

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) ซึ่งทำแบบกลุ่มโดยทำในตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pre-post test design) เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 จำนวน 8 ราย เพื่อศึกษาลักษณะและผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แบ่งตามวัตถุประสงค์ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา
3. ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 100 (n=8) มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (SD = 3.27) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 50 อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 87.5

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน อายุที่เริ่มดื่มสุรา ($n=8$)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มตัวอย่าง
		จำนวน
เพศ		
	ชาย	8
อายุ		
	35 ปี ขึ้นไป - 40 ปี	1
	40 ปี ขึ้นไป - 45 ปี	5
	45 ปี ขึ้นไป - 50 ปี	2
	(range = 37 – 48 ปี, $\bar{X} = 43$, SD = 3.72)	
สถานภาพสมรส		
	โสด	2
	คู่	4
	หย่าร้าง	2
ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษา	4
	มัธยมศึกษา	3
	ปวช.	1
อาชีพ		
	เกษตรกร	1
	รับจ้าง	6
	รัฐวิสาหกิจ	1
รายได้ต่อเดือน		
	พอเพียง	6
	ไม่เพียงพอ	2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน อายุที่เริ่มดื่มสุรา ($n=8$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
อายุที่เริ่มดื่มสุรา	
12-16 ปี	1
17-20 ปี	7
(range = 16 –20 ปี, $\bar{X}$ = 18, SD =1.69)	

ส่วนที่ 2 ลักษณะของ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง

จากตารางที่ 2 แสดงถึงเนื้อหาของโปรแกรมที่ได้รับการปรับเปลี่ยนจากผู้วิจัยให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2 ในงานที่ 3/2 วิเคราะห์ความรู้สึกเสียใจ, เอกสารหมายเลข 3 การกำจัด การควบคุม และระบายอารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม, ในงานที่ 4 เหตุการณ์ตัวอย่างงานชิ้นสำคัญ, ตัวอย่างเหตุการณ์คิดอย่างมีเหตุผล ABC, ตัวอย่างแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ABCDE (รายละเอียดสามารถดูได้ในภาคผนวก ง)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุรา

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 18.25 (SD = 4.1318) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า 10.00 (SD = 4.4401) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

เวลาที่วัด	ค่าคะแนน	SD	t	P value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18.25	4.131		8.603
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที	10.00	4.44		0.017**

* ระดับ $r = 0.01$

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะทันทีหลังโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุดพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่ำกว่า ก่อนการ ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสูตร ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาตามคำถามการศึกษา ดังนี้

คำถามการศึกษาที่ 1 ศึกษาลักษณะของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสูตรเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งนี้เนื่องจากประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ครบทั้ง 8 ครั้ง และจากประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 รายนั้น ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า พบว่า โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยโรคจิตสูตรที่มีภาวะซึมเศร้านั้น เริ่มแรกไม่ค่อยกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นผู้ศึกษาจึงต้องแนะนำและกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นบ่อยๆ จนกระทั่งสมาชิกเริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดเผยนเองมากขึ้น กล้าที่จะซักถามข้อมูล ส่วนตัวของเพื่อนและความคิดเห็นของเพื่อน เริ่มสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรม ช่วงแรกสมาชิกสามารถทำตามคำแนะนำได้ มีสมาชิกบางคนค่อนข้างพูดน้อยและมีปฏิสัมพันธ์กับในกลุ่มน้อย ในระหว่างการเข้ากลุ่มทุกคนรับทราบและเข้าใจในเรื่องของความแตกต่างระหว่างบุคคล และสามารถบอกได้ว่าอะไรทำให้คนเราแตกต่างกัน เพื่อโยงไปสู่ขั้นตอน ผ่านแบบฝึกคิด ABC โดยเน้นถึงความคิด หรือความเชื่อความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ และจากการให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ถึง ข้อดีและข้อเสียของการคิดทางบวกและทางลบและในตอนท้ายของกลุ่ม สมาชิกทุกคนเริ่มเข้าใจและเริ่มแยกแยะเรื่องความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลได้ และร่วมให้ความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่มได้ และรวมไปถึงการวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ การโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้ศึกษาได้ทำการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและรายงาน ดังต่อไปนี้

1. ได้ปรับเปลี่ยนใบงานหมายเลข 5 ในโปรแกรมครั้งที่ 4 โดยการยกตัวอย่างการบอกถึงข้อดีและข้อเสีย ของความคิดทางบวกและทางลบของงานชิ้นสำคัญใน ดังตัวอย่างนี้ เนื่องจากในตอนแรกสมาชิกรู้สึกงง ไม่เข้าใจว่า ข้อดีและข้อเสีย ของการคิดทางลบ ผู้ศึกษา จึงต้องปรับและยกตัวอย่าง โดยใช้ภาษาที่สมาชิกสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น ข้อเสียของการคิดทางลบ คือ “ถ้าคนเราคิดแต่ในทางที่ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดเหตุการณ์อะไรบ้าง เช่น จิตใจไม่เป็นสุข มีแต่ความทุกข์ ส่วนข้อดีของการคิดทางลบ คือ สมมุติว่าถ้าเราคิดไม่ดีจะมีสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นกับชีวิตเราหรือไม่ ถ้ามี

คืออะไรบ้าง” หลังจากยกตัวอย่างแล้วสมาชิกเข้าใจมากขึ้นและสามารถบอกถึงข้อดีและข้อเสียได้ เช่น ข้อดีของความคิดทางลบ คือ “ถ้าเราทำงานชิ้นนี้บริษัทอาจเสียหายได้” และข้อเสียของความคิดทางลบ คือ “เสียเงิน, เสียสุขภาพ, เสียโอกาส, เสียสังคมกลับไปดื่มสุราอีก” ข้อดีของความคิดทางบวก คือ “ทำให้ชีวิตดีขึ้น พร้อมกับสุขภาพร่างกายของเราดีขึ้นด้วย เพื่อนที่เคยมองรังเกียจก็อาจเปลี่ยนความคิดมาชื่นชมเราบ้างไม่มากก็น้อย เพื่อนในที่ทำงานทุกคนก็จะให้ความร่วมมือดีขึ้น ข้อเสียของความคิดทางบวก คือ “เราต้องเสียงานและไม่ได้ทำงานชิ้นนี้”

2. ได้ปรับเปลี่ยนตัวอย่างเหตุการณ์คิดอย่างมีเหตุผล ABC ในโปรแกรมครั้งที่ 5 โดยผู้ศึกษาได้ปรับและยกตัวอย่าง ของเอกสาร ความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล ง่ายๆ คือ “สมาชิกบอกภรรยาที่บ้านว่าพรุ่งนี้เธอต้องมารับฉันกลับบ้านนะ โดยไม่คิดเลยว่าภรรยาคุณลงงานได้หรือไม่ มีเงินค่ารถหรือไม่” หลังจากยกตัวอย่างสถานการณ์แล้ว ทำให้สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกถึงความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลได้ เพราะเป็นเหตุการณ์ใกล้ๆ ตัว ที่เกิดทุกครั้งที่สมาชิกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตัวอย่าง เช่น สมาชิกบอกว่า “รู้สึกสงสารแฟนเนอะ ใจเราก็เอาแต่ใจตัวเองไม่คิดถึงหัวอกเขาบ้าง ตอนนี้เข้าใจแล้วครับ จะต้องคิดยังไง”

3. ได้ปรับเปลี่ยนตัวอย่างแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ABCDE ในโปรแกรมครั้งที่ 6 คือการยกตัวอย่าง ผลของการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผล คือ ผู้ศึกษาถามว่า “หลังจากที่คิดว่า ภรรยาไม่มารับเพราะไม่มีเงินแล้ว รู้สึกอย่างไร” สมาชิกหันมามองหน้ากัน แล้วมีสมาชิก คนหนึ่งพูดขึ้นว่า “นั่นสิ ไม่มีเงินก็มาไม่ได้ ฉันก็รอให้เขาได้เงินเดือนก่อนก็แล้วกัน อยู่โรงพยาบาลไปก่อนก็ได้”

4. ได้ปรับเปลี่ยนโปรแกรมครั้งที่ 5, 6, 7 โดยการปรับเวลาเพิ่ม จาก 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็น 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ความหมายของคำพูดที่สมาชิกสื่อสารบอกเล่าออกมาในกลุ่ม โดยผู้ศึกษา ให้สมาชิกทุกคนต้องแสดงความคิดเห็นความเชื่อในเรื่องใดเรื่องหนึ่งออกมา อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งในกลุ่มย่อย และเพิ่มการทำใบงานซ้ำอีก 2 ครั้ง

ซึ่งจากการปรับใบงานได้เหมาะสมกับสมาชิกและจากการซักถาม “ก่อนที่จะเข้ากลุ่ม รู้สึกอย่างไรล่ะ” “ตอนนั้นไม่รู้เลยครับว่ามีอะไร ทำให้เราหงุดหงิดใจ ไม่สบายใจ ไม่สามารถบอกได้เลยครับ” ผู้ศึกษาได้ถามต่อว่าแล้วหลังจากนี้ต่อไปล่ะ “รู้แล้วครับว่าตอนนี้เรารู้สึกถึงอารมณ์ เราได้ทำอะไร จะทำอะไรต่อไปถึงจะดี ไม่ทำให้ตัวเราและครอบครัวเรา มีความสุขได้ ไม่ต้องเครียด คิดทำอะไรที่ไม่ดีลงไปเหมือนเมื่อก่อน” โดยสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคจิตสามารถเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ โสกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หวาดหวั่น มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ต่อโลกและอนาคต จากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัวและสังคม และมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความวิตกกังวล

หมกมุ่นอยู่กับตนเองตลอดเวลา รู้สึกไม่มีความหวังต่ออนาคต ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำได้ ซึ่งสมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ดังตัวอย่างนี้ สมาชิกคนที่ 1 ก่อนเข้าโปรแกรม มีความคิดว่า “โลกไม่น่าอยู่ มีแต่คนดูถูก เบื่อหน่าย คิดอยากตาย” หลังได้รับโปรแกรมแล้ว มีความคิด “เราก็มีส่วนคืออยู่บ้างที่จะสามารถทำให้คนยอมรับได้ และไม่ยอมตัวตายแล้ว” สมาชิกคนที่ 3 ก่อนเข้าโปรแกรม มีความคิดว่า “คนในบ้านไม่รักตนเอง คำว่าตนเองเรื่องดีมีเล่ห์ทำให้ เบื่อหน่าย อยากตาย” หลังได้รับโปรแกรมแล้ว มีความคิดว่า “คนที่บ้านค่าเพราะเขารักเราเป็นห่วงเรา ไม่อยากให้ออกไปกินเหล้า จึงคิดว่าไม่ยอมตาย”

ดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยเห็นถึงและบอกข้อดีและข้อเสียของการคิดทางบวกและการคิดทางลบและการปรับเปลี่ยน ความคิด ก็จะส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรมได้ สมาชิกทุกคนเริ่มเข้าใจและเริ่มแยกแยะเรื่องความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลได้ และร่วมให้ความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่มได้ และรวมไปถึงการวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ การโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่ภาวะซึมเศร้าดังที่ เอลลิส (1994) กล่าวว่าไว้ว่าการปรับเปลี่ยนความเชื่อของบุคคล ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ทางด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ และฝึกการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผล จนบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

หลังจากศึกษาและใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราซึ่งปัญหาที่พบและได้ปรับปรุงแก้ไข เช่น ภาษาที่ใช้ในโปรแกรมเป็นภาษาที่ยาก ดังนั้นผู้ศึกษาได้ปรับปรุงตัวอย่างเหตุการณ์ และสถานการณ์ และยกตัวอย่างที่ใช้ภาษาที่ง่ายซึ่งเป็นภาษาพื้นเมือง และปรับสถานการณ์เป็นสถานการณ์ใกล้ตัว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจได้ง่ายขึ้น และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ปรับเปลี่ยนระยะเวลาของโปรแกรมในครั้งที่ 5, 6, 7 เนื่องจากผู้ป่วยต้องวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น จากความเชื่อต่อเหตุการณ์ และฝึกการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผล เป็นผลทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อย่างละเอียด เพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมของโปรแกรมในแต่ละครั้ง และเพื่อให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วม โปรแกรม (สามารถดูได้ใน ภาคผนวก จ โปรแกรมครั้งที่ 4, 5, 6, 7)

จากการศึกษาลักษณะของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราพบว่า มีความเหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โดยการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทางด้านลบ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลของตนเองและฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลจนสามารถปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดย

อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญ และอนาคตส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดชล หนูหุ่น (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการแสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของคนพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำถามการศึกษาที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนก่อนการได้รับ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และระยะทันทีหลัง โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุดทันที พบว่า มีความอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 เมื่อผู้ป่วยโรคจิตสุราได้เข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าแล้ว ทุกคนสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและสามารถค้นหาเหตุผลที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลไกของโปรแกรมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถพิจารณาถึงความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล ผ่านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความเชื่อที่ผู้ป่วยโรคจิตสุรามีต่อเหตุการณ์และผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC การวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และ ผลที่เกิดจากการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล ได้แก่ ผลทางด้านความคิด ผลทางด้านอารมณ์ และผลทางด้านพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราปรับเปลี่ยนความเชื่อของตนเองให้มีระบบความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่ทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและเหตุการณ์ที่เผชิญส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังตัวอย่างต่อไปนี้ สมาชิกบางคนก่อนเข้าโปรแกรม มีความคิดว่า “โลกไม่น่าอยู่ มีแต่คนดูถูก เบื่อหน่าย คิดอยากตาย” หลังได้รับโปรแกรมแล้ว มีความคิดว่า “เราก็มีส่วนดีอยู่บ้างที่จะสามารถทำให้คนยอมรับได้ และไม่อยากจะตายแล้ว” บางคนพูดว่า ก่อนเข้าโปรแกรม มีความคิดว่า “เมื่อก่อนเมื่อเครียดก็ไปกินเหล้า” หลังได้รับโปรแกรมแล้ว “ตอนนี้รู้แล้วว่าจะทำยังไงดีเวลา คนที่บ้านด่าว่า จะได้ไม่ออกไปกินเหล้าอีก” และบางคนพูดว่า ก่อนเข้าโปรแกรม มีความคิดว่า “คนในบ้านไม่รักตนเอง ด่าว่าตนเองเรื่องคิมเหล้าทำให้ เบื่อหน่าย อยากตาย” หลัง

ได้รับโปรแกรมแล้ว มีความคิดว่า “คนที่บ้านค่าเพราะเขารักเราเป็นห่วงเรา ไม่อยากให้ไปกินเหล้า จึงคิดว่าไม่อยากตาย”

ดังนั้นสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติสั้นทางลบ ต่อโลก และอนาคต การสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัวและสังคม และมีความคิดด้านลบ ต่อตนเอง ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น จะทำให้มีความวิตกกังวล หมกมุ่นอยู่กับตนเองตลอดเวลา รู้สึกไม่มีความหวังต่ออนาคต ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำได้ และการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคจิตสุรา หากระดับของ ภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการติดสุรา และลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ ถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาดีขึ้น และเบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราเกิดจากมีความเชื่อที่ไร้เหตุผล ส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีผลกระทบทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงิน มีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราประมวลเรื่องราวที่บิดเบือนจากความจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเชื่อที่ไร้เหตุผลในผู้ป่วยโรคจิตสุราอาจปรับเปลี่ยนได้โดยการใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Chittwon, 2003) จากการศึกษาของพยาม การดี (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Chittwon, 2003) จากการศึกษาของหยาดชล หนูหุ่น (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้พิการแสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้พิการได้อย่างมีนัยสำคัญ