษาของ Sher et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป 60-120 เท่า และผู้ป่วยโรคความเครียดที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 40 ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัญหาความรุนแรงและการฆ่ากันตายในครอบครัวนั้น ผู้ก่อเหตุมีความเกี่ยวข้องกับการติดสุราถึงร้อยละ 87.2 (Sornphisam, et al., 2009) ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการคัดกรองและการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบำบัดรักษาและลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงผลกระทบด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับไปดื่มซ้ำสูง อีกทั้งหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสมก็อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Netkam, 1998) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นการรักษาทางร่างกาย เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้าและยาต้านเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (McLoughlin et al., 2007) ส่วนการบำบัดทาง

จิตสังคมนั้นพบว่า ได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy-CBT) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดื่ม/ผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anderson, 2009) เนื่องจากช่วยลดโครงสร้างความคิดความเชื่อที่บิดเบือนหรือที่ไร้เหตุผลซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต (Longabaugh & Morgenstern, 1999) เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นแก้ไขความคิดหลักในทางลบ 3 ประการ ตามแนวคิด Beck (1967) คือ 1) การแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) การมองตนเองในทางลบ และ 3) การมองอนาคตในทางลบ โดยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม เมื่อมีการปรับความคิดใหม่ ก็สามารถปรับอารมณ์และพฤติกรรมใหม่ได้ ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัดได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดและการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเหมาะกับการนำมาใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suphakun, Lueboonthavatchai and Soonthomchaiya (2007) พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Beck & Alford (2009) พบว่า CBT ที่มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าต้องประกอบด้วยการบำบัด 9-12 ครั้งขึ้นไป เป็นเหตุให้ผู้รับการบำบัดบางส่วนหมดกำลังใจและถอนตัวก่อนการบำบัดสิ้นสุดลง (Stevens & Craske, 2002) ดังการศึกษาในประเทศอิตาลีซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดเข้ารับการบำบัดก่อนถึง



สัปดาห์ที่ 12 สูงถึงร้อยละ 15 (Ammerman, Putnam, Stevens, Holleb, Novak, & Van-Ginkel, 2005) ส่วนในประเทศไทย ก็พบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่น Srisuraphanont, Pityaratsatian, Kittirattana-paiboon, and Charatsigha (2009) พบว่าการบำบัดด้วย CBT ตามโปรแกรม 14 ครั้ง มีผู้ป่วยหยุดเข้ามารับการบำบัดก่อนสัปดาห์ที่ 12 สูงเกินครึ่งคือร้อยละ 57.1 ทำให้การบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการบำบัดที่ยาวนานที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าบำบัดได้ครบตามโปรแกรม ด้วยเหตุนี้ ต่อมาจึงมีการพัฒนา CBT รูปแบบใหม่ให้กระชับขึ้นหรือมีรูปแบบซึ่งน่าสนใจมากขึ้น เช่น Kanokjanya and Uthis (2013) ใช้การบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้ป่วยสุราได้ ส่วน Thapinta, Kulachai, Skulphan, Srimongkontaratorn, Boonyasiwapong, and Sukjit (2013) ใช้การบำบัด CBT แบบหลายช่องทาง ได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่ม ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตาม และการเยี่ยมบ้าน พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง แต่การศึกษาดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของการกำกับจากตัวผู้บำบัดเป็นหลักจึงอาจไม่เกิดประสิทธิผลในระยะยาว

จากช่องว่างของการบำบัดด้วย CBT รูปแบบต่างๆ ดังข้างต้น ปัจจุบันในต่างประเทศจึงมีการนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาประยุกต์กับ CBT เพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) อันจะส่งผลให้การบำบัดเกิดประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องและยาวนานมากขึ้น เช่น การบำบัดแบบให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองล้วนๆ ผ่านโปรแกรม Computer-based (Kay-Lambkin et al., 2009), Web-based (Farrer, Christensen, Griffiths, & Mackinnon, 2012) หรือ Internet-based (Deady, Kay-Lambkin, Teesson,

& Mills, 2014) และการบำบัดที่ใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตช่วยเสริมการบำบัดแบบพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) ซึ่งพบว่าทั้งสองแบบช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามคงอยู่ในการบำบัดครบตามโปรแกรม จนส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะต่อๆ มา (Hoifodt, Lillevoll, Griffiths, Wilsgaard, Eisemann, Waterloo, & Kolstrup, 2014) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีการนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมจากการบำบัดแบบกลุ่ม

จากการทบทวนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในประเทศไทยนั้น ข้อมูลการรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559 พบว่าในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการสื่อสารด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจจากผู้ที่เข้ามาตอบแบบสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559 ด้วยความสนใจ ทั้งหมดจำนวน 16,661 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.3) เพศชาย (ร้อยละ 41.1) โดยช่วงอายุที่ใช้สูงสุด คืออายุระหว่าง 19-36 ปี รองลงมา อายุระหว่าง 37-51 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 36.3 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยอยู่ที่ 45.0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อวัน สำหรับประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้นั้น ได้แก่ YouTube คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ Facebook และ Line มีผู้ใช้งานคิดเป็นร้อยละ 94.8 และ 94.6 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านความถี่ในการเข้าใช้งานพบว่า Facebook เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 รองลงมา เป็น Line และ YouTube คิดเป็นร้อยละ 84.2, 82.0 และ 76.9 ตาม



ลำดับ (Electronic Transactions Development Agency (Public Organization) ETDA, (2016)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าประชาชนไทยมีความนิยมนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการประจำวันเพื่อการสื่อสารในลักษณะต่างๆ ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ต มาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์เพื่อบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น การศึกษาของ Netrakom (2001) ได้ทำการศึกษาโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือช่วยในการบำบัดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคกลัวสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเข้าสังคมได้ดี เนื่องจากการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคล้ายกับโลกที่เป็นจริง แต่มีข้อดีกว่าคือ เป็นการสนทนาที่ลดความรู้สึกถูกควบคุมเนื่องจากไม่ต้องเผชิญหน้ากัน วิธีนี้จะเป็นวิธีหนึ่งที่น่าไปใช้เพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการบำบัดแบบ CBT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสุรา แต่อย่างไรก็ตาม การบำบัดแบบ CBT ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีทดแทนผู้บำบัดที่เป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด (Andersson, 2009) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตตามการศึกษาของ Hoifodt, et al. (2014) ซึ่งผู้บำบัดใช้การบำบัดแบบกลุ่มในลักษณะการพบหน้าโดยตรงกับผู้บำบัด (face-to-face) และเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองโดยมอบหมายให้ผู้ป่วยศึกษาและฝึกทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง (self-help) ผ่านการสื่อสารด้วยช่องทาง Internet ร่วมกับการกำกับและให้คำปรึกษาจากผู้บำบัด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ช่องทางเฟซบุ๊ก (Facebook) ซึ่งพบว่ามีผู้ใช้บ่อยสูงสุดเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสุรายาวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-49 ปี

ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตทางเฟซบุ๊กสูงสุดตั้งข้อมูลข้างต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยได้รับการบำบัดไปพร้อมๆ กับการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม จนสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเสพติดสุราชายอายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเสพติดสุราชาย อายุ 18-49 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติในการคัดเข้ากลุ่ม ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 2) มีภาวะซึมเศร้าวระดับเล็กน้อยถึงมาก (มีคะแนน BDI 10-29 คะแนน) 3) สามารถใช้อินเทอร์เน็ตทางเฟซบุ๊กได้ 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้เสพติดสุรา พบอัตราที่สูงร้อยละ 70 ในต่างประเทศ (Gratzer, et al., 2004; Preuss et al., 2002) และร้อยละ 48.6 ในประเทศไทย (Silpakit et al., 1999) โดยมีสาเหตุหลักมาจากการมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนหรือมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ มองตนเองในแง่ลบ ไร้คุณค่า แปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินปัจจุบัน (Beck, 1979) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy-CBT) ซึ่งมีการใช้อินเทอร์เน็ตร่วมด้วย (Internet-CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพระยะยาวในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา (Anderson, 2009) เพราะช่วยลดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน (Longabaugh & Morgenstern, 1999) อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเอง (Self-help) เนื่องจากการสื่อสารการบำบัดทางอินเทอร์เน็ตเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคล้ายกับโลกที่เป็นจริง มีข้อดี คือ เป็นการบำบัดที่ลดความรู้สึกถูกควบคุม เนื่องจากไม่ต้องเผชิญหน้ากันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดโดยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้การเผชิญปัญหาจากสถานการณ์การดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ศักยภาพที่มีในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การกำกับให้คำแนะนำปรึกษาจากผู้บำบัดก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยมอบหมายให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้แต่ละกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ตช่องทางเฟซบุ๊ก และฝึกทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้นจริง และสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดเป็นรายบุคคลได้ทางกล่องข้อความของเฟซบุ๊กขณะที่ประสบ

ปัญหาได้ทันที เพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้บำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Høifødt, et al. (2014) ซึ่งใช้การบำบัดตามแนวคิด CBT ของ Beck (1979)

โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านใบกิจกรรมทางเฟซบุ๊กให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนเนื้อหาการเรียนรู้ของครั้งนั้นๆ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้การสื่อสารทาง Internet ผ่านสื่อเฟซบุ๊ก ในการโพสต์เนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยควรทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมในแต่ละครั้ง พร้อมโจทย์คำถามซึ่งเป็นการบ้านให้ผู้ป่วย ได้ตอบกลับมายังผู้บำบัดภายใน 4 วันหลังการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งก่อนตอบคำถามผู้ป่วยสามารถเข้าไปศึกษาเนื้อหาที่มีการโพสต์ไว้ด้วยตนเองจนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ซึ่งการส่งเนื้อหาเพื่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้านนี้จะดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง หลังการบำบัดแบบกลุ่มครั้งที่ 1-5 นอกจากเนื้อหาเพื่อการทบทวนและฝึกเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยยังใช้การสื่อสารผ่านทางเฟซบุ๊กเพื่อมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ศึกษาเนื้อหาของการบำบัดล่วงหน้าก่อนมารับการบำบัดแบบกลุ่มในครั้งต่อไปด้วย สำหรับผู้รับการบำบัดรายที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนระหว่างดำเนินการศึกษา สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับการบำบัดได้โดยตรงเป็นรายบุคคล โดยมีการกำหนดช่วงเวลาสนทนาในช่วงเวลา 18.00-20.00 น. ของทุกวัน โดยมีรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละครั้ง ดังนี้



ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนด้วยการปรับความคิดครั้งที่ 4 การเรียนรู้เทคนิคทางพฤติกรรมที่ใช้จัดการความคิดบิดเบือน ครั้งที่ 5 การเรียนรู้การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 6 การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับช่องทางอินเทอร์เน็ตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ อ้างใน Sanseehea (1993) 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงโดย Sanseehea and Thapinta (1993) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Descriptive statistics และสถิติ T-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีตามหนังสือ เอกสารใบรับรองเลขที่ 013/2560 เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2560 และผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บ

ข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลโดยภาพรวม และจะถูกทำลายหลังการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล อนุญาตรักษารักษาแก่นเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าส่วนงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล และการประสานงานในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล 3) เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดสุรายาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกสุราของโรงพยาบาลอนุญาตรักษารักษาแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายาก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	22.70	5.85	19	13.262	.000
หลังการทดลอง	13.20	3.41	19		
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนการทดลอง	22.60	5.85	19	1.952	.066
หลังการทดลอง	21.35	4.74	19		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายาก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p
กลุ่มทดลอง					
กลุ่มทดลอง	22.70	5.85	38	.054	.908
กลุ่มควบคุม	22.60	5.85	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.20	3.41	38	6.233	.037
กลุ่มควบคุม	21.35	4.74	38		

(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) 3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.262$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายา ซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายาซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่



ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายายของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 13.20$ และ 21.35 ตามลำดับ, $t = 6.233$, $p < .05$)

สรุปผลการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตผู้เสพติดสุรายายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

2. คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตผู้เสพติดสุรายายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต จากการที่พบว่า ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองทุกคนนั้น เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเนื่องจากการบูรณาการรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นแบบกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ

Houghton and Saxon (2007) พบว่า รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเสริมด้วยการสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการกำกับให้คำแนะนำจากผู้บำบัดผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต เพชบุ๊คเพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถ้าเปิดเผยตนเองยอมรับว่าตนเองมีปัญหาและพร้อมที่จะหาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีสมาชิกภายในกลุ่มคอยสนับสนุนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรมใหม่ๆ นำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Marram, 1978)

2. คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรายายซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการดำเนินการพบว่า ผู้เสพติดสุรายายที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา รับรู้สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่งผลให้เกิดการยอมรับว่าตนเองมีปัญหาเลือกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองโดยพิจารณาความคิดและแก้ไขความผิดพลาด จากนั้นจะทำให้ผู้เสพติดสุรามีอาการดีขึ้น (Pahalapak, 1999; Beck Judith, 1995) และมีทางเลือกในการผ่อนคลายความเครียดและสามารถเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับครอบครัว ร่วมกับการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางเพชบุ๊คโดยการกำกับให้คำแนะนำจากผู้วิจัยในการฝึกทักษะการเรียนรู้ในกิจกรรมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเป็นไปอย่าง



มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมมีจำนวนวันหยุดติ่มเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 7 ราย หยุดติ่มได้ในช่วงเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hester (2003) พบว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมก่อให้เกิดการรับรู้ศักยภาพในการควบคุมตัวเองและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะอารมณ์และสถานการณ์ มีวิธีการในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดื่มแอลกอฮอล์และอารมณ์ซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้ความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและอยู่ในกระบวนการบำบัดจนครบโปรแกรมฯ เนื่องจากผู้

บำบัดที่สนับสนุนการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองโดยมีการกำกับแนะนำให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย รวมทั้งผู้วิจัยสามารถเข้าสู่ข้อมูลส่วนตัวผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจากการโพสต์สื่ออารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ส่งผลต่อสัมพันธภาพเนื่องจากการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตเพชบุรีเป็นการสื่อสารที่ไม่เผชิญหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ได้รับการแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าลดลง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดพฤติกรรมการดื่มสุรา ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราซึ่งบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยขยายติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในช่วง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

References

- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Holleb, L. J., Novak, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2005). In-Home Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Best Practices in Mental Health*, 1(1), 1-14.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-180.
- Beck, A. T. (1967). *Depression; Clinical, Experimental and Theoretical Aspect*. New York; Harper & Row.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck Judith, S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26, 17-31.



- Center for Alcohol Studies. (2013). Alcohol and Alcohol Consumption in 2013. Nonthaburi: Graphico System. (In Thai)
- Deady, M., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., & Mills, K. (2014). Developing an integrated, Internet-based self-help programme for young people with depression and alcohol use problems. *Internet Interventions*, 1(3), 118-131.
- Electronic Transactions Development Agency (Public Organization) ETDA. (2016). *Thailand Internet User Profile 2016*. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology MICT. (In Thai)
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. (2012). Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national helpline: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 14(3).
- Gratzer, D., Levitan, R. D., Sheldon, T., Toneatto, T., Rector, N. A., & Goering, P. (2004). Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *Journal of affective disorders*, 79(1-3), 209-215.
- Hester, R. K. (2003). *Behavioral self-control training*. Boston: Allyn & Bacon.
- Høifødt, R. S., Lillevoll, K. R., Griffiths, K. M., Wilsgaard, T., Eisemann, M., Waterloo, K., & Kolstrup, N. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 15(8).
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383-395.
- Houghton, S., & Saxon, D. (2007). An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient education and counseling*, 68(1), 107-110.
- Kanokjanya, P., & Uthis, P. (2013). *Effects of Brief Intervention Program Using Integrated Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Restructuring on Depression and Alcohol Consumption Among Alcohol Dependence*. *Journal of Nursing and Health Care*. 27(2), 56-68. (In Thai)
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388.
- Kittiwattanacul, K. (2003). Psychotic Substance Disorder. *Journal of Khon Kaen Rajanagarinda Psychiatric Hospital*. 5(2), 33-39. (In Thai)
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999).



- Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research*, 23(2), 78.
- Lowe, V. M. & Krannzler, H. R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric disorder. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 144-149.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. Mosby.
- McLoughlin, D. M., Mogg, A., Eranti, S., Pluck, G., Purvis, R., Edwards, D., ... & Philpot, M. (2007). The clinical effectiveness and cost of repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy in severe depression: a multicentre pragmatic randomised controlled trial and economic analysis. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 11(24), 1-54.
- Netkam, E. (1998). Automatic Negative Thought and Depression among Alcoholism. *Mental Health and Psychiatric Nursing of Chiang Mai University*. (In Thai)
- Netrakom, P. (2001). Internet as the Tool of Behavior therapy. Internet as the Tool of Behavior therapy. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 46(1): 49-54. (In Thai)
- Pahalapak, S. (1999). *Mood Disorder*. 1st edition. Khon Kaen: Siriraj Printing Offset Printing. (In Thai)
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., ... & Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-477.
- Princess Mother Nation Institute on Drug Abuse Treatment. (2016). *Number and percentage of all drug users in FY 2012-2015*. [Online]. Accessible from: <http://www.thanyarak.go.th/thai/index>. (In Thai)
- Reangtrakoon, S. (2010). Basic psychiatry and psychiatric disorder. 3rd edition. Bangkok: Ruan Kao printing. (In Thai)
- Sangchanchai, P. (2003). *Alcoholism and related disorders*. Document copied. (In Thai)
- Sanseeha, L. (1993). *Depression and Negative Automatic Thoughts of Late Adolescent*. Faculty of Nursing Chiang Mai University. (In Thai)
- Sher, L. (2005). Alcohol consumption and suicide. *Qjm*, 99(1), 57-61.
- Silpakit, P., Kittirattanapaiboon, P., Pompaisarnchai, W. (1999). Prevalence of alcoholism and Mental health of Thai people. *Journal of Suan Prung Psychiatric Hospital*. 1998: 14(1), 61-72. (In Thai)
- Sornphisarn, B., Keawmungkun, J., Watthanaporn, K., Nasuam, S., Pimpandee, W., Jungphasheachying, P., & Pakdechathakun, K. (2009). *Annual Liquor Report*. Nonthaburi: Institute for Health Systems Research. (In Thai)
- Srisuraphanont, M., Pityaratsatian, N., Kittirattanapaiboon, P. & Charatsigha, A. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for



- the Treatment of Major Depressive Disorder: Workforce Development and Service Evaluation in Thailand. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 54(4), 367-374. (In Thai)
- Stevens, H. H. & Craske, M.G. (2002). *Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition And Scientific Foundations*. Handbook of Brief Cognitive Behavioral Therapy. England: John & Sons Ltd.
- Suphakun, K., Lueboonthavatchai, O. & Soonthornchaiya, S. (2007). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program on Depression of Patient with Major Depressive Disordered. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 21(2), 77-89. (In Thai)
- Thanyalak Khonkean hospital. (2016). Patient statistics. [Online]. Accessible from: <http://www.tyrkk.go.th>. (In Thai)
- Thapinta, D., Kulachai, S., Skulphan, S., Srimongkontaratorn, G., Boonyasiwapong, S., & Sukjit, P. (2013). The Effect of Cognitive Behavior Therapy Multi-Chanel Program for Declining Depression. *The Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 27 (3), 1-15. (In Thai)
- World Health Organization. (2003). *WHO to meet beverage company representative to discuss health related alcohol issues*. [online] Available from <http://riley@WHO.Int>. [2009, September 10]
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Alcohol*. [online] [cited 2013 Mar 19] http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/