# ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุกุมา แสงเดือนฉาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ตุลาคม 2553

# ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุกุมา แสงเดือนฉาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตุลาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

บทคัดย่อ

ของ

สุกุมา แสงเดือนฉาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ตุลาคม 2553

สุกุมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา.* ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี, รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม, พันเอก นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย.

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ดื่มสุรา (ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา) ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ 3) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อพฤติกรรมการไม่ติดสุราซ้ำ

การวิจัยนี้เป็น 2 x 2 Factorial Design (Pretest-posttest, control group, Follow up Design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 59 คน ที่ได้รับการจัดประเภทเป็นกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุรา โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน เมื่อสิ้นสุดการทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ ในกลุ่มทดลองมีผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 10 คน ผู้ติด 20 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 11 คน ผู้ติด 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 5 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1 เดือนที่2 และเดือนที่3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ 3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ 4) แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา และ 5) การตรวจสาร GGT ในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุนาม 2 ทาง (Two-way MANCOVA) การวิเคราะห์ไคสแควร์ ($\chi^2$ - Test) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัยสรุปว่า

1. ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการใช้โปรแกรม

2. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

3. เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 และเดือนที่ 2 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้จากการประเมิน ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่3 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และปริมาณสาร GGT ในเลือด น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 และเดือนที่ 2 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่2 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเป็นตัวแปรที่ทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้

โดยสรุปผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถสร้างความพร้อมภายใจจิตใจของผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำได้ โดยทำให้ผู้ป่วยสุรามีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามาถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการกลับไปติดซ้ำให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด

# THE EFFECT OF COGNITIVE - BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM, WITH SOCIAL SUPPORT, ON READINESS FOR EARLY RELAPSE PREVENTION AND NON-RELAPSE OF ALCOHOL USE DISORDER PATIENTS

AN ABSTRACT

BY

SUKUMA SAENGDUENCHAI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research

at Srinakharinwirot University

October 2010

Sukuma Saengduenchai. (2010). *The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy Program, with Social Support, on Readiness for Early Relapse Prevention and Non- Relapse of Alcohol Use Disorder Patients*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist.Prof. Dr. Wiladlak Chuawanlee, Assoc. Prof. Dr. Orapin Choochom, Col. Pichai Saengcharnchai.

The purposes of this study were : 1) to study the interaction between receiving cognitive-behavioral therapy program, with social support, and groups of patients (problem drinker and alcohol dependent) on readiness for early relapse prevention, 2) to examine the result of cognitive-behavioral therapy program, with social support on readiness for early relapse prevention and non-relapse and 3) to investigate the effects of readiness for early relapse prevention on non-relapse.

This research was designed as 2 x 2 Factorial research design (Pretest-posttest, control group, Follow up Design). The participants consisted of 59 alcohol use disorder patients who were admitted in Thanyarak Institute, and classified as problem drinker and alcohol dependent. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. There were 10 problem drinkers and 20 alcohol dependents in experimental group, and 11 problem drinkers and 18 alcohol dependents in control group. The data were collected for five times: pre-test, post-test and follow up in the first, second and third month, respectively. The instruments in the study were cognitive-behavioral therapy program, with social support, readiness questionnaires comprising intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention, alcohol consumption report and GGT in the blood. The data were analyzed by utilizing two-way MANCOVA, $\chi^2$-test and multiple regression analysis.

The results of this research were as follows:

1. No interaction was found between receiving the therapy program and groups of patients on readiness for early relapse prevention, the intention and self-efficacy in relapse prevention, when the intention in relapse prevention prior to program application was controlled.

2. Patients who received the therapy program had more readiness for early relapse prevention (the intention and self-efficacy in relapse prevention) than the patients who did not, when the intention in relapse prevention prior to program application was controlled.

3. The follow up assessments in the first and second month, behavior drinking was not different between patients who received and who did not receive the therapy program. However the follow up assessment in the third month, patients who received the therapy program had lesser percent heavy drinking days and GGT in the blood than patients who did not, and had more percent days abstinent than patients who did not.

4. The follow up assessments in the first and second month showed that the number of patients who received and who did not receive the therapy program was not statistically different in early relapse prevention. However the follow up assessment in the third month revealed that the number of patients who received the therapy program had more non-relapse than patients who did not.

5. The follow up assessment in the first month showed that the intention in relapse prevention could predict the percent heavy drinking days and the percent days abstinent with statistically significant at 0.05 level, the intention and self-efficacy in relapse prevention could explain the variance of percent heavy drinking days and the percent days abstinent for15 %and 24 %, respectively.

The follow up in the second month revealed that the intention in relapse prevention could predict percent days of abstinent at 0.05 level. The intention and self-efficacy in relapse prevention could explain variance of the percent days abstinent for 10%. However, there were no predictors for non-relapse in the third month assessment.

Overall, the effect of the cognitive-behavioral therapy program, with social support, could develop readiness for early relapse prevention and increase the intention and self - efficacy in relapse prevention . Additionally the therapy program could extend the duration of non-relapse in the experimental group when compared to the patients in the control group.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

ของ

สุกุมา แสงเดือนฉาย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

…….. คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่…….. เดือน…… พ. ศ. 2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

……ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี)

……กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม)

……กรรมการ
(พันเอกนายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

……..ประธาน
(นายแพทย์ วิโรจน์ วีรชัย)

……..กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี)

……..กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม)

……...กรรมการ
(พันเอกนายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย)

…..……กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ผจงจิต อินทสุวรรณ )

# ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และทุนสนับสนุนการวิจัยของนิสิตบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความเมตตาและให้ความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม และพันเอกนายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ เสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ ติดตามตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมีความพากเพียร สร้างสรรค์งานวิจัยที่มีคุณภาพ ขอกราบขอบพระคุณ นพ.วิโรจน์ วีรชัย ประธานสอบปริญญานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต อินทสุวรรณ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ที่ให้ความคิดเห็นและคำชี้แนะที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง

ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากท่านผู้ทรงคุณวุฒิคือ นายแพทย์ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร ดร. จิตรา ดุษฎีเมธา ดร. ดรุณี ภู่ขาว ดร.นิยะดา จิตต์จรัส และดร.นิภา กิมสูงเนิน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในงานวิจัยและให้คำแนะนำที่มีคุณค่ายิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นาวาอากาศตรี นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ และนพ.วิโรจน์ วีรชัย ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก และคอยไตร่ถามถึงความสำเร็จด้วยความเมตตาอยู่เสมอๆ รวมทั้งได้รับกำลังใจจากคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และได้รับกำลังใจจากพี่ๆ น้องๆ ปริญญาเอกสาขาวิจัยพฤติกรรมศาตร์ประยุกต์ที่เป็นกัลยาณมิตรมาโดยตลอด

ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือ และความมีน้ำใจจากพี่ๆ น้องๆ เจ้าหน้าที่สถาบันธัญญารักษ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กำลังใจอยู่เสมอๆ ขอขอบคุณ คุณศิวนารถ เรียนลึก ที่คอยช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวก ทำให้การจัดเก็บสิ่งส่งตรวจเป็นระบบและเป็นมาตรฐาน และขอขอบคุณ คุณกาญจนา ภูยาธร ที่เอื้ออำนวยสถานที่สำหรับทำกลุ่ม และให้ความช่วยเหลือเสมอมา

งานวิจัยฉบับนี้จะสำเร็จไม่ได้เลย ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งใจ และพยายามเดินบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา สิ่งดีงามที่เกิดขึ้นกับงานวิจัยฉบับนี้ขอมอบกับผู้ป่วยสุราทุกท่านให้ฝ่าฝันอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยความมีสติ และจิตใจที่เข้มแข็ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับศิษย์อย่างเมตตา และกราบขอบพระคุณป้ากับแม่ที่ปลูกฝังวินัยในการเรียน ส่งเสริมการเรียนรู้และเป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาให้กับผู้วิจัย รวมทั้งขอบคุณพี่น้องครอบครัวแสงเดือนฉาย ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดมา

สุกุมา แสงเดือนฉาย

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย
จากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และทุนสนับสนุนการวิจัยของนิสิตบัณฑิตศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# สารบัญ


| บทที่ | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | **บทนำ** ..... | 1 |
| | ภูมิหลัง..... | 1 |
| | ความมุ่งหมายของการวิจัย..... | 5 |
| | ความสำคัญของการวิจัย..... | 6 |
| | ขอบเขตของการวิจัย..... | 6 |
| | นิยามปฏิบัติการ..... | 7 |
| | สมมติฐานการวิจัย..... | 10 |
| 2 | **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**..... | 12 |
| | แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์..... | 12 |
| | พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด..... | 21 |
| | ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ..... | 25 |
| | ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด..... | 27 |
| | ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ..... | 29 |
| | การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ:ความหมายและวิธีวัด..... | 30 |
| | การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ.. | 33 |
| | แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา..... | 35 |
| | การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา..... | 39 |
| | งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ..... | 56 |
| | กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 59 |
| 3 | **วิธีดำเนินการวิจัย**..... | 61 |
| | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 61 |
| | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 64 |
| | การดำเนินการทดลอง..... | 88 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 91 |

# สารบัญ (ต่อ)


**บทที่** **หน้า**

4 **ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**..... 92

5 **สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ**..... 111

ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย..... 111

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 114

สรุปผลการวิจัย..... 114

อภิปรายผลการวิจัย..... 115

ข้อจำกัดของการวิจัย..... 123

ข้อเสนอแนะการวิจัย..... 124

**บรรณานุกรม**..... 126

**ภาคผนวก**..... 137

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 138

ภาคผนวก ข การหาคุณภาพเครื่องมือ..... 148

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ..... 153

ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 156

ภาคผนวก จ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม..... 162

ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย..... 224

**ประวัติย่อผู้วิจัย**..... 232

# บัญชีตาราง


**ตาราง** **หน้า**

1 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างและการจัดเข้ากลุ่ม..... 63

2 การประเมินผลการทดลอง..... 91

3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง..... 94

4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง..... 96

5 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ..... 98

6 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม จำแนกตามประเภทของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมและประเภทของผู้ดื่มสุรา และผลรวม..... 99

7 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของปริมาณสาร GGT ในเลือด จำแนกตามประเภทของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และประเภทของผู้ดื่มสุรา และผลรวม..... 101

8 ค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ก่อนการปรับแก้และหลังจากที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted)..... 103

9 ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (MANCOVA)..... 104

10 การเปรียบเทียบความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง..... 105

# บัญชีตาราง (ต่อ)

**ตาราง** **หน้า**


11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในเดือนที่1 2 และเดือนที่3..... 107

12 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3..... 108

13 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวน วันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3..... 109

14 ค่า Item-Total Correlation รายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา..... 149

15 ค่า Item-Total Correlation รายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดความมั่นใจในการป้องกันการดื่มสุรา..... 151

16 ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่า Shapiro-Wilk ของตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 157

17 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริซ์ความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box'M test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 157

18 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริซ์ความแปรปรวนของตัวแปรตามด้วย Levene' test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 158

19 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรร่วม (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง) กับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง..... 158

20 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา..... 159

# บัญชีภาพประกอบ

**ภาพประกอบ** **หน้า**


1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด…….. 44

2 กรอบแนวคิดในการวิจัย…….. 60

3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง…….. 62

4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกันแรงสนับสนุนทางสังคม……. 68

5 ขั้นตอนในการดำเนินการ…….. 90

6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….. 100

7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….. 101

8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….. 102

9 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง…….. 106

10 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง…… 106

11 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….. 160

12 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….. 160

# บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

**ภาพประกอบ** **หน้า**

13 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 161

14 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 161

# บทที่ 1
# บทนำ

## ภูมิหลัง

การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการแพร่ขยายของปัญหาไปในวงกว้าง เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากและดื่มอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ ดังผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแบบแผนการดื่มต่างๆ ในเวลา 10 ปี ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของผู้ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน และผู้ที่ดื่มประจำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มว่าผู้มีพฤติกรรมการดื่มประจำเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่ดื่มประจำมีการย้ายจากการดื่มทุกเดือนเป็นการดื่มทุกสัปดาห์และทุกวัน (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2550: 16-17)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป โดยองค์การอนามัยโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2549: 27-28; อ้างอิงจาก WHO. 2004) ได้ระบุไว้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคถึง 60 โรค ทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น โรคจิตจากสุรา โรคตับแข็ง ประสาทเสื่อมจากสุรา กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ เช่น โรคมะเร็งต่างๆ และกลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพอย่างฉับพลัน เช่นอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมถึงความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่นการก่ออาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิรอเบิรต์ วูด จอนห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) กล่าวว่าการติดสารเสพติดสุรา และบุหรี่ เป็นปัญหาอันดับ 1 ที่เป็นต้นเหตุที่คร่าชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความตาย และทุพพลภาพ มากกว่าเรื่องอื่นๆ และเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตครอบครัว ต่อความมั่นคงต่อเศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก (ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. 2547: 16-17)

การดำเนินการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา ทั้งภาครัฐบาล และองค์กรเอกชนได้ประสานความร่วมมือโดยใช้มาตรการต่างๆ รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ซึ่งในการดำเนินการส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหา และส่งเสริมไม่ให้ดื่มสุรา อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหาสุรานั้น ในทางสาธารณสุขต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู โดยในกลุ่มที่ยังไม่ได้ดื่มจะใช้วิธีการส่งเสริมรณรงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เริ่มดื่ม หรือผู้ที่เคยดื่มป้องกันไม่ให้ดื่มจนเป็นปัญหา สำหรับในกลุ่มผู้ที่ดื่มจนเป็นปัญหา หรือติดสุราจำเป็นต้องรับการบำบัดและฟื้นฟู เพราะเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีปัญหาที่

ซับซ้อนยากที่ผู้ติดสุราจะสามารถแก้ไขปัญหา หรือหยุดยาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ทิพาวดี เอมะวรรธนะ (2547: 78) ที่กล่าวว่ากว่าที่ผู้ติดยาจะรู้ว่าตัวเองควรเลิกยาเสพติด เมื่อนั้นมักเป็นเวลาที่มีปมปัญหาและอุปสรรคนานัปการ การหยุดยาเสพติดจึงไม่ใช่เรื่องง่ายๆ ที่จะปล่อยให้ผู้ติดยาได้ต่อสู้กับอุปสรรคเพียงลำพังได้สำเร็จ จึงจำเป็นที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ดื่มสุรา และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะแต่ละประเภท ทำให้การดูแลไม่แตกต่างกัน (พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์; และคณะ. 2547: 109) โดยหลักการสำคัญคือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และบรรเทาอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) หลักการบำบัดจึงมีการใช้ยาในการบำบัดด้านร่างกาย เพื่อระงับอาการขาดสุรา ซึ่งอาการนี้อาจเกิดหลังการดื่มสุราครั้งสุดท้าย 6-8 ชั่วโมงจะมีการสั่น ไม่มีแรง เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก และอาการต่างๆเหล่านี้จะพบมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังดื่มสุรา หรือประมาณ 7 วัน (บรรจง สืบสมาน. 2536; พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์; และคณะ. 2547: 106) และโดยทั่วไปอาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมที่จัดไว้ให้ สำหรับกิจกรรมกลุ่มที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีเพียงกลุ่มกายบริหาร กลุ่มนันทนาการ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อเท่านั้น จะสังเกตเห็นว่าเป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเท่านั้น ส่วนการฟื้นฟูสภาพจิตใจยังมีน้อยมาก และไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

จากผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ (สถาบันธัญญารักษ์. 2550: 3) พบว่าในปี 2548-2549 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยรับการรักษาแล้วถึงร้อยละ 45-60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่กลับไปติดซ้ำจำนวนมาก และยังเป็นสัญญานบ่งบอกถึงผลของการบำบัดที่ยังไม่ได้ผลนัก สอดคล้องกับการศึกษาของฮันท์ บาร์เนต และบรานช (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S5; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) ที่กล่าวถึงการเสพซ้ำสุราหลังการบำบัดรักษาใน 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน เป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 53 ตามลำดับ

การศึกษาพบว่าการติดซ้ำเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Marlatt. 1996: S44-S46) โดยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่การไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบอย่างเหมาะสม มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย รวมถึงอาการขาดยาและการเจ็บป่วยอื่นๆ มีความมั่นใจในตนเองเกินไปจึงต้องการทดสอบตนเองด้วยการลองดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มสุราซึ่งเกิดจากตัวกระตุ้นภายในที่เกิดจากความเชื่อที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง (Beck; et al. 1993: 47; Graham; et al. 2004: 89; citing Liese; & Franz. 1996) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Self-efficacy) มีการคาดหวังต่อผลของการดื่มสุรา (Outcome expectancies) การอ้างสาเหตุของการดื่ม (Attributions of causality) และกระบวนการตัดสินใจที่บิดเบือน (Decision-making processes) (Beck; et al. 1993: 13; citing Marlatt. 1985) สำหรับ

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับแรงกดดันจากสังคม มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวน ท้าทายให้ดื่ม และสถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่ม

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยที่จะเลิกดื่มสุรา หรือยาเสพติด ผู้ป่วยต้องมีความพร้อม ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งไอเซน และฟิชบายน์ (Ajzen; & Fishbein. 1980: 5) กล่าวว่าความตั้งใจ (Attention) เป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรมได้ โดยบุคคลที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจจะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความตั้งใจ ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงออกของพฤติกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาหรือความตั้งใจของบุคคล (วรรณชนก จันทชุม. 2547: 19) ซึ่งสอดคล้องกับกัลยา ไชยเลิศ (2541: 100-101) ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคของการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยที่สามารถเลิกเสพยาได้มากกว่า 2 ปีมีความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด และผู้ที่มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกดื่มสุราจึงจะประสบความสำเร็จ (นิศานาถ โชคเกิด. 2545: 23)

นอกจากนี้การศึกษาของมาหลัทและกอร์ดอน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 152; citing Marlatt; & Gordon.1985; Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) เกี่ยวกับการป้องกันการติดซ้ำ พบว่าการที่บุคคลกลับไปติดซ้ำหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยง โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสของการกลับไปสู่การติดซ้ำได้ดีกว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับคอนเนอร์สเมียสโต และโดโนแวน (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S6-S7) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง หรือสิ่งท้าทายจากการดื่มสุรา ทำให้กลับไปติดซ้ำ และจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่อง เกี่ยวกับปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้ป่วยสุรา (สุกุมา แสงเดือนฉาย. 2549: 38-39) โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้เสพซ้ำ และกลุ่มผู้ไม่เสพซ้ำ พบเช่นเดียวกันว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราซ้ำได้ และเมื่อวิเคราะห์รายด้านย่อยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยสุราเป็นตัวแปรที่ทำนายการเสพซ้ำสุราได้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์มีโอกาสเสพซ้ำสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ เพิ่มขึ้น 1.13 เท่า

จากการศึกษาปัจจัยของการติดซ้ำที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลดังที่กล่าวมานั้น มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบของความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการดื่มสุราและการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงที่บิดเบือนไป รวมทั้งการขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง มีผลทำให้ผู้ดื่มสุราไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive-behavioral therapy) โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน และภายนอกควบคู่กันไปด้วย เพื่อทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบำบัดจะเข้าไปปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือน มีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา เข้าใจถึงกระบวนการเกิดของความคิดและเนื้อหาของความคิดที่มีการบิดเบือนไปจากความเป็นจริง จนนำไปสู่การตีความสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (ดรุณี ภู่ขาว. 2547: 22) และมีการเสริมทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในที่เกิดจากอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และจากภายนอกที่เกิดจากความขัดแย้ง หรืออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ความมุ่งมั่นตั้งใจ และมั่นใจในความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดโดยใช้แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive behavioral relapse prevention) พบว่าเป็นรูปแบบที่นิยม และประสบความสำเร็จอย่างมาก (ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. 2548: 40; อ้างอิงจาก Scott; Williams; & Beck. 1989) เพราะมีผลต่อการหยุดเสพยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (Witkiewitz; & Marlatt. 2004: 225-226; citing Carroll; Rounsaville; Nich; & Gordon. 1994; J.D. Hawkins; Catalano; Gillmore; & Wells. 1989; Rawsob; et al. 2002)

สำหรับในประเทศไทยผลงานวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรามีจำนวนไม่มากนัก และไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้กับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานวิจัยยังพบข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีการศึกษาวัดผลเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่นงานวิจัยของนิชนันท์ คำล้าน (2547) และนิมิต แก้วอาจ (2549) และเมื่อคำนึงถึงการนำไปใช้พบว่ารูปแบบของการบำบัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการบำบัดระยะสั้นๆ โดยใช้เวลาในการบำบัดเพียง 5-6 ครั้งๆ ละประมาณ 1.30-2 ชั่วโมง ในช่วง 1 สัปดาห์เท่านั้น (นิชนันท์ คำล้าน. 2547; นิมิต แก้วอาจ. 2549; และPhukao. 2006) ซึ่งจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยสุราและพิจารณาถึงเป้าหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งเรียนรู้

ทักษะใหม่ๆ จนสามารถธำรงการหยุดดื่มสุราได้ควรต้องมีการบำบัดอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง และมีระยะเวลาเพียงพอในการฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรามุ่งเน้นไปที่การสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น โดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่เป็นบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิดซึ่งสามารถที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา และให้การช่วยเหลือดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถที่จะหยุดดื่มสุราได้

จากเหตุผลดังที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการติดซ้ำในผู้ป่วยสุรา ระยะบำบัดด้วยยา เพราะจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงรูปแบบของการวิจัยและการจัดกิจกรรมบำบัดให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและสภาพความเป็นจริงในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1- 2 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้ความคิด วิเคราะห์ปัญหา แยกแยะปัจจัยเสี่ยงทั้งอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเองหรือสถานการณ์ที่กระตุ้น กดดันต่อการกลับไปติดซ้ำ และมีการฝึกทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา รู้จักการควบคุมตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา รวมทั้งการให้ครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด และสนับสนุนช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งบนเส้นทางชีวิตใหม่ของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความเชื่อในความสามารถของตนมากขึ้น ทำให้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองไปสู่การไม่ดื่มสุรา และสามารถธำรงการเป็นผู้ไม่ติดสุราได้ นอกจากนี้ในการศึกษาผู้วิจัยนำประเภทของการดื่มสุราที่จำแนกเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรามาใช้เป็นตัวแปรจัดประเภทด้วยเนื่องจากระดับความรุนแรงของการติดสุรา ปัญหาของการติด มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราและอาจมีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าโปรแกรมนี้จะส่งผลต่อผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราแตกต่างกันหรือไม่

## ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ดื่มสุราที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

4. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

## ความสำคัญของการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บำบัดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการติดซ้ำไปใช้ในการดำเนินชีวิตภายนอกสถานบำบัด

2. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะให้ผลดีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

3. สามารถนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดสุราซ้ำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และศึกษาวิจัยประเมินผลต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

### ประชากรในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดื่มสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ซึ่งเป็นระยะที่เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุรา จนผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปกติของสถานบำบัดได้

### กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จึงเป็นผู้ดื่มสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ที่อยู่รักษาในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน โดยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสถานบำบัดและผ่านพ้นจากช่วงเวลาวิกฤตของการเกิดอาการขาดยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันการติดซ้ำได้ จำนวน 80 คน โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (Problem drinker) และผู้ติดสุรา (Alcohol dependent) หลังจากนั้นได้มีการสุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตาม

ผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียง 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน จำแนกเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 10 คน ผู้ติดสุรา 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน จำแนกเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 11 คน ผู้ติดสุรา 18 คน โดยกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจะเข้าร่วมโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

**ตัวแปรที่ศึกษา**

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1.1 ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

1.2 ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ ประเภทของผู้ดื่มสุรา ที่จำแนกเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุรา

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่

2.1 ระยะที่ 1 หลังการทดลอง ได้แก่ ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

2.2 ระยะที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1, 2 และเดือนที่3 ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการดื่ม ซึ่งประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด

2.2.2 พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ ซึ่งเป็นการดื่มสุราไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐาน

## นิยามปฏิบัติการ

**โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น โดยการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและตรวจสอบความคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม การใช้จินตนาการ การใช้คำพูดที่เป็นบวกบอกกับตนเอง การใช้กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมุติ ร่วมกับการรับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในการให้การช่วยเหลือดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ

ดำรงตนอยู่ได้โดยลดปัญหาจากการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการดื่มสุรา หรือจนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนามีดังนี้

1. **ขั้นสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุราว่ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไรตั้งแต่ปัจจัย สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะดื่มสุรา ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมขณะดื่มสุรา และผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิด การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. **ขั้นเสริมแรงจูงใจในการบำบัด** เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยการใช้ตัวแบบจากผู้ป่วยที่สามารถหยุดดื่มสุราเล่าประสบการณ์ในการธำรงตนบนเส้นทางการหยุดดื่ม ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ รวมถึงสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา การตั้งเป้าหมายในการบำบัดรักษา และให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือ

3. **ขั้นการพัฒนาทักษะ** เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

4. **ขั้นการเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ** เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วยครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต

**ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ** หมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย

1. **ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดความคิดหรืออารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

การวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของการป้องกันการเสพซ้ำของมาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) โดยมาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. **การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ** หมายถึงการที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐานของการป้องกันการเสพซ้ำของมาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) โดยมาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

**พฤติกรรมการดื่มสุรา** หมายถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีต่อการดื่มสุรา ภายหลังที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งสามารถประเมินได้ดังนี้

1. **ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน x 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของดรุณี ภู่ขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม และปริมาณการดื่ม

2. **ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดดื่ม x 100 หารด้วยจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มในช่วงเวลาที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของดรุณี ภู่ขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกวันที่ดื่มสุราและวันที่ไม่ได้ดื่มสุรา

3. **ปริมาณสาร GGT ในเลือด** หมายถึง การตรวจหาปริมาณสาร GGT (Gamma glutamyl tranferase) ในเลือดของผู้ป่วยสุราทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการดื่มสุราของผู้ป่วย

**พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ** หมายถึงการที่ผู้ป่วยสุราไม่กลับไปดื่มหนักแม้เพียงวันเดียวภายหลังจากการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งการดื่มหนักคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน

**ประเภทผู้ป่วยสุรา** หมายถึง ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราในสถานบำบัดที่ได้รับการวินิจฉัยการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 231) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการดื่มสุราในช่วงระยะเวลา 1 ปี ดังต่อไปนี้ 1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance) 2) มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal symptoms) 3) ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control) 4) หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (preoccupation with acquisition and/or use) 5) มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ 6) มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ และ7) ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

มีการจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา ดังนี้

1.1 ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (Problem drinker) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา ที่ไม่เข้าเกณฑ์การเป็นผู้ติดสุรา

1.2 ผู้ติดสุรา (Drug dependence) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

## สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

2. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้

ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

3. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

4. จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

5. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3

# บทที่ 2
# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มีพื้นฐานมาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด
3. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ
   - ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด
   - ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ
   - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด
   - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ
4. แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา
5. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

## แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### ความหมายและคุณสมบัติของสุรา

สุรา (Liquor) เป็นเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกิน 60 ดีกรี (เปอร์เซ็นต์โดยปริมาตร) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้ (เป็นเกณฑ์กำหนดของสากลทั่วไป) สุราแต่ละชนิดจะมีปริมาณของเอทิลแอลกอฮอล์มากน้อยแตกต่างกัน และมีฤทธิ์กดระบบประสาททำให้เสพติดได้ทั้งร่างกายและจิตใจ (วราวุฒิ เจริญศรี. 2551: ออนไลน์)

โดยปกติแอลกอฮอล์เป็นของเหลวไม่มีสี และมีกลิ่นเฉพาะตัว (Spirituous odour) มีคุณสมบัติพิเศษคือ ละลายหรือผสมน้ำและสารละลายของสารอินทรีย์ได้ โดยมีจุดเดือดเพียง 78°c จึงระเหยได้เร็ว มีแคลอรี่สูง แอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในสุรานั้นเป็นชนิด เอทิลแอลกอฮอล์ หรือเรียกว่า เอทธานอล มีสูตรทางเคมี $C_2H_5OH$ เป็นโมเลกุลเล็ก ๆ ละลายได้ทั้งในน้ำและไขมันจึงสามารถเข้าถึงได้ในทุกแห่งของร่างกาย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545 : 80)

**เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์**

แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็วผ่านผนังกระเพาะ สำไส้เข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านการย่อย และกระจายตัวไปได้ทุกเนื้อเยื่อของร่างกายโดยเฉพาะเนื้อเยื่อทุกแห่งที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ และในการทำลายแอลกอฮอล์ในร่างกายร้อยละ 90 ถูกทำลายที่ตับโดยการออกซิเดชั่น (Oxidation) โดยเอมไซม์ดีไฮโดจีเนสในตับ (Alcohol dehydrogenase=ADH) จะเปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็นสารตัวใหม่ชื่อเอเซตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกายมาก เพราะมันคล้ายกับน้ำยาฟอร์มาลดีไฮด์ ซึ่งเป็นน้ำยาอาบศพ หลังจากนั้นจะถูกย่อยต่อโดยเอมไซม์เอเซตัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (Acetaldehyde dehydrogenase) จนกลายเป็นอะซิเตต (Acetate) คือนำส้มสายชู ซึ่งเป็นสารไม่มีพิษ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 จะกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์ และน้ำ ขับออกมาทางร่างกายทางลมหายใจ เหงื่อ และปัสสาวะ ดังนี้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545; 81; Hamid Ghodse. 2002: 149)

$$\text{Ethanol} \xrightarrow{\text{ADH}} \text{Acetaldehyde} \xrightarrow{\text{ALDH}} \text{Acetate} \longrightarrow CO_2 + H_2O$$

ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูงสุดประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากดื่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ชนิดของสุราที่ดื่มซึ่งมีความเข้มข้นของปริมาณของแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน โดยสุราที่มีแอลกอฮอล์ผสมระหว่าง15-30 เปอร์เซ็นต์จะมีการดูดซึมเร็ว การดื่มผสมโซดา(ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์) ทำให้แอลกอฮอล์ดูดซึมเร็วขึ้น (พงศธร เนตราคม. 2549: 62) รวมทั้งน้ำหนักตัวและเพศ พบว่าเมื่อดื่มในปริมาณเดียวกัน ผู้หญิงมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายของผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวโดยรวมเอทธานอลที่แพร่กระจายอยู่จึงมีความเข้มข้นมาก (Hamid Ghodse. 2002: 150) และผู้หญิงมีน้ำย่อยดีไฮโดรจิเนส ที่ย่อยแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย จึงทำให้ระดับของแอลกอฮอล์สูงขึ้นเร็วกว่าผู้ชาย (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 288) นอกจากนี้ความเร็วในการดื่ม และสภาพของกระเพาะอาหารว่างโดยเฉพาะผู้ดื่มโดยไม่รับประทานอาหารจะมีการดูดซึมอย่างรวดเร็ว (Hamid Ghodse. 2002: 150) สำหรับการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย โดยปกติผู้ใหญ่จะเผาผลาญแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ได้ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 1 ดื่มมาตรฐานต่อชั่วโมง หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง 0.15 กรัมเปอร์เซนต์ต่อชั่วโมง (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 289) ทั้งนี้ขึ้นกับ น้ำหนักของร่างกาย เพศ และการพัฒนาความทนทานต่อแอลกอฮอล์

**พฤติกรรมการดื่ม**

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการดื่มกันอย่างแพร่หลายมาเป็นระยะเวลานาน และเป็นสารเสพติดที่ทั่วโลกยอมรับให้ดื่มกันอย่างเปิดเผยในที่สาธารณะและงานสังคมต่างๆ จึงส่งผลให้มีการดื่มเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี ทั้งๆ ที่ผลกระทบ ความสูญเสียจากการดื่มมีมากมายทั้งกับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมการดื่มเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติ ผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จากผลการสำรวจจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทั่วประเทศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่สำรวจในปี 2544 และ ปี 2546 มีปริมาณผู้ดื่มลดดลงเล็กน้อย แต่พบว่าอัตราผู้ดื่มมากกว่า 20 วัน ใน 30 วันที่ผ่านมามีปริมาณมากขึ้น ในเครื่องดื่มแอลกอออล์หลายชนิด เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าจีน (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย; และคณะ. 2547: 40) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกุมา แสงเดือนฉาย (2547: 37-38) ที่พบว่าผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดของกรมการแพทย์ มีการเริ่มต้นดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่นเพื่อต้องการสนุกสนานสังสรรค์ โดยไม่คิดว่าเหล้าจะทำให้ติดได้ จึงไม่ได้ระมัดระวังในการดื่ม และดื่มอย่างต่อเนื่องจนติด ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าในการเริ่มต้นดื่มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีเหตุผลของการดื่มไม่ได้แตกต่างจากการดื่มของบุคคลทั่วไป แต่สิ่งที่พบจากการศึกษาที่น่าสังเกตคือพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง จากการที่ไม่คิดว่าตนเองจะติดเหล้า จึงดื่มเป็นประจำ ปริมาณการดื่ม และเวลาที่ใช้ไปกับการดื่มมากขึ้น ประกอบกับการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่สามารถทำให้เสพติดได้ จึงทำให้ผู้ดื่มสุราปกติ กลายเป็นผู้ดื่มที่เป็นปัญหา หรือดื่มจนติดสุรา

จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มพบว่า มีการเริ่มต้นดื่มจากน้อยไปจนดื่มหนัก และปัญหาที่ตามมาจากการดื่มจะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย ไปจนถึงมีปัญหามากและรุนแรง ทำให้มีการจำแนกการดื่มสุราและปัญหาตามปริมาณการดื่มและความเสี่ยงต่อปัญหา ดังนี้ (ดรุณี ภู่ขาว. 2547: 29; ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 230-233; พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2547: 46-47)

1. การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) เป็นการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง

2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) เป็นการดื่มที่เพิ่มความเสี่ยง และส่งผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับผู้ชายดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือในกลุ่มที่ไม่ได้ดื่มทุกวัน แต่ถ้าดื่มจะดื่มหนักติดต่อกันแบบ เมาหัวราน้ำ (Binge drinking) ก็ถือว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงด้วย

3. การดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking) หรือการดื่มแบบผิดๆ (Alcohol abuse) เป็นการดื่มที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ สำหรับผู้ชายดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้บำบัดรักษาสุรา (สุกุมา แสงเดือนฉาย. 2549: 32) โดยเก็บข้อมูลปริมาณการดื่มสุราพบว่าผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย

การกำหนดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เป็นหน่วยเรียกว่า ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) เพื่อใช้เป็นหน่วยมาตรฐานในการเปรียบเทียบปริมาณแอลกอออล์ในสุรา โดย 1 ดื่มมาตรฐาน (1 drink) คือปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 233) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ (ระดับดีกรี) แตกต่างกันจะมีปริมาณแอลกอฮอล์แตกต่างกันด้วย ดังนั้นการจะทราบว่าดื่มแอลกอฮอล์เป็นปริมาณเท่าใดจึงต้องมีการคำนวณให้เป็นหน่วยดื่มมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ที่มีหน่วยเดียวกัน

สำหรับปริมาณและปัญหาการดื่มในทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญ และยืดหยุ่นกับผู้ดื่มที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ในทันทีโดยการจำกัดปริมาณการดื่มให้สามารถควบคุมได้ ซึ่งเรียกว่าการดื่มอย่างปลอดภัย (Safe-limit drinking) หรือการดื่มพอประมาณ (Moderate drinking) เป็นการดื่มในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและสังคมรอบข้าง (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2550: 111) ซึ่งสอดคล้องกับ พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2547: 45) ที่กล่าวถึงมุมมองของการบำบัดผู้ติดสุราที่ไม่เพียงแต่การมุ่งหวังให้หยุดดื่มสุราเท่านั้น แต่การช่วยเหลือทำให้ผู้ดื่มสุราดื่มอย่างฉลาดและปลอดภัยได้ โดยจำกัดปริมาณการดื่ม สำหรับผู้ชายดื่มน้อยกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ผู้หญิงน้อยกว่า 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ทั้งนี้ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคตับ ความดัน เบาหวาน หรือกำลังตั้งครรภ์ ก็ไม่ควรดื่ม เช่นเดียวกับพิชัย แสงชาญชัย (2548: 282-283) ที่กล่าวถึงปริมาณการดื่มแบบความเสี่ยงต่ำที่แพทย์แนะนำผู้ป่วย ในกรณีที่ยังคงต้องการดื่มต่อไปแต่ต้องลดปริมาณลง ไม่ดื่มทุกวัน สัปดาห์หนึ่งควรมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน และหยุดดื่มหากพบว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือพบว่ามีผลเสียหรือปัญหาต่างๆตามมา โดยผู้ชายไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และ ไม่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก ส่วนผู้หญิงไม่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก และหยุดดื่มเมื่อตั้งครรภ์

นอกจาก การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) และการดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking) หรือ การดื่มแบบผิดๆ (Alcohol abuse) ยังไม่จัดเป็นผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ซึ่งการวินิจฉัยการติดสุราของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ตามDSM-IV (The Fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) โดยผู้ติดสุรา (Drug dependent)

จะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 3 ใน 7 อย่างดังนี้ (ศรัณย์ กอสนาน. 2547: 85; อ้างอิงจาก American Psychiatric association. 1994; ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 231)

1. ต้องเพิ่มปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance)

2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal symptoms)

3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control) ผู้ดื่มไม่ได้ตั้งใจดื่มในปริมาณขนาดนั้น แต่ก็มักจะดื่มมากเกินกว่าที่ตั้งใจเสมอ

4. หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Preoccupation with acquisition and/ or use) มีความต้องการอย่างต่อเนื่องที่จะดื่ม

5. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ

6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพ การงาน การพักผ่อนหย่อนใจ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่สำคัญของชีวิตอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอออล์

7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

ส่วนผู้ดื่มที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา ถือว่าเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (Problem drinker) สำหรับการวินิจฉัยแยกประเภทผู้ดื่มอย่างมีปัญหา และผู้ติด ตามเกณฑ์นี้คำนึงถึงอาการติดแอลกอฮอล์ทางร่างกาย ทั้งการดื้อยา และอาการขาดยา อาการบังคับจิตใจไม่ได้ และพฤติกรรมหมกมุ่นกับการใช้ยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของการพึงพาแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการดื่ม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่ามีความสำคัญและมีผลต่อโปรแกรมการบำบัดรักษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำการวินิจฉัยจำแนกประเภทของการดื่มสุราที่เป็นกลุ่มผู้ดื่มอย่างมีปัญหา และกลุ่มผู้ติดสุรา มาใช้เป็นตัวแปรจัดประเภท

**อาการถอนพิษแอลกอฮอล์**

ผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัด จำเป็นต้องหยุดดื่มสุราทันที จึงมักเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งการขาดแอลกอฮอล์ส่งผลให้ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA receptor) และการทำงานของสารสื่อประสาทของกาบาลดลง (Gamma-aminobutyric acid = GABA) (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2550: 60) ระบบต่างๆ ของสมองจะมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาภาวะสมดุลของสารสื่อประสาท ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของสมองมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 292; Bayard; Mcintyre; Hill; & Woodside. 2004: 1443-1444) มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณการดื่ม (Alcohol intake) และระยะเวลานานใน

การดื่ม (Duration of a patient's recent drinking habit) (Bayard; Mcintyre; Hill; & Woodside. 2004: 1444)

อาการถอนสุราโดยทั่วไป มักเกิดขึ้นภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ต่ำ ร้อนวูบวาบ ม่านตาขยาย วิตกกังวล กระวนกระวาย ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก

ในกรณีที่มีความรุนแรงมากขึ้น ภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต คิดหลงผิด และประสาทหลอนทั้งการเห็นภาพหลอนต่างๆ ที่น่ากลัว หูแว่วได้ยินเสียงหรือรู้สึกว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่ตามตัว ในระยะต่อมาภายใน 12-24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการลมชัก และมักมีภาวะสมองสับสนตามมา (Delirium tremens= DTs) โดยทั่วไปอาการสมองสับสนเริ่มในช่วง 72-96 ชั่งโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการอาจเป็นอยู่ได้นาน 2-3 วัน

**ผลของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย**

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นเกิดขึ้นภายหลังที่แอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย จะปรากฏชัดให้เห็นในระบบประสาท โดยกดการทำงานของระบบประสาท เมื่อใช้ปริมาณไม่มากทำให้เกิดความผ่อนคลาย กระตุ้นให้อยากอาหาร จิตใจชุ่มชื่น ลืมความทุกข์ ความโศกได้ชั่วครู่ แต่เมื่อดื่มในปริมาณมากแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์คล้ายกับยาสลบ เช่น ทำให้หมดสติ ไม่รู้สึกตัว กดการหายใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาวก่อให้เกิดโรคในระบบต่างๆ ดังนี้ (พงศธร เนตราคม. 2549: 6; สมบัติ ตรีประเสริฐกุล. 2550)

1. สมองและระบบประสาท

แอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง คือ ตัวสมองใหญ่ที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไม่ดี ปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ลดการควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและลดการควบคุมตนเองลง ถ้าดื่มมากทำให้ความจำหมดไป เกิดอาการง่วง การหายใจช้าลงและหลับไป แต่การหลับจะไม่เหมือนธรรมชาติจะปลุกให้ตื่นยาก บางครั้งถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากอาจตายได้

โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration)

1. สมองน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษสุราโดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 (Vitamin B1) สมองส่วนนี้อยู่ด้านหลังที่บริเวณท้ายทอย ซึ่งมีหน้าที่ในการที่จะให้การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวได้ปกติตามความตั้งใจที่จะทำ เช่น เขียนหนังสือ จับช้อนตักอาหารเข้าปาก ถ้ามีการเสื่อมของสมองส่วนนี้ก็จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติไป มีอาการเดินทรงตัวไม่ได้ (Ataxia) เดินเซ เดินขาถ่างออกเพราะกลัวว่าจะล้ม เวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง เพราะฉะนั้นผู้ที่ดื่มสุรามากๆ ถ้ามีอาการเสื่อมของสมองส่วนนี้ก็จะทำ

ให้รู้สึกว่าตัวเองนี้เดินแบบคนขี้เมาตลอดเวลาทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ดื่มสุราแม้แต่น้อย ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุเป็นอันตรายทำให้หกล้ม แขนขาหัก หรือศีรษะแตกถึงกับเลือดออกในสมองได้

2. สมองเหี่ยว (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรัง ในระยะหลังๆ จะมีสมองเหี่ยว คือมีการตายของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฉะนั้นอาการที่แสดงออกมาก็จะมีความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและอาจจะเดินเซ ซึ่งเป็นผลจากช่องน้ำในสมองโตมากขึ้นเพราะสมองเหี่ยว ความคิดอ่านจะเสียไป

3. โรคเวอร์นิค โคซาคอฟ ซินโดมน์ (Wernicke-Korsakoff syndrome) เป็นโรคที่สูญเสียความจำในระยะเวลาสั้นๆ หรือมีอาการความจำขาดช่วง (Anterograde amnesia) คือไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีการสร้างความจำเทียมขึ้น (Confabulation) สาเหตุเพราะมีรอย Mammillary bodies และที่ Hippocampus

2. กระเพาะอาหาร

แอลกอฮอล์ทำให้มีกรดในน้ำย่อยของกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 7 เข้าไป 4–10 มิลลิกรัม แต่ถ้ามีความเข้มข้นตั้งแต่ร้อยละ 15 – 20 ขึ้นไป จะยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและทำให้เยื่อบุกระเพาะอักเสบอย่างมากเป็นเหตุให้การดูดซึมอาหารและวิตามินน้อยลง ทำให้ขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1

3. ตับ

ตับเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญ หรือทำลายพิษของแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันแอลกอฮอล์ ไปทำให้ตับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีไขมันเพิ่มขึ้น และทำให้ลักษณะของเซลล์เปลี่ยนไปเนื่องจากเอเซทิลดีไฮด์ (Acetaldehyde) มีพิษต่อตับ โดยจะทำให้ตับไม่สามารถส่งโปรตีนที่สังเคราะห์แล้วเข้าสู่กระแสโลหิตตามปกติได้ และการที่มีไขมันและโปรตีนอยู่ในเซลล์มาก ๆ จะทำให้เซลล์นั้นตาย และเริ่มมีการอักเสบของตับจากเซลล์ที่ตายนั้น ถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปอีกมากๆ ตับที่อักเสบนั้นจะเปลี่ยนไปเป็นตับแข็งได้ในที่สุด

โรคที่เกิดจากตับ

1. ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) เนื่องจากน้ำย่อย อะไมเลส (Amylase) สูงขึ้น

2. ตับมัน (Fatty liver) เกิดจากอัตราส่วน NADH/NAD สูงขึ้น

3. ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) เนื่องจากเนื้อตับถูกทำลาย จะมีอาการมีไข้ ปวดท้องด้านขวาตอนบน ตาเหลือง (Jaundice)

4. ตับแข็ง (Alcoholic cirrhosis) ซึ่งพบว่าผู้ดื่มสุราจัดเป็นโรคตับแข็งมากกว่าผู้ไม่ดื่มสุราถึง 7 เท่า

4. หัวใจและการไหลเวียนของเลือด

ทำให้เกิดโรคหัวใจที่เกิดจากพิษสุรา (Alcoholic cardiomyopathy) โดยแอลกอฮอล์ไปทำให้ Myocardium มีการบวมขึ้น จึงทำให้การทำงานของระบบนี้ผิดปกติ ทำให้หัวใจโต และมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น บางรายอาจเกิดอาการหัวใจวาย (Congestive failure) เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้เอเซทิลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็นการเผาผลาญของแอลกอฮอล์จะไปยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้สมรรถภาพการทำงานน้อยลง และอาจทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ จากการทำงานของไขกระดูกซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป

นอกจากนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนของเลือดเกิดอาการบวมบริเวณเท้า ม้ามโต หลอดเลือดฝอยขยายตัวตามผิวหนัง หลอดเลือดเปราะและแข็งตัว และอาจมีการตกเลือดที่หลอดอาหาร

5. ไต

เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไป จะมีการถ่ายปัสสาวะมากและบ่อย ทั้งนี้เพราะว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ (Diuresis) ถ้าดื่มแอลกอฮอล์มาก $Na^+$ จะถูกขับออกมา ทำให้ $Na^+$ ในเลือดต่ำ และมักจะขาด $K^+$ ด้วย

แอลกอฮอล์ อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypoglycemia) เนื่องจาก แอลกอฮอล์ไปสกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ และทำให้กรดแลตติกในเลือดสูงขึ้น รวมทั้งมีการตกตะกอนตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไต และไตอักเสบ ตลอดจนข้ออักเสบ (Gout)

**การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา**

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราครอบคลุม ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) ใช้สำหรับการบำบัดทางด้านร่างกาย และทางจิตเวชที่เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะในภาวะการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) โดยมีการประเมินอาการถอนพิษสุราว่ารุนแรงเพียงใด มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือทางจิตเวชหรือไม่ รวมถึงประวัติการชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในอดีตหรือไม่ เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพความรุนแรงของปัญหา โดยมีหลักการที่สำคัญคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านช่วงของการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งอาจให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยเฝ้าสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ยากลุ่มที่นิยมใช้คือ ยากลุ่มเบนโซไดซีปีน (Benzodiazepine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายสุราได้แก่ ไดอะซีแปม (Diazepam=Valium) คลอไดอะซีปอกไซด์ (Chlordiazepoxide=Librium) ซึ่งใช้ในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางตับ หรืออาจใช้โลราซีแปม (Lorazepam=Ativan) และออกซาซีแปม (Oxazepam=Serax) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตับ

(ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 94) ถ้าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย มีอาการประสาทหลอนหรือโรคจิตจากแอลกอฮอล์ อาจให้ยาต้านโรคจิต (Antiphychotic) ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol=Hadol) ร่วมด้วย และโดยทั่วไปผู้ป่วยทุกรายจะได้รับวิตามีนบี (Thaiamine) เพราะผู้ป่วยที่ติดสุรามักขาดวิตามีนบี เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาววะความจำระยะสั้นเสื่อม (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296)

นอกจากยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาทางร่างกาย และทางจิตในช่วงการถอนแอลกอฮอล์แล้ว ยังมียาที่ใช้เพื่อช่วยในการเลิกสุรา ดังนี้

1.1 การบำบัดด้วยยาที่ไปเปลี่ยนการเผาผลาญของแอลกอฮอล์ในร่างกาย (Alteration drug metabolism) ทำให้การเผาผลาญของแอลกอฮอล์ผิดไปจากเดิม เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุราได้แก่ ไดซูลฟีแรม (Disulfiram=Antabuse) ซึ่งเป็นยาที่ไปยับยั้งเอมไซม์ เอเซตัลดีไฮด์ ดีไฮโดรจีเนส (ALDH) อย่างถาวร ดังนั้นหากผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้แอลกอฮอล์ไม่สามารถเผาผลาญได้ตามกลไกปกติ ทำให้ร่างกายมีระดับของเอเซตัลดีไฮด์ในเลือดสูง เกิดปฏิกริยาที่เป็นพิษต่อร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน หายใจขัด เหงื่อออก มึนงง บางรายอาจมีอาการรุนแรงเป็นอันตรายทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้นได้ และตายได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. 2545: 96; พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296; 2549: 138,143)

1.2 ยาที่ลดอาการอยากแอลกอฮอล์ (Anti-craving drugs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในระบบสารสื่อประสาทกับสมองส่วน Brain reward pathway หรือระงับยับยั้งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นสุข (พิชัย แสงชาญชัย. 2549: 138) ได้แก่ นาลเทตโซน (Naltrexone) และ อะคัมโพรเสท (Acamprosate)

1.2.1 นาลเทตโซน (Naltrexone) เป็นยาบล็อกสารฝิ่น กลุ่ม Opioid antagonist จะไปป้องกันไม่ให้เอนโดฟีน (Endorphins) เข้าไปทำงานที่ Opioid receptor ทำให้ลดอาการอยากดื่มและลดแรงเสริมจากแอลกอฮอล์

1.2.2 อะคัมโพรเสท (Acamprosate) เป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน มีผลต่อสารสื่อประสาท กาบา (GABA) และ กลูตาเมท (Glutamate) ซึ่งการออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาท กลูตาเมท เป็นกลไกหลักของยาในการรักษาผู้ติดสุรา ยานี้ยังอยู่ในขั้นทดลองจึงไม่มีใช้ในประเทศไทย (พิชัย แสงชาญชัย. 2549: 144)

1.3 ยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. การบำบัดทางจิต-สังคม (Psycho-social therapy) เป็นการบำบัดที่มีความสำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการบำบัดทางยา ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการติดสุราและสารเสพติดไม่เพียงแต่ส่งผลต่อปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้น ซึ่งนักบำบัดคงปฏิเสธไม่ได้ว่าปัญหาทางร่างกายที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติ และเข้าสู่สภาพร่างกายที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตามปัญหาการติดสุราและสารเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรังมีความซับซ้อนส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุราเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรม จนถึงวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ติดสุรา นอกจากผลกระทบที่เกิดกับตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบกับบุคคลใกล้ชิด สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาอีกมากมาย ดังนั้นการบำบัดทางจิต-สังคมจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยประคับประคองผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช (2548: 500-503) ที่ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคการบำบัดรักษารูปแบบต่างๆ และสรุปไว้ว่าการใช้ยาบำบัดจะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อใช้เสริมกับการบำบัดรักษาอื่นๆ ทางจิต-สังคม

ในการใช้จิต-สังคมบำบัดนั้นสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้นจากภาวะการถอนแอลกอฮล์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต โดยเป้าหมายของการรักษาทางจิต-สังคมบำบัด คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ให้สามารถควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มให้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย. 2548: 27) วิธีการบำบัดทางจิต-สังคม ได้แก่ จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด พฤติกรรมบำบัด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การป้องกันการติดซ้ำ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิต-สังคมรูปแบบหนึ่งที่นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการประเมินแก้ไขพฤติกรรมการเสพติดและธำรงพฤติกรรมที่ดีไว้เพื่อป้องกันพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

## พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ: ความหมาย และวิธีวัด

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและสารเสพติดมีเป้าหมายเพื่อให้หยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้และยังคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้ยาวนานหรือเลิกได้อย่างถาวร ซึ่งจากการติดตามผลของการบำบัดที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบปัญหาที่คล้ายกันคือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไม่สามารถหยุดเสพ และกลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเหตุให้ในแวดวงของการบำบัดให้ความสำคัญ และความสนใจกับเรื่องของการติดซ้ำอย่างมาก เพราะการไม่ติดซ้ำเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดรักษา ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษากันอย่าง

กว้างขวางถึงปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปติดซ้ำ รวมทั้งวิธีการต่างๆ ที่ป้องกันการติดซ้ำ

ในการศึกษาพฤติกรรมการติดซ้ำมีผู้ที่ให้ความหมายไว้หลายคน เช่นมาหลัท ปาร์ก และวิทไควิทซ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: 2) ให้ความหมายของการติดซ้ำว่า เป็นการกระทำที่มีการเสื่อมถอย (Backsliding) การเลวลง (Worsening) หรือการทรุดจมลง (Subsiding) ซึ่งอาจเป็นการบั่นทอนผลการบำบัดรักษาที่ออกแบบเพื่อการบำบัดปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดย Columbo Plan (2000: 34-37) มองว่าการติดซ้ำเป็นกระบวนที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้หยุดเสพสารเสพติด เริ่มต้นกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล โดยก่อนที่บุคคลจะกลับไปติดซ้ำนั้นมักจะมีสัญญาณ หรือ อาการแสดงที่บ่งชี้เตือนให้รู้ว่าผู้ป่วยอาจกลับไปติดซ้ำได้ โดยผู้ป่วยมักจะมีความคิดกลับไปสู่ความคิดเดิมๆ ที่ตอบสนองต่อการใช้ยา เช่น คิดว่าเขาดื่มสุราได้เพราะมีสติพอที่สามารถหยุดดื่มได้ มั่นใจตนเองมากไป ปฏิเสธการช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมกลับไปใกล้ชิดกับเพื่อนๆที่ดื่มสุรา เช่นเดียวกับกอร์สกี้ และเคลเลย์ (Gorski; & Kelley. 1996: 11) ที่กล่าวว่าการเสพซ้ำไม่ได้มองแยกส่วนเป็นเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง (Isolated event) แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีสติได้ จึงนำไปสู่การใช้สุราและสารเสพติด ขณะที่มิลเลอร์ (Miller. 1996: 21-22) ให้ความหมายการติดซ้ำในหลายมิติทั้งในมิติที่ไปเกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (การกลับไปใช้ยาเสพติด) รวมทั้งความต่อเนื่องของการใช้ยาเสพติดนั้น (ระยะเวลาของการใช้) และการตัดสินใจนั้นขัดต่อมาตรฐานที่ยอมรับได้ (ไม่ได้รับการยอมรับ) หรือกล่าวได้ว่าการพิจารณาว่ามีการเสพซ้ำของสุราหรือไม่นั้นควรต้องคำนึงถึงลักษณะของการดื่มที่มีการดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมของการดื่มได้

จากที่กล่าวมาจะสังเกตได้ว่าความหมายของการติดซ้ำมีความหมายกว้างขวางครอบคลุมพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนเสพ ขณะเสพ และพฤติกรรมภายหลังการเสพ รวมทั้งคำนึงถึงมิติต่างๆของพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม มุมมองผลการบำบัดจึงไม่ได้เป็นเพียงการตัดสินเพียงขาว หรือดำ (Dichotomous) คือหยุดเสพ (Abstinent) กับติดซ้ำ (Relapse) เท่านั้น (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999:151) แต่มองตามความเป็นจริงและมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในแง่มุมของการลดอันตรายจากการใช้สุรา และสารเสพติด (Harm reduction หรือ Risk reduction) (ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. 2548: 27; อ้างอิงจาก Marlatt. 1998) รวมทั้งเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญในแต่ละช่วงตั้งแต่ระยะการบำบัดจนสิ้นสุดการบำบัดและการเข้าสู่การติดตามผล

จากเหตุผลข้างต้นจะเห็นว่ามุมมองการบำบัดมีขอบเขตกว้างและมีความหลากหลายในการประเมินผลการบำบัด ดังนั้นเพื่อให้มีการประเมินที่มีประสิทธิผลและมีมาตรฐานเดียวกัน จึงได้มีการ

จัดประชุมการประเมินผลการรักษาผู้เสพและผู้ติดแอลกอฮอล์ (NIDA/CPDD Meeting) ณ. กรุงวอชิงตัน ดีซี ระหว่างวันที่ 23-24 เมษายน 2542 โดยมติของการประชุมสรุปได้ดังนี้ (Rohsenow: & Malley. 1999. 5-7)

การประเมินผลในลำดับที่1 (Primary outcome measures)

การประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดคือการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งสมมติฐานว่า ผู้ป่วยหยุดดื่มเมื่อเริ่มต้นการบำบัดรักษา โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

1. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent heavy drinking days) โดยวันที่ดื่มหนักคือวันที่บุคคลดื่มมากกว่าระดับของการดื่มมาตรฐาน โดยทั่วๆไปเกณฑ์ที่น้อยที่สุดที่ได้รับการยอมรับสำหรับระดับการดื่มหนักคือ 5-6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และ 4-5 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง

ในการคำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักได้จาก จำนวนวันที่ดื่มหนัก x 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม (Follow-up period) ซึ่งไม่รวมวันที่ผู้ป่วยถูกจำกัดสถานที่ (Incarcerated) โดยบุคคลที่หยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด (Completely abstinent for entire period) จะมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเป็น 0 ส่วนบุคคลหยุดดื่มได้เป็นส่วนใหญ่ หรือดื่มเพียงเล็กน้อยจะมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ในระดับต่ำ ข้อดีของวิธีนี้คือการคำนึงถึงความรุนแรงของการดื่มหนักแม้ดื่มเพียงครั้งเดียว วิธีจึงนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

2. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent days abstinent) หมายถึง จำนวนวันที่หยุดดื่ม x 100 และหารด้วยจำนวนวันที่มีโอกาสจะดื่ม (Possible drinking days) ในช่วงเวลาที่ติดตามการประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

3. จำนวนครั้งของการดื่มต่อวันที่ดื่ม (Number of drinks per drinking day) หมายถึง จำนวนของการดื่มมาตรฐานในช่วงเวลาที่ติดตาม หารด้วยจำนวนวันที่ดื่มในช่วงเวลานั้น การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

4. จำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักครั้งแรก (Days to first heavy drinking days) หมายถึง จำนวนวันที่ไม่ได้ดื่มในระหว่างการรักษาก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก หารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม วิธีการนี้จะเป็นการวัดช่วงเวลาที่หยุดดื่มได้นานที่สุดก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

การประเมินผลในลำดับที่2 (Secondary outcome measures) ซึ่งมีวิธีการประเมินดังนี้

1. การตรวจชีวเคมีของร่างกาย (Biochemical markers) โดยการตรวจแกมม่า กรูทามิลทรานเฟอเรส (Gamma glutamyl tranferase = GGT) ซึ่งมีความไวต่อการตรวจดูประสิทธิภาพของตับว่าได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยได้ดื่มสุราอย่างหนักในช่วงรอบเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (Phukao.

2006: 230; citing Connors; Donovan; & DiClemente: 2001) และคาร์โบไอเดรต ดิฟฟิเชี่ยน ทรานสเฟอริน (Carbohydrate deficient transferring = CDT) ทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวัดผลทางชีวเคมีไว้เป็นข้อมูลในเบื้องต้น และวัดต่อเนื่องเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงระดับของสารระหว่างการติดตาม ซึ่งสามารถวินิจฉัยการดื่มหนัก การดื่มปานกลาง หรือหยุดดื่มได้ ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่สามารถตรวจหาสาร CDT ทางห้องปฏิบัติการได้ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การตรวจหาสาร GGT

จากการศึกษาสาร GGT ในตับพบว่าในภาวะปกติสาร GGT อยู่ใน Cell membranes โดย Cell membranes จะปกป้องสาร GGT ไม่ให้รั่วไหลออกจากตับเข้าสู่กระแสเลือด แต่เมื่อไรก็ตามถ้า Cell membranes ถูกทำลายโดยทันทีจากแอลกอฮอล์ หรือสารพิษอื่นๆ จะเกิดการรั่วไหลของสาร GGT เข้าสู่กระแสเลือด (Rosman. 2008: Online) โดยมีครึ่งชีวิต (Half-life) อยู่ประมาณ 21 วัน (Raistrick; Heather; & Godfrey. 2006: 62) มีความคงตัวของการเก็บชีรัมดีมาก คือสามารถเก็บไว้ได้ที่ -12 องศาเซลเซียส นานถึง 1 ปี และมีวิธีการตรวจหาที่ง่าย (รุจาภา นิ่มสังข์. 2551: ออนไลน์) การดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานเป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ จะมีระดับของสาร GGT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจะลดลงสู่ระดับปกติเมื่อหยุดดื่มใน 4-5 สัปดาห์ (Raistrick; Heather; & Godfrey. 2006: 62; citing Allen and Litten. 2001) ระดับของสาร GGT เพิ่มขึ้น 60-80 เปอร์เซนต์ ของผู้ป่วยที่มีการติดแอลกอฮอล์ แต่จะไม่ได้ผลดีในกลุ่มผู้ดื่มในปริมาณน้อยๆ ในชุมชน นอกจากนี้จากการศึกษาเปรียบเทียบตัวบ่งชี้การดื่มแอลกอฮอล์ของสารCDT สาร GGT และAST (Aspartate aminotransferase) พบว่าทั้งสาร CDT และสาร GGT มีความไว (Sensitivity) ในการตรวจหาแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ชายร้อยละ 60 และร้อยละ 67 และมีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92 และร้อยละ 74 โดยสาร GGT สามารถทำนายปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันได้ร้อยละ 25 ($P< 0.001$) (Conigrave. 2002: 334-337) และสามารถใช้ในการติดตามผู้ที่ได้รับการบำบัด เพราะปริมาณสารที่มากขึ้นในระหว่างการหยุดดื่มอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงการติดซ้ำ (Rosman. 2008: Online; citing Shaw; et al. 1979)

2. ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol problems) ผลการบำบัดประเมินได้จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดผลที่ตามมาของการดื่ม (Drinker Related Inventory of Consequences=DrInC-2L) จำนวน 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านภายในตัวบุคคล การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับบี (Confidence: B)

3. การวัดพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มกับติดซ้ำ (Dichotomous measures of abstinence) โดยการติดซ้ำมีความหมายได้หลายทาง ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนักเพียงวันเดียว การประเมินผลนี้

มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A) ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนัก 2-3 วัน จะมีความเชื่อมั่นในระดับบี (Confidence: B)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำว่าเป็นการที่ผู้ป่วยสุราไม่กลับไปดื่มหนักแม้เพียงวันเดียว (ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐาน) ภายหลังจากการจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราจะมีการประเมินร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด

## ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ

การศึกษาติดตามผลการบำบัด เริ่มมีขึ้นเมื่อประมาณ ค.ศ. 1970 หรือประมาณ 40 ปี เนื่องจากความไม่พอใจในวิธีการบำบัดรักษา และผลการบำบัดที่ไม่ได้ผลดีนัก ซึ่งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการติดซ้ำยังมีไม่มาก และไม่ได้มีการเรียบเรียงขึ้นอย่างเป็นระบบจนกระทั่งมาหลังได้เข้ามาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดซ้ำอย่างเป็นระบบและศึกษาต่อเนื่องจนสามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงของการดื่มสุราซ้ำออกเป็นกลุ่มได้อย่างครอบคลุมดังนี้ (Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse) (Marlatt. 1996; S37, S44-45)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal-environmental determinants) เกิดจากการที่ไม่สามารถจัดการกับสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัวเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) อารมณ์ที่ไม่ดี เช่น ความผิดหวัง โกรธ เบื่อหน่าย รู้สึกโดดเดี่ยว โดยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ 2) สภาพร่างกายที่ไม่สุขสบาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางร่างกายที่อาจเกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด รวมทั้งอาการขาดยา หรือเจ็บป่วยอื่นๆ ผู้ดื่มจึงใช้เป็นเหตุผลของการดื่มเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ 3) อารมณ์ทางบวก จึงใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ เพลิดเพลิน สนุกสนานมากขึ้น 4) ต้องการทดสอบการควบคุมตนเอง โดยการลองดื่มเพื่อทดลองว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้หรือไม่ 5) การให้สิ่งล่อใจหรือตัวกระตุ้น มีการใช้สารเสพติดเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายใน ที่เป็นความรู้สึกอยาก ความปรารถนา ถึงแม้ไม่มีสถานการณ์ใดเกิดขึ้นแต่ผู้ดื่มสุรารู้สึกหวนคิดถึงบรรยากาศ หรือความสุขที่ได้รับจากการดื่มสุราขึ้นมาเอง

สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal determinants) ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นนำเข้าสู่เหตุการณ์เสี่ยง ได้แก่1) การเผชิญกับความขัดแย้ง เป็นความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกี่ยวกับคู่สมรส เพื่อน ครอบครัว และนายจ้าง- ลูกจ้าง 2) แรงกดดันจากสังคม เกิดจากการตอบสนองต่ออิทธิพลของคนอื่น หรือกลุ่ม เช่น เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรา หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา เพื่อนชวนดื่ม 3) ภาวะอารมณ์

ทางบวกเพิ่มมากขึ้น จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีความสุข ดีใจ ก็เฉลิมฉลองด้วยการดื่มเพื่อสังสรรค์เช่น การเลี้ยงฉลองต่างๆ

ในการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุราและสารเสพติด นอกจากการรักษาดูแลสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูให้อยู่ในสภาวะปกติแล้ว การป้องกันการติดซ้ำก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพราะการเรียนรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการติดซ้ำจะทำให้นักบำบัดและผู้ป่วยรู้ถึงสภาพปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นรวมทั้งสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่ควรตระหนัก และให้ความสนใจ เพื่อที่จะใช้ในการวางแผนและหาแนวทางในการป้องกันการติดซ้ำ

การป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention) จึงเป็นแนวทางที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเช่น การติดการพนัน พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ผู้ติดสุราและสารเสพติด เพราะเป็นกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดแล้วก็อาจมีโอกาสกลับไปมีพฤติกรรมเดิมๆ อีก โดยแนวคิดของการป้องกันเป็นเทคนิค วิธีการของการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibition) จากตัวกระตุ้นต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกระทำกิจกรรมหรือวิธีการที่เหมาะสมตามเป้าเหมายที่ต้องการ (วรรณชนก จันทชุม. 2547: 13; อ้างอิงจาก Ruhrberg. 1999)

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลสามารถยับยั้งพฤติกรรมของตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามเป้าหมายได้ บุคคลต้องมีความพร้อม ความตั้งใจอย่างแน่วแน่ และมุ่งมั่นทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องของการกระทำพฤติกรรมของไอเซน และฟิชบายน์ (Ajzen; & Fishbein. 1980) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า เป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นมีความพร้อมหรือความตั้งใจ จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงให้เห็นถึงการการกระทำนั้น สำหรับในผู้ป่วยที่ติดสุราที่มีความตระหนักรู้ถึงปัญหาและอันตรายที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจะมีความตั้งใจในป้องกันตนเองจากการติดซ้ำและพยายามที่จะลด ละ เลิกการดื่มสุรา

นอกจากนี้มาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้เสนอรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำ โดยกล่าวว่าผู้ที่จะเลิกยา แต่ไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยาอาจกลับไปเสพซ้ำได้ วิธีการที่ช่วยเหลือคือการทำให้เขามีการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆ ก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้น

การพัฒนาผู้ป่วยให้มีความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำได้ ผู้บำบัดจะต้องสอนและฝึกผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุราและสารเสพติด เกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่ม เส้นทางการเลิกสุรา และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการการป้องกันการติดซ้ำเพชราภรณ์ คำเอี่ยม (2546: 5) กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการในการควบคุมตนเองของผู้ที่ผ่านการบำบัด เพื่อไม่ให้หวนกลับไปติดซ้ำ โดยการปฏิบัติตนในการป้องกันและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งการวางแผนในการดำเนินชีวิตใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่วนสุกุมา แสงเดือนฉาย (2549: 9) กล่าวถึงการป้องกันตนเองจากการเสพซ้ำหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำอีกมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้ป่วยสุราต้องเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดภายใน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งการป้องกันตนเองจากบุคคล ได้แก่ เพื่อนที่ดื่มสุรา และปัญหาที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว และการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา สำหรับจุดมุ่งหมายของการป้องกันการติดซ้ำโอโดโนฮิว ฟิสเชอร์ และเฮย์ (O'Donohue; Fisher; & Hayes. 2003: 321) กล่าวว่าเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยให้สามารถนำหลักการสำคัญที่ได้รับจากการบำบัดรักษาไปใช้ประโยชน์ โดยในช่วงเวลาของการบำบัดเป็นจุดเริ่มต้นที่นักบำบัดจะต้องคำนึงถึงวิธีที่จะธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดเสพเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง (Brunswig; Sbraga; & Harris. 2003: 321) ดังนั้นการป้องกันการติดซ้ำจึงกลายเป็นเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้แม้จะได้รับการบำบัด (Gorski; & Kelley. 1996: 15)

จึงเห็นได้ว่าการป้องกันการติดซ้ำมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมากในการสร้างความเข้มแข็งเพื่อเป็นเกาะป้องกันตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพ และไม่กลับไปติดเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง นอกจากนี้การป้องกันการติดซ้ำยังมีความหมายทั้งในลักษณะของการวัดจิตลักษณะที่เป็นความพร้อม ความตั้งใจ หรือความสามารถในการปฏิบัติตน และในความหมายที่เป็นการวัดพฤติกรรมโดยตรงจากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

## ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมาย และวิธีวัด

บุคคลที่ติดสุราและสารเสพติดอาจมีสาเหตุ และปัจจัยที่หลากหลายแตกต่างๆ กันที่นำมาสู่การเสพติด ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ตัวยาหรือฤทธิ์ของยา และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์เอื้อต่อ

กัน จนทำให้ผู้ดื่มสุราไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การเข้ารับการบำบัดรักษาโดยความสมัครใจจึงมองเสมือนเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ดื่ม ผู้ติดสุราแสดงออกถึงเจตนา หรือความตั้งใจในการค้นหาความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ความพร้อมหรือความตั้งใจเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของเจตคติ ที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมจึงอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล หรือความตั้งใจของบุคคลนั่นเอง (วรรณชนก จันทชุม. 2547: 19) ความตั้งใจ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ (Ajzen; & Fishbein. 1980: 9) กล่าวคือบุคคลที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจ จะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความตั้งใจในเรื่องนั้น

สำหรับวรรณชนก จันทชุม (2547: 6) ได้ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยศึกษาตามโครงสร้างแนวคิดทฤษฎีการกระทำตามแผน ซึ่งมีการศึกษาถึงเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ และได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการแสดงความตั้งใจ หรือความต้องการ หรือความพยายาม หรือเป็นการวางแผนของนักเรียนที่จะกระทำเพื่อไม่ให้ตนสูบบุหรี่ เช่นการอ่านหนังสือหรือแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่จากแหล่งความรู้ สื่อต่างๆ การตั้งใจว่าจะไม่สังสรรค์หรือเข้ากลุ่มในขณะที่ผู้อื่นดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

นอกจากนี้กัลยา ไชยเลิศ (2541: 72) ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ศูนย์เบิกอรุณเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดโดยให้ความหมายว่าเป็นเจตนาของผู้เลิกยาเสพติดที่พยายามปฏิบัติ หรือมีการวางแผนที่จะปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติด ในด้านการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การไม่ใช้ยาเสพติดแก้ปัญหา การเลี่ยงไม่ใช้ยาเสพติดรักษาโรค การหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เสพยา และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่มีการค้ายา และจากการศึกษาของพัชราวดี ทองเนื่อง (2548: 13) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ได้ให้ความหมายของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ว่าเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้หญิงอาชีพบริการที่พร้อมจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต

อย่างไรก็ตามดังที่เคยกล่าวมาแล้วถึงการศึกษาของมาหลัทเกี่ยวกับสาเหตุของการติดซ้ำว่าเกิดจากสาเหตุหลักๆ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ดังนั้นในการศึกษาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการป้องกันให้มีความครอบคลุมสาเหตุของการติดซ้ำที่กล่าวมาด้วย

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยจึงสรุปว่าในการศึกษาครั้งนี้ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัย

ภายในได้แก่ การเกิดความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ในการวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำของ วรรณชนก จันทชุม (2547: 48-50) ใช้แบบสอบถามวัดความตั้งใจในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ซึ่งมีการสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้มาตรประเมินค่า 7 หน่วย จาก“เป็นไปไม่ได้มาก” ถึง “เป็นไปได้มาก” จำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ส่วนกัลยา ไชยเลิศ (2541: 72) เป็นแบบสอบถามวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด วัดโดยใช้มาตรประเมินค่า 4 หน่วย จาก “ความตั้งใจน้อยที่สุด” ถึง “ความตั้งใจมากที่สุด” จำนวน 10 ข้อ และการศึกษาของ และพระมหาวีรชัย คำธร (2548: 56) แบบวัดความพร้อมที่จะศึกษาและปฏิบัติธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตรประเมิน 6 หน่วย จาก“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

สำหรับแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวรรณชนก จันทชุม โดยผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งในข้อความจะเป็นข้อคำถามถึงระดับการแสดงออกถึงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ โดยเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ

## ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

จากการศึกษาเจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึก เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น ส่วนใหญ่ความรู้สึกนี้จะเกิดโดยอัตโนมัติและสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3) ความพร้อมกระทำ หรือความตั้งใจ เป็นความพร้อมในการปฏิบัติหรือแนวโน้มในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตน ซึ่งในองค์ประกอบของความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นส่วนที่เป็นตัวแทนของส่วนประกอบพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavioral component) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ (Overt behavior) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520: 8; อ้างอิงจาก Kothandapani. 1971) และ

สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ดี (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมาศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น กัลยา ไชยเลิศ (2541: 72) ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพย์ติดโดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้มากกว่า 2 ปี จำนวน 94 คน พบว่าผู้ที่เลิกเสพยาได้นั้นมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนสุกุมา แสงเดือนฉาย (2549: 33) ศึกษาเจตคติต่อการป้องกันการดื่มสุราทั้งการรู้คิดเชิงประเมินค่า ด้านความรู้สึก และด้านความตั้งใจที่จะกระทำพบว่าเจตคติต่อการป้องกันการดื่มสุราสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา(r=.49) และการศึกษาของวรรณชนก จันทชุม (2547: 79) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่านักเรียนที่มีเจตนาหรือความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับค่อนข้างมากจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างมาก (r=.64)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยมองว่าความตั้งใจเป็นความพยายาม เป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้ทุ่มเทพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจแน่วแน่และมีความพยายามมาก โอกาสที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำจะมีมาก

## การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด

โดยธรรมชาติของผู้ดื่มสุราที่เข้าบำบัดรักษามักมีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของสุรา เพราะเกือบทุกรายเคยประสบกับปัญหาจากการดื่มสุรา ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตประสาท (สุกุมา แสงเดือนฉาย. 2547: 70-71; Tarter; & Sugerman. 1976: 468-469)

อย่างไรก็ตามในสภาวะที่ติดสุราและสารเสพติด ลำพังเพียงความรู้และความเข้าใจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดื่มตัดสินใจที่จะหยุดดื่มได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ดื่มมีความต้องการพึ่งพาสุรา ทำให้มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่เกี่ยวพัน วนเวียนซ้ำๆ กับการดื่มสุรา กลายเป็นความเคยชิน โดยที่ผู้ดื่มเองไม่ทันรู้ตัว จนมีความคิด ความเชื่อบิดเบือน แตกต่างจากผู้ไม่ดื่มสุรา และนำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่มสุราโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจ เมื่อระยะเวลาล่วงเลยไป แม้ผู้ดื่มจะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา และพบกับปัญหาหลายๆ อย่าง ก็ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ ผู้ดื่มเริ่มมีการรับรู้ความสามารถในการที่จะหยุดดื่ม หรือเลิกสุราว่าเป็นไปได้ยาก หรือเป็นไปไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Alcohol anonymous world service. 1993: XIX ) ซึ่งการรับรู้

ความสามารถของตนเองในลักษณะที่กล่าวมา ไม่ได้ก่อให้เกิดผลดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์สนับสนุนต่อการบำบัดรักษาเลย แต่กลับกลายเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปถึงจุดมุ่งหมายในการเลิกดื่มสุรา ดังนั้นในการบำบัดรักษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุราเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะป้องกันตนเองให้ห่างไกลสุราได้

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถไว้ เช่น แบนดูรา (Bandura. 1986: 391) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตนว่าสามารถที่จัดการ และกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยเห็นว่าการรับรู้ความสามารถไม่ได้เป็นทักษะ แต่เป็นการตัดสินอะไรบางอย่างที่สามารถทำโดยใช้ทักษะ ขณะที่มาหลัท ปาร์ค และวิทไควิทซ์ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงว่าเป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการดำเนินการเพื่อตอบสนอง และจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งความสามารถนี้ไม่ใช่เป็นความสามารถทั่วๆ ไปเพียงแค่การฝึกฝนเพื่อสร้างกำลังใจ และการหลีกเลี่ยงที่จะไม่เผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เท่านั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีระดับความมั่นใจ หรือเชื่อว่าตนมีความสามารถในการกระทำ จัดการ หรือควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ มากน้อยเพียงใดที่ไม่นำไปสู่การใช้สารเสพติด (บุญสิทธิ ไชยชนะ. 2543: 32-34; สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. 2545: 9)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย มีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

สำหรับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่บนพื้นฐาน 4 หลักการที่สำคัญดังนี้

1.การประสบความสำเร็จจากการกระทำ (Enactive attainment) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากการประสบความสำเร็จจากการกระทำนั้น เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรงและเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง อย่างกรณีของผู้ดื่มสุรา ถ้าเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแล้วสามารถหยุดดื่มได้ช่วงระยะนานช่วงหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะกลับมาดื่มอีกจากการพลาดพลั้ง หรือพบกับปัญหาบางอย่าง เขาจะมีความรับรู้ว่าครั้งหนึ่งเคยทำได้สำเร็จสามารถหยุดดื่มได้ ทำให้มีความมั่นใจและรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ถ้าเปรียบกับบุคคลที่ไม่เคยหยุดดื่มได้สำเร็จก็จะขาดความมั่นใจ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หรืออีกกรณีหนึ่งก็คือบุคคลจะเกิดการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองกับผู้อื่นและวินิจฉัยตนเอง ตลอดจนปรับปรุงการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เหมาะสม

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่นจะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่ใช้คำพูดชักจูงด้วย นั่นก็คือบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการพูดให้ผู้อื่นคล้อยตามนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกชักชวนให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่นพ่อแม่ ครู เพื่อน หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา เป็นต้น

4. สภาวะทางสรีระวิทยา (Physiological state) เป็นข้อมูลที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนสูงหรือต่ำนั้น ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขานั่นเอง นั่นก็คือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตื่นตัว มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกดุด่า ว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะการวัดโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งในข้อความจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามถึงระดับความสามารถของบุคคลที่ประเมินตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่ท้าทาย หรือที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง โดยอยู่บนขอบเขตและเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษา ข้อความที่ใช้จึงมักมีลักษณะที่ถามว่า ผู้ตอบสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด คำตอบจึงต้องมีตัวเลือกที่แสดงระดับความมากน้อยของการรับรู้ความสามารถของผู้ตอบหลายๆ ระดับ ซึ่งแบนดูราแนะนำไว้ว่าอาจใช้ระดับการรับรู้ความสามารถตั้งแต่ 0 ถึง 100 แบ่งระยะห่าง เป็นช่วงละ 10 โดย 0 หมายถึงรับรู้ว่าไม่สามารถทำได้ 50 หมายถึงรับรู้ว่าสามารถทำได้ปานกลาง และ 100 หมายถึงรับรู้ว่าสามารถทำได้แน่นอน (Bandura. 2001: 3)

จากการศึกษาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันยาเสพติด พบว่ามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของสถานการณ์ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา และมีความต่างกันในการแบ่งระดับเช่นการศึกษาของศศิธร พรไพรินทร์ (2541: 61-62)

สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพเฮโรอีน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง” ถึง “มั่นใจอย่างยิ่ง” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) .52-.79 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543: 23-24) สร้างแบบวัดที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจที่จะเสพเฮโรอีนเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยวิธีมาตราประเมินรวมค่า 10 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจ” ถึง “มั่นใจมาก” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .95 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-total Correlation) ระหว่าง .29-.84 และดรุณี ภู่ขาว พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากสิธาร์ทาน และคณะ (Phukao. 2006: 108-109; citing Kavanagh; et al. 1996) โดยมีมาตรประเมินค่า จาก 0 ถึง 100 คือ “ไม่สามารถทำได้” ถึง “มั่นใจอย่างแน่นอน”

สำหรับแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราครั้งนี้สร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐานของการป้องกันการเสพซ้ำของมาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดซ้ำโดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงจาก ปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นประโยคประกอบมาตราประเมิน 6 หน่วยตั้งแต่ “มั่นใจมากว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้”

## การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนามาจากการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ แบนดูรา (Bandura) โดยมีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรม องค์ประกอบส่วนบุคคล และอิทธิพลของสภาพแวดล้อม โดยทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผล ซึ่งกันและกัน (Bandura.1986: 23-24)

การรับรู้ความสามารถมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยแบนดูรา (Bandura. 1986: 391-393) เชื่อว่าบุคคลที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้าพบว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน เขาจึงเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการกระทำพฤติกรรมและสภาพทางสังคม

เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในความสามารถของบุคคล กล่าวคือบุคคลจะเลี่ยงกระทำในสถานการณ์ที่เชื่อว่าเกินความสามารถ (Exceed capability) แต่ก็อยู่ภายใต้การกระทำที่มั่นใจ ถ้าพวกเขาตัดสินว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ (Capable of handling) ซึ่งการมองเห็นความสามารถของตนเองจะเป็นประโยชน์ในการผลักดันให้ไปสู่การกระทำพฤติกรรม และเป็นการสนับสนุนให้ความสามารถเติบโตขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 58; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

จากการศึกษาของคอนเนอร์ เมียสโต และไซเวก (Connors; Maisto; & Zywiak 1996 : S180-183) ศึกษาเส้นทางของการติดซ้ำหลังการบำบัด ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกจำนวน 142 คน ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์อิทธิพลที่มีต่อกันของบุคคลและสถานการณ์แวดล้อม พบว่าทักษะการแก้ปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อปริมาณการดื่ม (Drinks per drinking day) ผลที่ตามมาจากการดื่ม (Drinking consequences) และความรู้สึกอยากดื่ม (Craving experiences) สอดคล้องกับการศึกษาของดิคลิเมนเต้ และคณะ (Ilgen; et al.2006; citing DiClemente; et al. 2001: 465) พบว่าในการติดตามการบำบัดรักษา การรับรู้ความสามารถเป็นตัวทำนายที่มีความเที่ยงตรง (Reliably predicted) ต่อการลดปริมาณการดื่มและความถี่ของการดื่มสุรา และการรับรู้ความสามารถในการหยุดเสพยาจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการหยุดสุราและสารเสพติดภายหลังการบำบัดรักษา (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Ilgen; et al. 2005) ซึ่งเบ็คและลันด์ (นงลักษณ์ โตบันลือภพ. 2539: 42; อ้างอิงจาก Beck; & Lund. 1981) กล่าวลักษณะเดียวกันว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมายังพบว่ารูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำสุราของมาหลัท และกอร์ดอน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 154; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้ให้ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเสพซ้ำว่าบุคคลที่มีการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ (รับรู้ความสามารถของตนเองสูง) จะลดโอกาสของการติดซ้ำได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะเป็นผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ซึ่งจะมีการคาดหวังต่อการดื่มสุราในทางบวก จึงนำไปสู่การเริ่มต้นของการดื่มสุรา ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543:36) และเบอร์ลิสัน และคามิเนอร์ (Burleson; & Kaminer. 2005: 1757-1761)

จากการประมวลเอกสารข้างต้น สรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดคุณภาพของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ที่มีการรับรู้ตัดสินว่าตนเองมีความสามารถมากจะมีแนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมไม่ติดซ้ำมาก

## แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา

### ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดสุราซ้ำ ที่กล่าวมาจะพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภายในให้เกิดในตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามปัจจัยภายนอกทางสังคมก็ไม่สามารถละเลยได้ เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ในการดำเนินชีวิตจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องและผูกพันกับบุคคลอื่นอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคคลสำคัญ ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย รวมกระทั่งนักบำบัดที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถานบำบัดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ต่างก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้การส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ประคองตนอยู่ในเส้นทางของการไม่ดื่มสุราได้นานมากขึ้น

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางจิตเวชที่ต้องให้การบำบัด หรือต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องมองว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ได้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่า (Esteemed and Valued) และมีความรู้สึกเป็นสมาชิกในกลุ่มหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb. 1976: 300) โดยผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกว่าได้รับการดูแล ความห่วงใย แม้ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Gabrel; & Bowling. 2004) และยังหมายรวมถึงแหล่งของแรงสนับสนุนและศักยภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสาร หรือสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพดี (Cohen; & Syme. 1985: 4) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังทำหน้าที่เสมือนกันชน (Buffer) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยได้ดี (Gottlieb. 1983: 35-36) โดยโคเฮน อันเดอร์วูด และกอทท์เลียบ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 10; citing Cohen. 1988) อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลจากอิทธิพลของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ทั้งการให้และการรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวหรือจากองค์กรที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องด้วย มีผลทำให้บุคคลนั้นพ้นจากวิกฤติ ความเครียดและการคุกคามทางจิตใจ (สุรวัฒน์ คูวิเศษแสง. 2545: 16)

ดุจเดือน พันธุมนาวิน (2547: 5-6) ได้สรุปลักษณะสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ 1) เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะหลายด้านซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัสดุเครื่องมือสังคม 2) พฤติกรรมในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจน 3) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว ญาติ เพื่อน หัวหน้า หรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยโดยแรงสนับสนุนสามารถเปลี่ยนแปลง

ไปตามความสัมพันธ์กับผู้อื่นในตลอดช่วงของชีวิต และลักษณะที่สำคัญ 4) การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียต่อผู้รับ

สำหรับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกมาก ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม บุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ เช่นแพทย์ พยาบาล ครู พระ เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกัน (Peer group) เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้ผลดี โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีความรุนแรงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดนั้นโอกราดี้และคณะรายงานว่า (Lee. 2005: 19; citing O'Grady; Battjes; & Katz. 2004 ) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความพร้อมในการบำบัด โดยเฉพาะในระยะแรกของการบำบัดรักษา(Early stages of treatment) ลัวเดทและคณะ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Laudet; et al. 2005) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงของการฟื้นคืนสภาพของผู้ติดยา (Recover) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยา เพราะเป็นช่วงที่มักเกิดความลังเลในการหยุดยา สอดคล้องกับการศึกษาของบูธ (Booth; Russell; & Laughlin. 1992.) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงในช่วงระหว่างการบำบัดจะมีการเข้ารับการบำบัดรักษาอีกครั้งภายในเวลา 1 ปีหลังการจำหน่ายออกจากสถานบำบัดน้อยกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดื่มสุราและใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพทางร่างกาย โดยความเครียด อาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพร่างกายจะลดลงเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (Lee. 2005: 68)

นอกจากนี้การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของประไพ ทยายุทธ (2545: 40-49) ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 63 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันมากที่สุดร้อยละ 57.14 ส่วนการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.21 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.44 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม โดยพบว่าบุคคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากถึงร้อยละ 98.41 ส่วนแหล่งที่น้อยที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 41.27 ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยยังน้อยมากเมื่อเทียบกับแรง

สนับสนุนของบุคคลากรทางการแพทย์ ทั้งๆ ที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการเลิกยาเสพติด (จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ. 2548; ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. 2548)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยให้หมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว บุคคลสำคัญ รวมทั้งผู้บำบัดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดื่มสุรา ทำให้รู้สึกถึงความภูมิใจ ความมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ

**การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม**

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้หลายวิธีอย่างกรณีของรัชเทอร์ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 17; citing Rutter. 1987) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมทางสุขภาพว่าไม่ใช่เป็นกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มอบให้กันอย่างผิวเผินจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น แต่มีความหมายของการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ซาบซึ้งทางจิตใจ (Relationships imbue behavior) และแสดงออกหลายๆ อย่างของความช่วยเหลือ (Expressions of support) โดยการออกแบบของโปรแกรมนั้นรัชเทอร์เสนอแนะว่าควรพิจารณาอย่างรอบคอบถึงวิธีการทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Auspicious matches) ที่จะได้จากการพัฒนาสัมพันธภาพ สำหรับหลักการของการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 18) ควรมีความยอมรับ เข้าใจในความเป็นบุคคลนั้น (Respect to demographic characteristic) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนกันอย่างเสมอภาค (Equity in exchanges) มีการแสดงออกของการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Expression of mutual aid) โดยมีสิ่งที่ควรระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นในการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าแรงจูงใจที่ได้รับนั้นเกินความเป็นจริง และไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ หรือการที่ผู้ให้ความช่วยเหลือทำให้ความสามารถหรือศักยภาพของผู้ป่วยแย่ลงด้วยการบังคับไม่ให้อิสระภาพในการกระทำหรือการตัดสินใจ

สำหรับกลวิธีการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของเพียร์สัน (Pearson. 1990: 99-120) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบนฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory base) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงจากภายในทั้งเจตคติและความคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติและความคิดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมได้ ซึ่งมีกิจกรรมที่ใช้ตัวอย่างจาก 1) ประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วย (Direct experience) ให้พูดคุยกันถึงสัมพันธภาพในครอบครัว บุคคลสำคัญ และผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความคิดและภาพของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานการณ์ เหตุการณ์ที่ทำให้มองเห็นถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 2) การใช้ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ผ่านทาง

สัญญลักษณ์ โทรทัศน์ การแสดงละคร โดยเสนอไปในแง่มุมที่ผู้ป่วยละเลย และไม่ได้มองเห็นปัญหาเมื่อมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผู้ป่วยจะเห็นถึงการขาดประสบการณ์ในอดีต ทำให้ยอมรับในความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเต็มใจ 3) การลอกเลียนแบบ (Simulated experience) โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการแสดงบทบาทเพื่อการบำบัด (Psychodrama) สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิธีการสอนให้ผู้ป่วยหยุดกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและให้เริ่มต้นกระทำในแนวทางที่ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้อื่น โดยฝึกฝนการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ระหว่างบุคคล การฝึกให้สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้กราแฮม (Graham. 2004: 216-229) ได้กล่าวถึงวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมได้โดย 1) การให้ความรู้ การให้ข้อมูลกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญให้เข้าใจปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย เหตุผลและแรงจูงใจในการดื่มสุรา 2) ความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และวิธีการช่วยเหลือ 3) การฝึกจัดการกับปัญหาร่วมกัน การตั้งข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่เมื่อนำไปพัฒนาร่วมกับตัวแปรอื่นๆ แล้วทำให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เช่น การใช้ร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษาของอารีรัตน์ พันธุ์ทอง (2535) และปิ่น โค (2540) หรือการประยุกษ์ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันการพึงพาแอมเฟตามีนของนงลักษณ์ โตบันลือภพ (2539) และการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยให้ครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดของปราณีพร บุญเรือง (2545)

สำหรับการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของปิ่น โค (2540: 99-102) ศึกษาร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกับยาบ้าของนักเรียนจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจัดให้กิจกรรมสุขศึกษา 10 กิจกรรมในค่าย 2 วัน 1 คืนหลังจากออกจากค่ายมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครูที่มีต่อนักเรียนในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความช่วยเหลือด้วยการสื่อสารโดยใช้คำพูด แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ รวมทั้งมีการการกระตุ้นเตือนด้วยคำขวัญ ข้อเตือนใจเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้า ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้ามากกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาในกลุ่มเยาวชนผู้เสพสารเสพติดมีการนำครอบครัวมาร่วมในกิจกรรมการบำบัด เช่นการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 37-38) จัดกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว 3 ครั้งโดยเป็นกิจกรรมที่ให้พ่อแม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว สร้างความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและธรรมชาติของวัยรุ่น และเรียนรู้การสื่อสารที่ดีในครอบครัว ส่วนนิภา ณีสกุล (Neeskul: 2001: 70-76) พัฒนารูปแบบการให้บริการเยาวชนที่ติดแอมเฟตามีน ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีกิจกรรมสำหรับเยาวชน 9 ครั้ง กิจกรรมสำหรับพ่อแม่ 7 ครั้ง เป็นการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของครอบครัวต่อการช่วยเหลือเยาวชน การสื่อสาร

ที่มีคุณภาพเพื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี การแก้ปัญหา แนวทางของครอบครัวในการช่วยเหลือ และกิจกรรมสำหรับครู 5 ครั้ง เกี่ยวกับผลกระทบและปัญหาสารเสพติดโรงเรียน การสังเกตและช่วยเหลือเยาวชนที่ติดยา การยอมรับและเข้าใจเยาวชน และแนวทางการดำเนินการของโรงเรียนในการช่วยเหลือ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้สามารถป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดต่างๆ ได้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อผู้ดื่มสุราเช่นเดียวกัน จึงได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาในครั้งนี้ ด้วยการนำครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัด โดยมีแนวทางการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้คือ1) การเสริมสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความรู้สึกดีๆ ความผูกพัน ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย โดยการให้จินตนาการถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือ 2) การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญถึงปัญหา ความยากลำบากที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในช่วงของการเลิกสุรา และชี้ให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตการณ์ต่างๆ จนไปสู่ความสำเร็จได้ และ3) การวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเผชิญปัญหาต่างๆ และบุคคลที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

## การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา

### ความหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีการเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วในการบำบัดทางจิตวิทยา เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้นำในการบำบัดที่สำคัญคือ อารอน เบค (Aaron Beck) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชาวอังกฤษ ที่ไม่เห็นด้วยต่อการบำบัดรักษาตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ศึกษาโดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพียงพอ และไม่ได้ผลกับผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนมาก จึงได้พัฒนาการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่เป็นการปฏิบัติอิงหลักฐานทางวิชาการ (Evidenced- based practice) ให้มีความชัดเจนในแนวคิดทฤษฎีและการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirically based studies)

การบำบัดรูปแบบนี้มองว่าปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 310) ดังนั้นการบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีการบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิด

ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหานั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภัทราคม. 2535: 284-285; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308) และรวมถึงการปรับเปลี่ยนที่พฤติกรรมด้วย โดยในระยะแรกๆ นำแนวคิดนี้ใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนามาใช้ในกลุ่มที่กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่นนีนันและดรายเดน (Neenan ; & Dryden. 2006: 2-3) กล่าวว่าเป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information-processing model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจจนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากไปกว่าปกติ (Over generalized) และสรุปอย่างเบ็ดเสร็จ (absolute) กับความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่ออย่างเหนียวแน่น (Fix) สอดคล้องกับเบคและคณะ (Beck; et al . 1993: 27; อ้างอิงจาก Beck. 1976, Beck; Rush; Shaw; & Emery. 1979) ให้ความหมายว่าเป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตัวเอง (Self-defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออก

ฮีตเทอร์ และมาหลัท (Graham; et al. 2004: 14; citing Heather; et al. 1993; Marlatt. 1998) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction) โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหาไปสู่พฤติกรรมใหม่ และคงธำรงพฤติกรรมเพื่อลดการใช้ยา หรือสามารถเลิกยาได้ ในการเลิกยาจึงเป็นเพียงเป้าหมายหนึ่งเท่านั้น ในการบำบัดยังคงเน้นให้ความสำคัญของรูปแบบการใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่คอยขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายได้ และเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้บุคคลลดการใช้ยา (Carroll. 1998: 1)

นอกจากนี้ ดวงมณี จงรักษ์ (2549: 227) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการใช้เทคนิคของความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยบุคคลให้ปรับสภาพอารมณ์และพฤติกรรม โดยเปลี่ยนวิธีคิดที่ทำร้ายตนเอง (Self-defeating Thinking) ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เสมือนผู้ฝึกสอนผู้รับการปรึกษา ให้ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อจัดการปัญหา สอดคล้องกับเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2549: 165) ที่กล่าวว่าเป็นการบำบัดทางจิตใจและพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ของความคิด

อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่มีผลต่อกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยผู้ติดสารเสพติดให้ตระหนักถึงความคิดในแง่ลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่ผิดปกติ บิดเบือน หรือคิดในแง่ลบ ให้มีความตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวกมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคต่างๆ จัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมในการเลิกดื่มสุรา

**แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม**

แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่า ความคิด (Thoughts) ความรู้สึก (Feelings) ปฏิกริยาทางร่างกาย (Physical reactions) พฤติกรรม (Behaviors) และสิ่งแวดล้อม (Environment) มีปฏิสัมพันธ์ที่สามารถกำหนดซึ่งกันและกันได้ (Reciprocal Interaction) การเปลี่ยนแปลงในด้านใดสามารถส่งผลต่อด้านอื่นๆ ด้วย (Neenan; & Dryden. 2006: 6; citing Greenberger; & Padesky. 1995) ซึ่งความคิด อารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเป็นผลจากการเชื่อมต่อระหว่างสถานการณ์และระบบความเชื่อ (ผ่านการตีความในสถานการณ์นั้น) และความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ (ทางบวกหรือทางลบ) โดยมีการเชื่อมต่อกันในหลายทิศทาง (Connection as multidirectional) มากกว่าเป็นในแนวเส้นตรง ความสัมพันธ์จึงไม่ได้เป็นการแสดงเหตุและผล แต่เป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิดความพอใจและองค์ประกอบของพฤติกรรม การตระหนักรู้ในสถานการณ์ จึงเป็นตัวกระตุ้นระบบความเชื่อให้สามารถเชื่อมต่อกระบวนการคิด และแปลงเป็นแนวคิดที่ชัดเจนและกลวิธีที่มีประสิทธิภาพ (Mennuti; Freeman;& Christner. 2006: 6) อย่างกรณีของผู้ดื่มสุราตกงาน ไม่มีงานทำ (Environment) จึงคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่มีประโยชน์ (Thoughts) ความคิดนี้ส่งผลให้รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข (Feelings) ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายคืออ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง (Physical reactions) ผู้ดื่มสุราเริ่มมีพฤติกรรมเงียบเฉย แยกตัวเอง (Behaviors) ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะที่กล่าวมาจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และเป็นการกำหนดซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

แซนเดอร์ และวิลล์ (Sanders; & Wills. 2005: 4-5) กล่าวถึงวงจรชั่วร้ายของพฤติกรรมที่บิดเบือน (Vicious cycle) ว่าเป็นผลจากการเชื่อมต่อกันของความคิดในทางลบ ส่งผลให้มีความรู้สึกที่ไม่ดี ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงพบว่าการตอบสนองของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นกับสภาพความเป็นจริงแต่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307; อ้างอิงจาก Mahoney. 1974) ดังนั้นจึงเห็นว่าในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การแก้ไขที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่

เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ การตีความ จึงมีความจำเป็น และเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย นอกจากนี้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดให้มีขึ้นได้ เปลี่ยนแปลงได้ (ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2539: 29; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307)

สำหรับรูปแบบของกระบวนการคิด Meichenbaum (ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2539: 30; อ้างอิงจาก Meichenbaum. 1986: 346-350) อธิบายถึงกระบวนการคิดโดยได้แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กระบวนการคิด ในความหมายของ สิ่งที่เกิดขึ้นในความคิด (Cognitive events) มีลักษณะเป็นการคิดและการมีภาพในใจโดยรู้สึกตัวของบุคคล และสามารถดึงออกมาใช้เมื่อต้องการ ซึ่งเบค (Beck) เรียกว่าเป็นความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ซึ่งเป็นการพูดในใจ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน และเป็นตัวกลางประสานระหว่างความป็นเหตุผล ความคาดหวัง และสิ่งที่เกี่ยวกับความคิด ดังนั้นการคิดอัตโนมัติ จึงรวมถึงภาพในใจ คำสัญลักษณ์ต่างๆ ของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เรียนรู้สิ่งใหม่ สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจหรือเมื่อมีความคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2. ความคิดในลักษณะกระบวนการคิด (Cognitive process) เป็นกระบวนการที่จัดการกับข้อมูลที่เข้ามาสู่บุคคล ซึ่งจะทำให้ต้องเลือกว่าจะให้ความสนใจในเรื่องใดบ้าง ในเวลาใด และเลือกวิธีการประเมินข้อมูล โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปอย่างอัตโนมัติ และบุคคลมักไม่ทราบว่าตนเองมีกระบวนการจัดการกับข้อมูลอย่างไร

3. กระบวนการคิดในลักษณะโครงสร้าง (Cognitive structures) ซึ่งโครงสร้างของความคิดประกอบด้วย บุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัวของแต่ละบุคคล การตระหนักในสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่ซ่อนแฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ คำสัญญา และเป้าหมายส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการประมวลผลข้อมูล (Information processing) และการจัดการกับพฤติกรรมทันใดของคน และมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นตัวกรองและการเลือกข้อมูลต่างๆ เข้าไปในกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล

อย่างไรก็ตามฮอล์ตัน (ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2539: 31; อ้างอิงจาก Hawton. 1990: 40-44) ได้สรุปลักษณะกระบวนการคิดของบุคคลที่เป็นสาเหตุของปัญหา มี 2 ลักษณะคือ

1. ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลควบคุมกระบวนการทางความคิดของตนเองได้น้อยเกินไป (Under control) คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบจะโต้ตอบกลับไปอย่างทันทีทันใด ไม่สามารถที่จะรอหรือประวิงเวลาการตอบโต้ เพื่อให้พฤติกรรมของตนเองได้รับผลกรรมระยะยาว โดยเฉพาะผู้ติดสุราและสารเสพติด ส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกไวต่อความไม่พึงพอใจ และไวต่ออารมณ์ทางลบมากเกินกว่า

ความเป็นจริง ทำให้มีปฏิกริยาที่หุนหันพลันแล่น ไม่ทนต่อความรู้สึกผิดหวัง หรืออารมณ์ทางลบ และขาดแรงจูงใจที่จะควบคุมตนเอง (Beck; et al. 1993: 39-40)

2. ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลควบคุมกระบวนการทางความคิดมากเกินไป (Over control) จนเกิดปัญหาขึ้นเพราะเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบก็จะคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น การตำหนิตนเอง คิดไม่มีเหตุผล จนไม่สามารถตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมาได้ในลักษณะที่เหมาะสม หรือแสดงพฤติกรรมที่มีปัญหาออกมา

เมื่อพิจารณาปัญหาที่เกิดจากกระบวนการรู้คิดจะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีรูปแบบของการคิดและใช้วิธีการคิดเช่นนี้ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาย่อมส่งผลเสียหายมากกว่าผลดี โดยเฉพาะบุคคลที่ใช้วิธีการคิดลักษณะเช่นนี้สม่ำเสมอ จนกลายเป็นความเคยชินเมื่อมีสิ่งเร้าใดๆ ที่มากระทบจึงมีกระบวนการคิดเป็นไปอย่างอัตโนมัติ และแสดงปฏิกริยาตอบสนองอย่างรวดเร็ว ปราศจากการไตร่ตรองที่สมเหตุสมผล จึงมักพบว่าปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไข และดำเนินการอย่างเหมาะสม บุคคลนั้นยังคงธำรงอยู่ในปัญหานั้นต่อไป และมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาการติดสุราและสารเสพติด

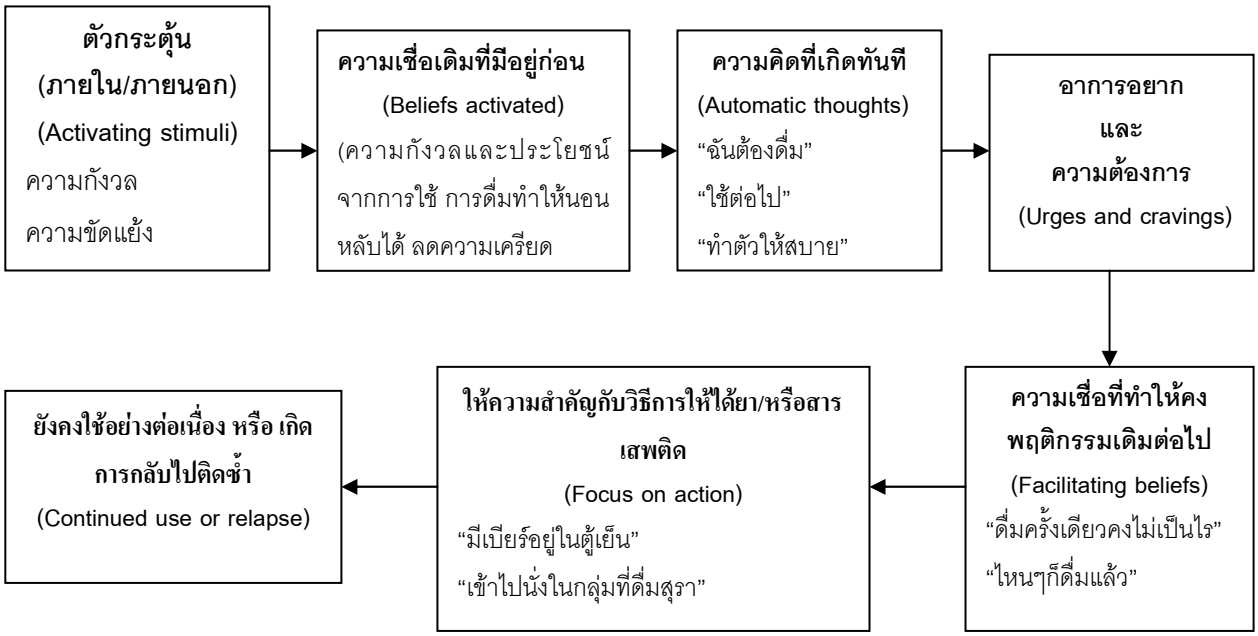
**รูปแบบการคิดของผู้ดื่มสุราและสารเสพติด**

การดื่มสุราในระยะเริ่มแรกนั้น ส่วนใหญ่ดื่มเพื่อการสังสรรค์ สนุกสนาน เข้าสังคม และมีการดื่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสบายใจ สนุกสนาน (สุกุมา แสงเดือนฉาย. 2547: 37; Beck; et al. 1993: 22) เมื่อดื่มไปนานๆ ความคาดหวังในการออกฤทธิ์ของสุราทำให้เพิ่มความสามารถ กล้าพูดกล้าทำ และเชื่อว่าเมื่อดื่มทำให้ชีวิตดีขึ้น ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ลืมเรื่องราวที่ทำให้ไม่สบายใจได้ ทำงานได้มากขึ้น เมื่อมีปัญหาสามารถดื่มเพื่อแก้ปัญหาได้ (Positive outcome expectation) ผู้เสพสุรา (Abuser) จึงกลายเป็นผู้ติดสุรา (Dependent) ซึ่งไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ (Beck; et al. 1993: 22; Peele. 1984: 1338)

ผู้ติดสุราและสารเสพติด เป็นจำนวนมากที่มีความต้องการที่จะหยุดดื่ม และมีความพยายามในการควบคุมตนเองแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ ถึงแม้จะต้องเผชิญกับผลกระทบที่ตามมาอย่างมากมาย เบค (Beck; et al. 1993: 26-27) อธิบายถึงเหตุผลของการที่ไม่สามารถหยุดเสพได้เนื่องจากผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดมีการประเมินโทษพิษภัยไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงเห็นประโยชน์มากกว่าโทษ ทำให้ยังคงดื่มและใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อว่าผลจากอาการถอนยาขณะที่ต้องหยุดใช้ยาจะมีอาการทรมานทางร่างกาย และจิตใจมากเกินกว่าที่ตนเองจะรับได้ ซึ่งสุราและสารเสพติดจะบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ รวมทั้งความเชื่อที่ผิดๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการ เช่น ไม่สามารถมีความสุขได้ถ้าไม่ได้ใช้ยา หรือคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้ถ้าดื่มเพียงเล็กน้อย มีการอธิบายเหตุผลพฤติกรรมการดื่มที่เข้าข้างตนเอง ซึ่งความคิด ความเชื่อเหล่านี้มีผลให้ผู้ที่ดื่มสุรา

และสารเสพติดลังเล ไม่แน่ใจในการตัดสินใจ และดำเนินการอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะหยุดดื่มอย่างถาวร

จากการศึกษาของความคิดที่อธิบายพฤติกรรมการติดสารเสพติด และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้อย่างต่อเนื่องดังภาพประกอบ1




ภาพประกอบ1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด

ที่มา: Graham, Hermine L.; et al. (2004). Cognitive-Behavioural Integrated Treatment(C-BIT). p.89. (citing Beck; et al; Liese; & Franz. 1996). Cognitive Model of Problem Substance Use.

รูปแบบของความคิด (Cognitive model) มองว่าการที่บุคคลเข้าสู่การใช้สุราและสารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่มีทั้งจากภายใน เช่น ความรู้สึก การจินตนาการ การตอบสนองทางร่างกาย และจากภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ และอุปกรณ์สิ่งของต่างๆ โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาความไวตอบสนองกับสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งกระตุ้นจะพิจารณาจากความสามารถในการกระตุ้นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสารเสพติด (Beliefs activated) ที่เป็นความเชื่อเดิมๆ เป็นความคิดที่บิดเบือน ไม่เป็นความจริง ซึ่งไปกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) และนำไปสู่ความรู้สึกอยากยา (Urges and craving) คิดถึงเรื่องราวการดื่มสุรา มีความต้องการสารนั้น และเมื่อใดก็ตามถ้าผู้ติดสุราและสารเสพติดมีความคิดในการยอมรับใน

การกระทำ หรือเสมือนเป็นการอนุญาตตนเองให้ไปดื่ม (facilitating belief) จะมองผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ำกว่าความเป็นจริง จึงละเลยความเป็นจริงของปัญหาที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติด ความคิดในเชิงการอนุญาตนี้จึงเป็นตัวสนับสนุนพฤติกรรมการเสพ และเริ่มมีความคิด มีการวางแผนภายในใจที่นำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด (Focus on action) จนกระทั่งกลับไปดื่มอีก (Continued use or relapse) อย่างไรก็ตามในระยะนี้ความต้องการ และอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ มีการต่อสู้กันระหว่างการหยุดดื่มกับการดื่มต่อ จึงเป็นช่วงของการใช้และการโทษตัวเอง ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากพลาดไปดื่มเพียง 1-2 ครั้ง หลังจากหยุดดื่มมาระยะหนึ่งจะรู้สึกผิด โกรธตัวเอง และมีความคิดว่าตัวเองล้มเหลว ผิดพลาด คงเลิกไม่ได้ จึงดื่มต่อเนื่อง

**หลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม**

ในการบำบัดมีหลักการเบื้องตนที่ควรคำนึงถึงดังนี้ (ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. 2551: 5-8)

1. การบำบัด อยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยในรูปแบบของความคิด (Cognitive model) ทำให้เข้าใจผู้ป่วยในสถานกาณ์ต่างๆ ว่าเขามีความรู้สึก ความคิดอย่างไร แล้วพิจารณาว่ารูปแบบของความคิดมีปัญหาด้านใด

2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่ง (Psychotherapy) ดังนั้นจึงต้องมีพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจมากพอจะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริง ผู้บำบัดจะเป็นพันธมิตรและผู้ร่วมมือ

3. การเน้นย้ำถึงความร่วมมือ (Collaboration) และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง (Active participation) แม้ผู้บำบัดช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตัวเองด้วย ผู้บำบัดมีหน้าที่เหมือนครูฝึกที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ช่วยให้เรียนรู้เทคนิคต่างๆ และให้ฝึกฝนเทคนิคนั้นๆ

4. การมุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย จึงต้องทำงานร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดตั้งแต่ต้นเพื่อกำหนดเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

5. การบำบัดเน้นการแก้ไขปัญหาที่ปัจจุบัน ถึงแม้บางครั้งอาจย้อนไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่ามีผลอะไรต่อความเชื่อในปัจจุบัน แต่ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบัน และเรียนรู้กับทักษะใหม่ๆ (Beck; et al. 1993: 97)

6. ลักษณะของการบำบัดมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้กับผู้ป่วย เช่น หลักการที่เป็นแนวคิดของการทำพฤติกรรมบำบัด รูปแบบของการคิด รวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่ใช้กับความคิด

7. การทำพฤติกรรมบำบัดจะมีการกำหนดเวลาในการทำให้ชัดเจนว่าใช้เวลาประมาณเท่าไร

8. ในการทำแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างที่ต้องคำนึงถึงคือ การตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา ทบทวนการบ้าน ร่วมกันกำหนดหัวข้อที่อยากพูดคุย สรุปเนื้อหาที่พูด ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วย

9. การบำบัด เป็นการสอนให้รู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและประเมิน ความคิดของตนเองได้ รวมทั้งการจะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือน เป็นความคิดที่เหมาะสม เป้าหมายสูงสุดคือสอนให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ที่บำบัดตนเองได้

10. มีการใช้เทคนิคที่หลากหลายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม

**การพัฒนาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม**

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งตัวผู้ป่วยและ นักบำบัด ในการพิจารณาและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบนความเหมาะสมของ เป้าหมาย เวลา การฝึกทักษะต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรกๆของการ บำบัด การเข้าใจ การยอมรับ และความจริงใจของผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เต็มใจให้ความ ร่วมมือ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีความ ตระหนักถึงปัญหา ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อ และการรับรู้ทางด้านลบของตน มีความ ต้องการที่จะเรียนรู้ มีแรงจูงใจ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีองค์ประกอบที่สำคัญในการบำบัดดังนี้ (Carroll. 1998: 2-3) 1) การวิเคราะห์การทำหน้าที่ (Functional analysis) เป็นการแยกแยะความคิด ความรู้สึก และสภาพการณ์ ก่อนและหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะแรกของการบำบัด ผู้ป่วย และนัก บำบัดช่วยกันประเมินปัจจัยต่อสถานการณ์เสี่ยงที่นำสู่การดื่มสุรา และตระหนักถึงเหตุผลของการดื่ม สุรา หลังจากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์ถึงสภาพการณ์ที่ยังเป็นปัญหา และเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับ ผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น 2) การฝึกทักษะ (Skills training) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะ ที่ส่งเสริมสุขภาพ และฝึกนิสัยใหม่ๆ ทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ ซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายในตัวบุคคล

วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นลักษณะการสอนที่ให้ความรู้ และ การฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำสู่ การติดซ้ำ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองและเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยหลักในการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม คือการพยายามทำลาย เปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การคาดหวังเกี่ยวกับ การใช้สารเสพติด และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Unwanted behavior) จากนั้นจึงพยายาม

เสริมสร้างความรู้ ทักษะใหม่ๆ และฝึกฝนเรียนรู้จนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ได้แสดงออกถึงความรู้สึก เรียนรู้ความเป็นตัวตนของกันและกัน เน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) มีการเรียนรู้จากตัวแบบ การฝึกปฏิบัติโดยได้รับการเสนอแนะจากผู้ป่วยในกลุ่มและผู้บำบัดในแนวทางที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเทคนิคดังนี้

1. การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับสารเสพติด (Identifying drug-related beliefs) เป็นการฝึกแยกแยะสถานการณ์เสี่ยงและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพบนเส้นทางความเสี่ยงเพื่อที่จะป้องกันหรือหยุดพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่ต้องการ ซึ่งใช้การออกแบบใบงานให้ผู้ป่วยทำหรือยกเป็นประเด็นตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน และชี้ให้เห็นกระบวนการเกิดของพฤติกรรมและความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะเป็นการทำให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยง ของความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาควบคุมตนเองได้มากขึ้น

2. การวิเคราะห์ประโยชน์และโทษ (Advantage-disadvantage analysis) ของการหยุดดื่มสุรา และการคงการดื่มต่อไป เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่นำมาใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมองเห็นแต่ด้านดี และละเลยที่จะมองด้านลบของการดื่มสุรา ขณะที่ผู้บำบัดมักจะเห็นด้านลบ และลืมนึกถึงด้านบวกที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้ยาอยู่ วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน เป็นเหตุเป็นผล ขณะเดียวกันผู้บำบัดก็มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

3. การบอกอารมณ์และการประเมินอารมณ์ของตนเองได้ (Identifying moods and rating moods) เป็นการให้ผู้ป่วยบอกอารมณ์ของตนเองในปัจจุบัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักว่าขณะนี้อารมณ์เป็นอย่างไร เพื่อสามารถตั้งเป้าหมายว่าจะจัดการอารมณ์อย่างไร โดยอารมณ์มักจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่อารมณ์จะเปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงว่าตอนที่เกิดอารมณ์นั้นอยู่กับใคร (Who) ขณะนั้นทำอะไรอยู่ (What) เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อไร (When) และตอนนั้นอยู่ที่ไหน (Where) เกิดอารมณ์อย่างไร (How) โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับอารมณ์ และให้ประเมินระดับอารมณ์ว่าจาก 100 คะแนน จะมีระดับอารมณ์เท่าไร

4. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ลักษณะของความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันที ก่อนที่จะผ่านความคิดที่มีเหตุผล เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยเราอาจไม่รู้ตัว ทั้งๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรม การที่จะรู้ได้ต้องมีการฝึกฝนโดยอาจเริ่มต้นด้วยการบอกอารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วตามด้วยการเล่าถึงเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร มีความคิดอะไรเกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันทีโดยไม่มีการตรวจสอบ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดนี้ วิธีแก้ไขความคิดนี้ควรสอนและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดของตนเอง (Testing cognitive) โดยการมองอย่างเป็นกลางๆ ว่าความคิดนี้เป็นเพียงแค่

สมมติฐานหรือการคาดเดา ยังไม่ใช่ความจริง ให้พยายามหาข้อมูล หรือหลักฐานที่แตกต่างมาคัดค้านความคิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตนเองอาจไม่ใช่ความจริงตามอย่างที่ผู้ป่วยปักใจเชื่อ หรือปฏิบัติตามนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสติในการคิดพิจารณา มีความยืดหยุ่น มีเหตุผลอยู่บนข้อมูลและหลักฐานของข้อเท็จจริงมากขึ้น

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์เพื่อปรับแก้ความคิด (Dysfunctional thought) มีเกณฑ์เบื้องต้นที่ใช้ในการประเมินใน 2 ลักษณะคือ ความคิดมีความถูกต้องตรงความเป็นจริงหรือไม่ (Validity) และการคิดเช่นนั้นมีประโยชน์เพียงใด (Utility) ซึ่งเป็นการทำให้สามารถตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดนั้น (ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. 2551: 15)

5. การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง (Guided discovery) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดเผย (Open up) ความในใจ (Closed-minded) และความคิดที่เป็นปัญหา (Problem-perpetuating thinking) โดยนักบำบัดใช้ทักษะการถามเพื่อประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบความคิด(Schema) ความเชื่อ (Beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) อารมณ์ (Emotions) และพฤติกรรม (Behaviors) ของผู้ป่วยเพื่อหาความเชื่อมโยงของสถานการณ์กระตุ้นที่ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและความคิดอัตโนมัติทำงาน จากนั้นสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่บิดเบือน และไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางเลือกแบบอื่นๆ ด้วยตนเอง

6. การจินตนาการ (Imagery) เป็นการให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น เหมือนกับเป็นเรื่องราวที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นเรื่องราวต่างๆ อย่างชัดเจนซึ่งเป็นการกระตุ้นความรู้สึกในทางลบและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ วิธีการนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมองภาพปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาได้ดีขึ้น หรือมีการจัดการกับความรู้สึกอยากยาและสิ่งกระตุ้นได้

7. การหยุดความคิด (Thought-stopping) เมื่อพบว่า มีความคิดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ นำไปสู่ความวิตกกังวลหรือรบกวนจิตใจ ให้ผู้ป่วยพูดดังๆกับตัวเองว่า “หยุด” ซึ่งเป็นการหยุดความคิดที่กำลังคิดวนเวียนนั้นอยู่ และดึงตัวเองให้กลับมามีสติอีกครั้ง วิธีการนี้จะใช้ได้ผลในระยะสั้นๆ ในการเตือนตนเองและเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่นๆ

8. การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง (Self-statement) เป็นวิธีการใช้คำพูดที่มีข้อความที่เป็นประโยชน์หรือมีความหมายในทางบวกบอกกับตัวเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความเชื่อ หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม (Good qualities)

9. บันทึกประจำวัน (Daily thought record) เป็นแบบบันทึกที่ช่วยในการวิเคราะห์ ความคิดอัตโนมัติ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งจะเป็นการบันทึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นใน

ชีวิตประจำวันในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกว่าเกิดเหตุการณ์ในสถานการณ์ใด มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น ขณะนั้นมีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร และมีการตอบสนองอย่างสมเหตุผลหรือไม่ แนวทางที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร แบบบันทึกนี้จึงประกอบด้วย 5 ส่วน คือ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ การตอบสนอง และผลลัพธ์ โดยในการเริ่มต้นควรมีการฝึกให้ผู้ป่วยทำ หลังจากนั้นเมื่อมีความเข้าใจ จึงให้ทำเป็นการบ้าน บันทึกนี้ผู้บำบัดต้องนำมาอ่าน พูดคุยกันในชั่วโมงเพื่อประเมินผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือต่อไป ซึ่งเทคนิคนี้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยทำให้มีโอกาสกลับไปคิด ตรึกตรองในสิ่งต่างๆ ขณะที่ผู้บำบัดก็จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

10. การฝึกฝนทักษะซ้ำๆ เป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (Learning coping skills) และแก้ปัญหาบนเส้นทางการไม่ใช้ยาเสพติด โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่หลากหลายมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Managing thoughts about alcohol and drinking) การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม (Coping with cravings and urges to drink) ทักษะการปฏิเสธ (Refusal skills) ทักษะการกล้าแสดงออก (Assertiveness) การแก้ปัญหา (Problem solving) การผ่อนคลายความตึงเครียด (Relaxation) การตัดสินใจในสิ่งที่เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Seemingly Irrelevant decisions) การวางแผนฉุกเฉินและการจัดการเมื่อพลาดไปดื่ม (Planning for emergencies and coping with a lapse) การฝึกทักษะเหล่านี้สามารถฝึกให้ผู้ป่วยทำในขณะที่อยู่ในชั่วโมงการบำบัดและมอบหมายให้ฝึกทำต่อเป็นการบ้าน

สำหรับรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในป้องกันการติดซ้ำหรือลดปัญหาจากการใช้สารเสพติดและการดื่มสุรา พบว่ามีกิจกรรมที่หลากหลายทั้งที่มีความแตกต่างกัน และเหมือนกัน เช่นการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 40-48) ศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษายาม้า ที่ศูนย์ยาเสพติดขอนแก่น มีกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมนักเรียน 4 ครั้ง กิจกรรมพ่อแม่ 2 ครั้ง และกิจรรมนักเรียนกับพ่อแม่ 4 ครั้ง ในระยะเวลาบำบัด 12 วัน โดยให้ความรู้ความเข้าใจถึงผลเสียของการใช้ยา วิธีการเลิกยา ตัวกระตุ้น การปรับเจตคติให้ตระหนักในคุณค่าของตน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีทักษะการป้องกันการเสพซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติจากสถานบำบัด และในระยะติดตามผลเมื่อวัดผลพฤติกรรมการเสพซ้ำ พบว่ามีการติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนดรุณี ภู่ขาว (Phukao. 2006: 152-157) ศึกษาแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับหลักทางศาสนาพุทธ โดยผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการรู้คิด

5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด นอกจากนี้พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายกันคือ การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายของชีวิต การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ข้อดี-ข้อเสียของสารเสพติด การเข้าใจถึงตัวกระตุ้น สัญญาณอันตราย และการฝึกทักษะที่จำเป็น อย่างไรก็ตามจะสังเกตเห็นว่าในงานวิจัยของปราณีพร บุญเรือง กิจกรรมนั้นให้ความสำคัญกับครอบครัวของนักเรียนมากเท่าๆ กับนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่ยังต้องอยู่ในการดูแล และความรับผิดชอบของครอบครัว กิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ ส่วนงานของดรุณี ภู่ขาว ศึกษาในผู้ป่วยสุรา โดยใช้กิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตัวบุคคล มีการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และมีการปรับเปลี่ยนความคิดถึงในระดับโครงสร้างความคิด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสถาบันแห่งชาติ NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (Kadden; et al. 2003) ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 8 กิจกรรม ที่จำเป็นต้องให้กับผู้ป่วยทั้งหมด และ กิจกรรมทางเลือก 14 กิจกรรม ที่สามารถเลือกมา 4 กิจกรรมสำหรับนำมาใช้ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและนักบำบัดที่ตกลงร่วมกัน รวมเป็น 12 กิจกรรมในช่วงการบำบัด 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยนอก ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 90 นาที ในการบำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยธำรงการหยุดดื่มสุราและสารเสพติด ส่วนในการพัฒนาทักษะ ผู้ป่วยต้องสามารถแยกแยะสถานการณ์เสี่ยงทั้งภายใน (ความคิดและอารมณ์) และภายนอกได้ รวมทั้งต้องพัฒนาทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ โดยใช้วิธีการแก้ปัญหา การใช้บทบาทสมมติ และมอบหมายการทำแบบฝึกหัดเป็นการบ้าน วิธีการต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ทักษะใหม่ๆ ไปใช้ได้

จากการวิจัยที่กล่าวมา และการศึกษาคู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ผู้วิจัยได้นำแนวทางหลักการ วิธีการ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง

สนับสนุนทางสังคม โดยคำนึงถึงลักษณะธรรมชาติของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดภายในตัวบุคคล และที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

**โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการฝึกทักษะเพื่อนำไปสู่ความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำและการมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้โดยทั่วไปในการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างการบำบัดประกอบด้วย 8 องค์ประกอบคือ (Beck; et al. 1993: 97-133; เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. 2549: 177-179) 1) กำหนดเนื้อหา (Setting the agenda) เป็นการกำหนดเนื้อหาที่จะพูดกันในแต่ละครั้ง เพื่อเน้นเป้าหมายหลักของการบำบัด 2) ตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) เป็นการประเมินภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยในแต่ละครั้งของชั่วโมงการบำบัดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เนื่องจากอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา และความพร้อมในการเรียนรู้ 3) เชื่อมโยงกับชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bridge from previous session) เป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่พูดคุยในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน เพื่อป้องกันการหลงลืมสิ่งสำคัญที่เรียนรู้จากครั้งที่แล้ว ผู้บำบัดอาจเริ่มด้วยการขอให้ผู้ป่วยสรุปใจความสำคัญของการพูดคุยครั้งที่แล้ว หรือการถามถึงการบ้านของครั้งที่ผ่านมา 4) พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย (Discussion of current agenda items) เนื่องจากเวลามีจำกัดในแต่ละครั้งผู้บำบัดจึงจำเป็นที่จะกำหนดประเด็นหลักของการพูดคุย 5) ช่วยให้ผู้ป่วยให้มองเห็นความเชื่อมโยงของความคิด (Guided discovery) เป็นเทคนิคในการประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และพฤติกรรม 6) สรุปสิ่งที่เรียนรู้ (Capsule summaries) สรุปสิ่งที่พูดในชั่วโมงการบำบัดนอกจากจะช่วยให้การบำบัดดำเนินไปในทิศทางที่วางไว้ ยังมีความจำเป็นในแง่ของการเสนอสมมติฐานที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วยในเรื่องนั้นๆ 7) ให้การบ้านกลับไปทำ (Home work) การบ้านเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดในการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามทักษะที่เรียนรู้ และทดสอบความเชื่อที่เป็นปัญหา 8) สรุปและให้ความเห็นโดยผู้ป่วย (Feedback in therapy session) ผู้บำบัดตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดเพื่อมั่นใจว่ามีการสื่อสารที่เข้าใจกัน

สำหรับการดำเนินการกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ แต่ละครั้งของกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสุรา มีโครงสร้างการบำบัด 3 ขั้น

ที่สอดคล้องและครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบที่กล่าวมาคือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม และเป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน 2) ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลายและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการเพื่อจะนำไปใช้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา มีการดำเนินกิจกรรมเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละระยะของการบำบัดดังนี้

**ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา**

จากการศึกษาธรรมชาติของผู้ติดสุราและสารเสพติดพบว่าผู้ป่วยติดสุราที่เข้าบำบัดรักษาให้เหตุผลของการเข้ารับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย หรือผลกระทบที่เป็นผลจากการดื่มสุราให้น้อยลงเท่านั้น ไม่ได้มีเป้าหมายที่ต้องการเลิกดื่มสุรา หรือหยุดดื่มอย่างจริงจังจึงส่งผลต่อความร่วมมือในการบำบัดรักษา และความตั้งใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งจากการศึกษาของโปรแชสกา และดิคลิเมนเต้ (Prochaska and DiClement) กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของบุคคลในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ว่าการที่ผู้ป่วยไม่ได้สนใจปัญหา หรือยังมีความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่เกิดความตระหนักในปัญหานั้นๆ จึงไม่ตัดสินใจในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งแรกๆ ที่นักบำบัดควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือ และส่งเสริมโดยวิธีการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การประเมินอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผลให้เห็นข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรม พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรุนแรงของการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองอีกครั้ง มีการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาพบผลการวิจัยที่สนับสนุนว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา เช่นงานวิจัยของ นิศานาถ โชคเกิด (2545) และณัฐธิดา นิมิตรดี (2550)

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำจึงมีการสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา โดยมี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรับรู้

ผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดแอลกอฮอล์ ผลของแอลกอออล์ต่อสุขภาพโดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพูดคุยกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเจ็บป่วย หรือการได้รับผลกระทบกับการดื่มสุราของตนเองได้ เกิดการรับรู้ ตระหนักในความรุนแรง และอันตรายที่เกิดขึ้นจริงๆ กับตนเอง มีผลให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเรื่องของความตั้งใจกระทำพฤติกรรม พบว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าจากการรู้ประโยชน์ รู้โทษ จะส่งผลต่อความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้น ผลที่ตามมาคือทำให้บุคคลมีเจตนาหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

ส่วนในกิจกรรมที่ 2) กิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกายที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นโดยยกตัวอย่างที่เป็นสถานการณ์เกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วย และให้อธิบาย รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุราว่ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไรตั้งแต่ปัจจัย สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะดื่มสุรา ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมขณะดื่มสุรา และผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิด การคงอยู่ของปัญหา และชี้ให้เห็นว่าการที่มีสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายในที่กระทบต่อความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรมตัวใดตัวหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อตัวอื่นด้วย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นก็สามารถประเมินและแยกแยะสาเหตุต่างๆ ของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด และพร้อมกันนั้นสามารถที่จะตรวจสอบและแก้ไขได้ตรงปัญหาอย่างรู้เท่าทัน ทำให้สามารถที่จะปรับความคิด และอารมณ์กลับเข้าไปสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว จึงสามารถยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งสามารถระมัดระวังสิ่งกระตุ้น สัญญาณอันตรายที่ทำให้ไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราได้ ซึ่งกิจกรรมนี้จึงเป็นการสร้างความตระหนักให้มองเห็นปัญหาอย่างชัดเจนในการแยกแยะ วิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย และคาดคะเนผลที่ตามมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ จึงเกิดการเรียนรู้ที่ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

**ระยะที่2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด**

ในระยะแรกของการบำบัดมีการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นปัญหา ให้ความร่วมมือและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงตนเองนั้นต้องมีการลงมือกระทำ การเสริมแรงจูงใจจึงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภายใจจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรี ศรีโกไสย (2548: 61)

พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการเสริมแรงจูงใจมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเคลื่อนจากระดับไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราไปสู่ระดับลงมือกระทำเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น

กิจกรรมในระยะนี้มี 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่หยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรง (Enactive mastery experience) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางคน หรืออาจเรียนรู้จากประสบการณ์การหยุดดื่มสุราได้สำเร็จของผู้ที่เป็นตัวแบบที่หยุดดื่มได้ หรือจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจัดว่าเป็นการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึง (Modeling) และได้มีโอกาสที่จะพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ร่วมวิเคราะห์ อภิปรายในวิธีการในการเลิกดื่มสุรา พร้อมให้การแนะนำ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Verbal persuasion) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และประเมินความสามารถของตนเองได้ ส่วนกิจกรรมที่ 2) กิจกรรมความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด มีการประเมินแรงจูงในในการบำบัดของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหลับตาจินตนาการ (Imagery) ถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมีพลัง มีความหวัง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และบอกเล่าสิ่งประทับใจนั้นให้เพื่อนๆ ฟัง พร้อมทั้งให้มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้น ระยะยาว และเขียนในกระดาษแข็งเก็บไว้เป็นเครื่องเตือนใจ (Flashcard) การดำเนินกิจกรรมจะสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อตนเองและสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลที่เป็นที่รัก เกิดกำลังใจ มีความตั้งใจพร้อมที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเอง

**ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ**

เป็นการฝึกทักษะ ให้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ เกี่ยวกับการดื่มสุราซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภายในตัวบุคคล ในระยะนี้จึงเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

การพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการติดซ้ำมี 4 กิจกรรมได้แก่ 1) กิจกรรมการเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักกับความคิดอัตโนมัติว่ามีลักษณะอย่างไร มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของเรามากน้อยเพียงใด มีการฝึกให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติ และสิ่งสำคัญคือการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้วิธีการคิดว่าความคิดอัตโนมัติเป็น

สมมติฐานที่ยังไม่สามารถปักใจเชื่อว่าเป็นเรื่องจริงทั้งหมด มีการโต้แย้งความคิดโดยต้องหาหลักฐานมาคัดค้านความเชื่อนี้ ถ้าความคิดนี้เกิดขึ้นวนเวียนอยู่ตลอดต้องใช้วิธีการหยุดความคิด ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจไปอย่างอื่น 2) กิจกรรมการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม ในเบื้องต้นสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะการเกิดขึ้นและหมดไปได้อย่างไร รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยจัดการเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนี้ 3) กิจกรรมการตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง ให้ผู้ป่วยนึกถึงสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผ่านมาในสถานการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจจะไปดื่มสุราแต่สุดท้ายกลับดื่มสุรา ให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุใดทำไมถึงเป็นเช่นนี้ โดยผู้บำบัดชี้ให้เห็นประเด็นการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีลักษณะอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงนั้น พร้อมทั้งให้ร่วมอภิปรายวิธีทำให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม และ4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อที่จะใช้เป็นการฝึกฝนทักษะการปฏิเสธและการกล้าแสดงออก โดยมีการฝึกสลับสับเปลี่ยนคู่กัน ให้เพื่อนช่วยกันวิเคราะห์คำพูด ท่าทาง ที่ทำให้ปฏิเสธได้สำเร็จ หรือล้มเหลว พร้อมเหตุผล และให้รองทำใหม่จนกว่ามีการปฏิเสธที่มีประสิทธิผล

การฝึกทักษะต่างๆ ในการป้องกันการติดซ้ำ มีทั้งการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และฝึกทักษะต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยใช้หลากหลายวิธีในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ทั้งการวิเคราะห์ อภิปราย กรณีศึกษา การใช้ประสบการณ์จริงของผู้ป่วย การจินตนาการ การใช้บทบาทสมมติ โดยอยู่บนฐานของการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง จากตัวแบบของเพื่อนในกลุ่ม และในบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน และสัมพันธภาพที่ดี มีแรงจูงใจ มีการพูดคุยชักชวนในการป้องกันการติดซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วยสุรา

**ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ**

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ วางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ และ2) กิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีความสำคัญในการสร้างความสมดุลในการดำเนินชีวิต และให้ผู้ป่วยเล่าถึงแผนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน และมีการทบทวนหลักการที่สำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย และมีพันธะสัญญาร่วมกันในเจตนาที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ เป็นกลุ่มบำบัดซึ่งมีการดำเนินการเป็น 4 ระยะ 1) สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา 2) เสริมแรงจูงใจในการบำบัด 3) การพัฒนาทักษะ และ4) เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ โดย มีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยในแต่ละกิจกรรมมี 3 ขั้นตอนคือ1) ขั้นเริ่มต้น 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นสรุป

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ

มาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเส้นทางของการติดซ้ำ เขามองว่าในการป้องกันการติดซ้ำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเป็นสำคัญ จึงเริ่มนำรูปแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Model) มาใช้กับผู้ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ มีการศึกษาพัฒนาในหลักการทางจิตวิทยา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้เช่นเดียวกัน ซึ่งการเรียนรู้มีได้หลายทางทั้งจากตัวแบบ (Modeling) และจาการวางเงื่อนไข (Classical conditioning and Operant conditioning) (Carroll. 1998: 13) แนวคิดนี้จึงเป็นการประสานแนวคิดพฤติกรรมนิยม ที่เน้นสภาพแวดล้อมภายนอก เงื่อนไขนำ และผลของพฤติกรรม กับแนวคิดปัญญานิยม ที่เน้นกระบวนการคิด (Cognitive process) และกระบวนการสัญลักษณ์ (Symbolic process) กล่าวคือพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้เหตุการณ์ของบุคคล การตีความของเหตุการณ์ แบบแผนความคิด และกลวิธีการคิดว่ามีลักษณะใด ถ้ามีความผิดพลาดไป ไม่ถูกต้อง ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขต้องแก้ที่กระบวนการคิดให้ถูกต้อง (ประเทือง ภูมิภัทราคม. 2535: 281)

ลักษณะของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดที่อยู่ภายใน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก โดยมีการส่งเสริมความเข้มแข็งในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงอะไรในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและสิ่งที่ผู้ป่วยทำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราและสารเสพติดอย่างเข้มแข็ง ในการบำบัดด้วยวิธีการนี้ในเบื้องต้นต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมีความตั้งใจในการบำบัดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา โดยการเรียนรู้ที่

สำคัญเกี่ยวกับวิธีการวิเคราะห์การทำหน้าที่ (Function analysis) ของการใช้สารเสพติด และการแยกแยะความคิดที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย (Carroll. 1998: 9) จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงมากขึ้น (Spiegler; & Guevremont. 2003: 437)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ถูกนำมาใช้แก้ไขปัญหาสุราและสารเสพติดทั้งในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นนักเรียน เช่น การศึกษาของสุดรัก จิตต์หทัยรัตน์ (2546) ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองทันทีและภายหลังการทดลอง 1 เดือนนักเรียนที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีสมรรถนะในการป้องกันการเสพยาบ้าดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ถึงแม้ว่าการควบคุมตนเองในการป้องกันการเสพยาบ้าจะไม่แตกต่างกัน สำหรับในกลุ่มผู้ป่วย นิชนันท์ คำล้าน (2547) ใช้กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ติดสุรา ผลการศึกษาติดตาม 2 เดือนพบว่าผู้ป่วย 9 ราย จาก 20 ราย หยุดดื่มสุราได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ส่วน 11 รายที่เหลือมีปริมาณการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับศิริพร ทองบ่อและคณะ (2548) ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มได้ 13 ราย ดื่มในปริมาณน้อยลง 2 ราย โดยผู้ที่กลับไปดื่มเนื่องจากมีปัญหาสัมพันธภาพกับมารดา และการศึกษาของนิมิต แก้วอาจ (2549) พบว่าผู้ป่วย 14 ราย ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา 7 รายลดปริมาณการดื่ม มี 1 รายดื่มปริมาณมากขึ้น

สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยมักพบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม มีทักษะและความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำได้ดีกว่าผู้ที่ใช้การบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 40-48) ศึกษาผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นต่อการป้องกันการเสพซ้ำ ของนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษายาม้า ที่ศูนย์ยาเสพติดขอนแก่น โดยทำกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจรรมนักเรียน 4 ครั้ง กิจรรมพ่อแม่ 2 ครั้ง และกิจรรมนักเรียนกับพ่อแม่ 4 ครั้ง ในระยะเวลาบำบัด 12 วัน โดยให้ความรู้ ความเข้าใจผลเสียของการใช้ยา วิธีการเลิกยา ตัวกระตุ้น การปรับเจตคติให้ตระหนักในคุณค่าของตน และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด พบว่ากลุ่มที่รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีทักษะการป้องกันการเสพซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติจากสถานบำบัด และในระยะติดตามผลเมื่อวัดผลพฤติกรรมการเสพซ้ำพบว่ามีการติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้รอลสัน และคณะ (Rawson; et al. 2006: 268-271) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency management) และปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approaches) เพื่อศึกษาว่าวิธีการไหนจะมีประสิทธิภาพในการบำบัด โดยสุ่มตัวอย่างผู้ติดสารแอมเฟตามีน 171 คน สุ่มให้เข้า 3 กลุ่มคือ กลุ่ม1) ปรับพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล

เมื่อไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ กลุ่ม 2) การปรับความคิดและพฤติกรรมโดยเข้าร่วมกิจกรรม 1.30 ชั่วโมงในแต่ละสัปดาห์ และกลุ่ม 3) ให้รางวัลร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม วัดผลในสัปดาห์ที่ 17, 26 และ 52 ทั้งการผิดปกติทางจิตใจ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด และปัญหาทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การให้รางวัลมีการคงอยู่ของการไม่ใช้แอมเฟตามีนดีขึ้นและอัตราการไปใช้แอมเฟตามีนลดลงในช่วงของการศึกษา และจากรายงานตัวเองในระยะติดตามผลทุกกลุ่มมีการใช้ยาลดลงกว่าเส้นฐาน (Baseline) ส่วนผลปัสสาวะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อย่างไรก็ตามพบว่าการให้รางวัลจะให้ผลดีในช่วงของการศึกษาเท่านั้น แต่การปรับความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีในระยะที่ยาวนานกว่า ส่วนการใช้ทั้งการให้รางวัลและการปรับความคิดและพฤติกรรมไม่ให้ผลที่แตกต่างชัดเจน

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำและการวิเคราะห์อภิมานเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาในการป้องกันการติดซ้ำสรุปได้ว่า (Larimer; Palmer; & Marlatt. 2002: Online; citing Dimeff; & Marlatt. 1998; Rowson; et al. 1993; Carroll. 1996; Irvin; et al) 1) ผลของการบำบัดมีอัตราของการเลิกใช้สารเสพติดไม่ได้แตกต่างจากการบำบัดรูปแบบอื่น แต่ผลที่น่าสนใจพบว่าอัตราการดื่มและปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้อยลง 2) การเรียนรู้และฝึกทักษะไหม่ๆ ทำให้ช่วงเวลาของการหยุดเสพได้ยาวนานขึ้น 3) การบำบัดนี้ใช้ได้ผลดีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง และผู้ที่ใช้ยาเสพติดหลายๆชนิด 4) การรักษาด้วยความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการเสพซ้ำร่วมกับการรักษาด้วยยาจะทำให้ประสิทธิผลในการบำบัดรักษามากกว่าที่จะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งอย่างเดียว

สำหรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ทำวิจัยทดลอง และประเมินผลโปรแกรมการรักษาผู้ที่ประสบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Phukao. 2006: 152-157) โดยนำแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับหลักทางศาสนาพุทธ ฝึกในผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการรู้คิด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด นอกจากนี้พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

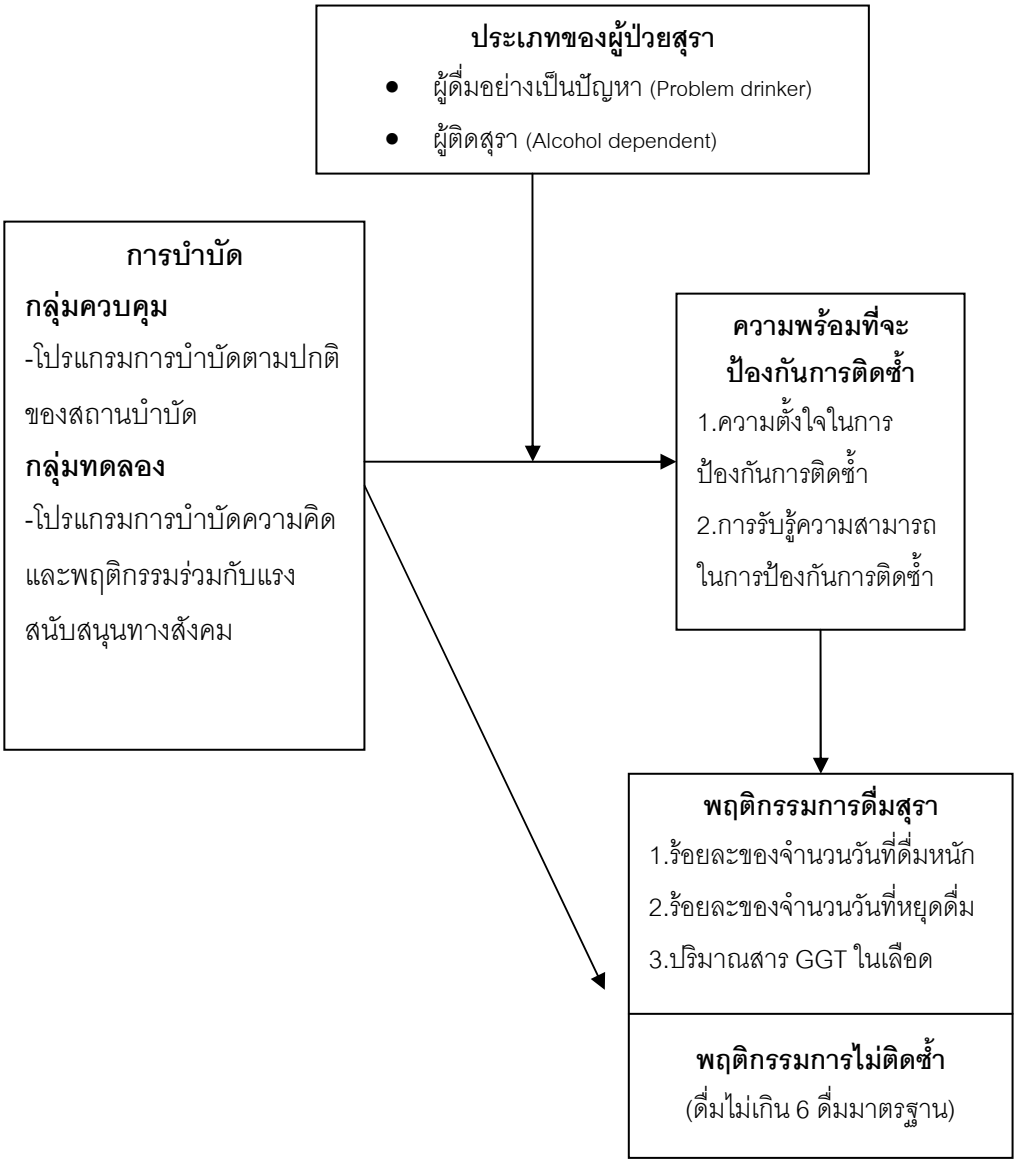
จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยสุราที่รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้มีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และมีพฤติกรรม

การไม่เสพซ้ำมากกว่าผู้ป่วยสุราที่ไม่ได้เข้ารับการการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้ ซึ่งจากการศึกษาการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา มีปัจจัยหลายด้านที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกัน การแก้ปัญหาจึงต้องมองอย่างครอบคลุมในตัวแปรต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในซึ่งเป็นลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการคิดและเสริมสร้างลักษณะทางจิตให้เข้มแข็งมากเพียงพอจะเป็นภูมิคุ้มกันจากภายในตัวบุคคล เตรียมพร้อมต่อการเผชิญสิ่งกระตุ้นเร้าที่มากระทบได้ทันสถานการณ์ ซึ่งในการบำบัดรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ด้วยเหตุนี้การดำเนินการให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการบำบัดจึงควรเริ่มให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นว่าการดื่มสุราของตนเป็นปัญหาและก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีจึงจะเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และมีแรงจูงใจต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมาย พร้อมที่จะเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้เป็นบทเรียนถึงสิ่งผิดพลาด และวิธีการที่ไม่เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มสุรา ขณะเดียวกันมีการเรียนรู้สิ่งที่เป็นความรู้ ความเข้าใจ วิธีการและฝึกทักษะใหม่ๆ จนเกิดความมั่นใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ เนื่องจากมีความคิด มีความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังที่ถูกต้อง รวมทั้งมีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากขึ้น จึงสามารถนำเป็นข้อมูลในตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวแปรที่สำคัญในประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยให้เดินอยู่ในเส้นทางของการเลิกสุราคือแรงสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจะได้เข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดด้วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ดังนั้นกรอบแนวคิดในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการเสพซ้ำและพฤติกรรมไม่เสพซ้ำ จึงประกอบด้วย ตัวแปรที่ถูกจัดกระทำได้แก่ การได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ ประเภทของผู้ดื่มสุรา และตัวแปรตาม ในระยะหลังการทดลอง ได้แก่ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ส่วนในระยะ

สิ้นสุดการทดลอง ได้แก่พฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ




ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับประเภทของผู้ดื่มสุราที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อพฤติกรรมการไม่ติดสุราซ้ำซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้คือ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร**

ประชากรในการวิจัยนี้เป็นผู้ดื่มสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา

**กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุราแบบผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาสุรา ระยะบำบัดด้วยยา

2. มีความยินดีและเต็มใจสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม

3. เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นช่วงของการปรับสภาพร่างกายและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ของสถานบำบัด

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

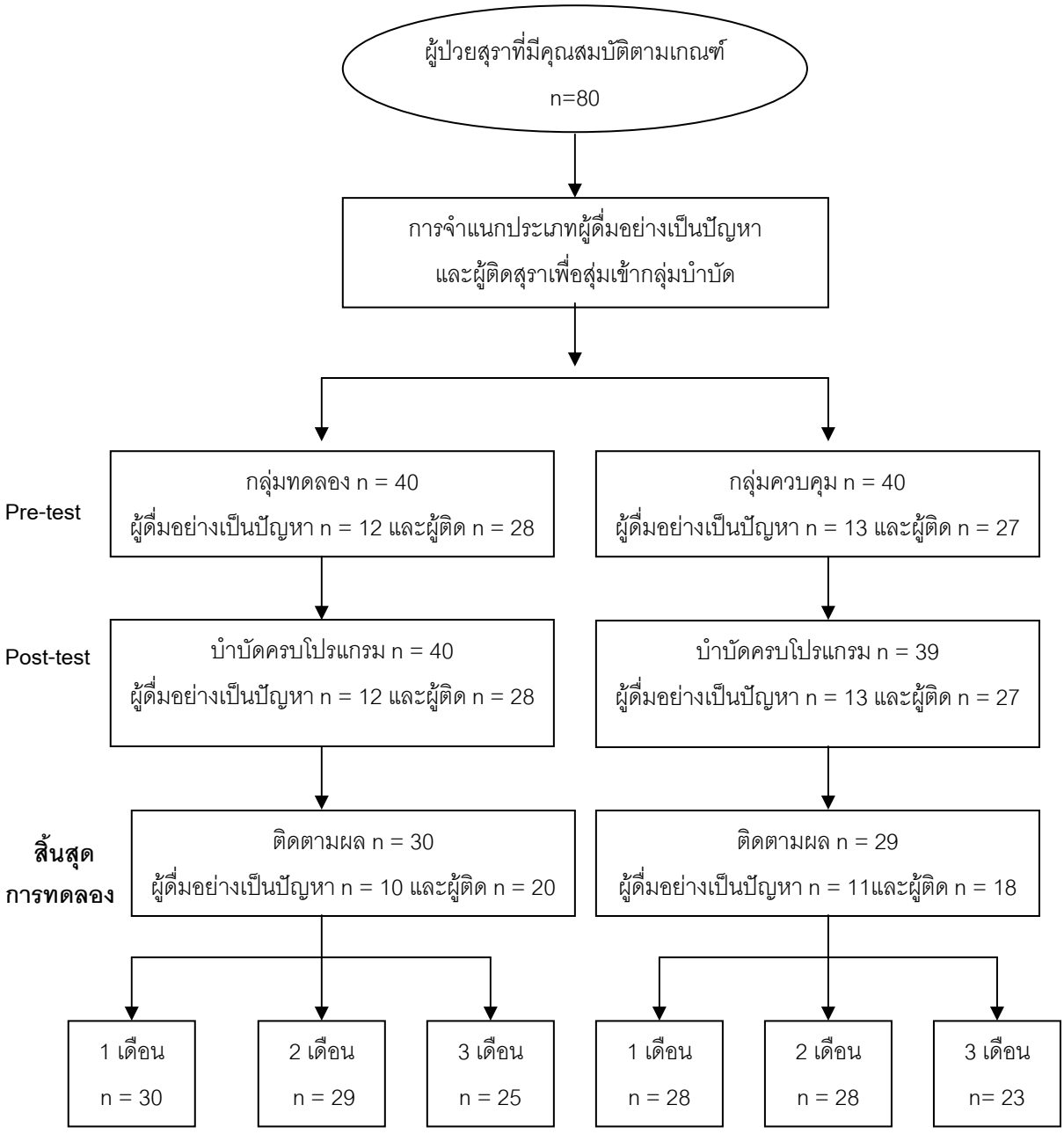
สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น มีการทำงานของตับ และไตผิดปกติขั้นรุนแรง

2. เสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา สารระเหย และยาเสพติดอื่นๆ

ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาสัมภาษณ์เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยสุราออกเป็น 2 กลุ่มคือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุราตามการวินิจฉัยโรค DSM-IV ซึ่งจะมีจำนวนผู้ติดมากกว่าจำนวนผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดสุรา จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการ

บำบัดรักษาไม่ได้เข้ารักษาพร้อมกัน ผู้ป่วยจะทยอยๆ กันเข้ามาในแต่ละวัน ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการบำบัดจึงไม่สามารถดำเนินการได้ในครั้งเดียวเพราะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีจำนวนไม่มากเพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องดำเนินการทั้งหมด 5 รอบ มีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยต้องออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัดและมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ในช่วงการติดตามผล 3 เดือน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 59 คน รายละเอียดดังภาพประกอบ 3




ภาพประกอบ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมา สามารถจัดกลุ่มตัวอย่างนำเสนอไว้ในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างและการจัดเข้ากลุ่ม

| ประเภทของผู้ป่วยสุรา | เงื่อนไขการวิจัย | | รวม (คน) |
|---|---|---|---|
| | กลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม) | กลุ่มควบคุม (บำบัดตามปกติ) | |
| ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา | 10 | 11 | 21 |
| ผู้ติดสุรา | 20 | 18 | 38 |
| รวม | 30 | 29 | 59 |

**แบบแผนการทดลอง**

แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ Factorial Design (Pretest-posttest, control group, Follow up Design) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีตัวแปรประเภทของผู้ดื่มสุราเป็นตัวแปรจัดประเภท (ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา) มีการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัดเป็นตัวแปรจัดกระทำ ส่วนตัวแปรตามภายหลังการทดลอง (ระยะที่ 1) คือพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ การวัดตัวแปรตาม วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และตัวแปรตามเมื่อสิ้นสุดการทดลอง (ระยะที่ 2) คือพฤติกรรมการดื่มสุราประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ โดยวัดในระยะติดตามผล 3 ครั้ง หลังผู้ป่วยออกจากสถานบำบัดในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด โดยในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้วิจัยใช้เวลาในช่วงเช้าให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมในกลุ่มประชุมเช้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นการให้ข้อมูล ให้ความรู้ การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้โทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และโรคที่พบ ได้แก่ โรคตับ ความดันโลหิตสูง โรคจิตจากสุรา เป็นต้น

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มสวดมนต์ของสถานบำบัดเหมือนกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือวัดซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับ คือ แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ และแบบบันทึกจำนวน 1 ฉบับ คือ แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุงมาจากนักวิจัยท่านอื่นที่ได้ทำการศึกษามาแล้ว และมีบางส่วนที่สร้างข้อคำถามเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยการให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนา ของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 42 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total Correlation) ระหว่าง .482 - .874 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 28 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .960 (ภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

(0) ฉันตั้งใจว่าจะไม่เข้าไปอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) ฉันพยายามจะไม่นึกถึงบรรยากาศของการดื่มสุรา

| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
|---|---|---|---|---|---|
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะให้ 1 คะแนน

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ โดยการให้ผู้ป่วยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 37 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total Correlation) ระหว่าง .389 - .857 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 27 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .963 (ภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ท่านมั่นใจเพียงใดที่จะ

(0) ไม่ดื่มเหล้า เมื่อท่านรู้สึกเหงา

| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมากว่าทำได้ | มั่นใจว่าทำได้ | ค่อนข้างมั่นใจว่าทำได้ | ค่อนข้างไม่มั่นใจว่าทำได้ | ไม่มั่นใจว่าทำได้ | ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้ |

(00) ไม่ดื่มเหล้า เมื่อมีความวิตกกังวล

| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมากว่าทำได้ | มั่นใจว่าทำได้ | ค่อนข้างมั่นใจว่าทำได้ | ค่อนข้างไม่มั่นใจว่าทำได้ | ไม่มั่นใจว่าทำได้ | ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้ |

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “มั่นใจมากว่าทำได้” จะให้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” จะให้ 1 คะแนน

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราที่รับการบำบัดรักษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) ของแต่ละข้อคำถาม และคัดเลือกข้อคำถามที่อยู่ในเกณฑ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha$-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)

3. แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา

เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Followback) ตามแนวทางของโซเบล และโซเบล (Sobell and Sobell) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของดรุณี ภู่ขาว (Phukao. 2006: 248-249) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่มของตน ในช่องตารางแต่ละวันว่า 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ3) ปริมาณการดื่ม ซึ่งแบบบันทึกนี้ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยสอบถาม และพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึงเหตุการณ์ วันเวลา สถานที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

สำหรับแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลจำนวนวันที่หยุดดื่มซึ่งสามารถนำไปคำนวณร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้เลย ส่วนจำนวนวันที่ดื่มหนัก ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากชนิดของสุราที่ดื่มและปริมาณการดื่มมาเทียบเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) หลังจากนั้นพิจารณาปริมาณการดื่ม ถ้าดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานแสดงว่ามีการดื่มหนัก (มากกว่า 60 กรัม) จึงนำข้อมูลนี้ไปใช้คำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก

**หมายเหตุ การคำนวณหนึ่งหน่วยมาตรฐาน**

ปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม)

= ปริมาณที่ดื่ม(มล.) x ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์(ดีกรี) x 0.8กรัม

**โดย**

ปริมาณแอลกอฮอล์หนึ่งหน่วยมาตรฐาน = 10 กรัม

แอลกอฮอล์ 1 มิลลิลิตร เท่ากับน้ำหนักแอลกอฮอล์ 0.8 กรัม

ดีกรีที่ระบุสำหรับเครื่องดื่มต่างๆ หมายถึงความเข้มข้นเป็นร้อยละของปริมาณแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในเครื่องดื่ม

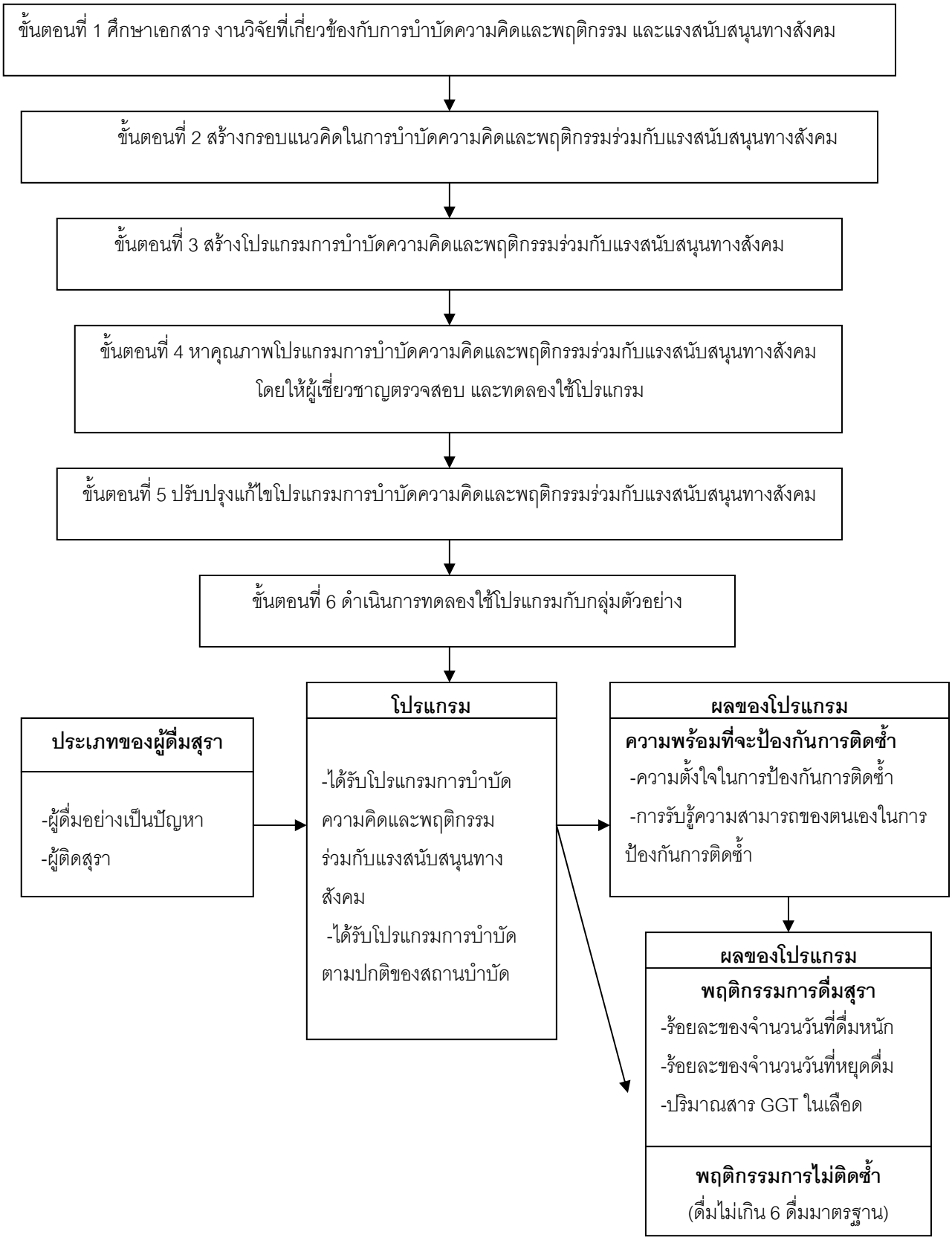
**ตัวอย่างการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์**

1.ถ้าดื่มเบียร์ (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี) 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร) มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 330 มล.X 0.05 = 16.5 มล. หรือ = 16.5 มล.X 0.8 = 13.2 กรัม

2.ถ้าดื่มเหล้าขาว (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี) 1 ขวด (640 มิลลิลิตร) มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 640 มล.X .40 = 256 มล. หรือ = 256 มล.X 0.8 = 204.8 กรัม

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการหาคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุรามีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้




ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ และได้มีการศึกษานำร่องเรื่องปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้บำบัดรักษาสุรา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยยาเสพติด ที่สถาบันธัญญารักษ์กับนายแพทย์ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และดร.ดรุณี ภู่ขาว ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดรักษาโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รวมทั้งได้มีการพูดคุยกับนักบำบัด และผู้ป่วยสุราในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการติดซ้ำ ผู้วิจัยจึงได้ประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดพื้นฐานของความคิดและพฤติกรรมบำบัด กับแนวคิดการป้องกันการเสพซ้ำของมาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt & Gordon) รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันการติดซ้ำโดยปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน ในเรื่องของความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกในทางลบ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา สำหรับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ การเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา

สำหรับกลุ่มบำบัดที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่บนฐานของการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน มีการนำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย และสรุปประเด็นสำคัญเชื่อมโยงสู่ขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผลของการทำกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาของตน และแนวทางการเผชิญปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ

3. ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการเพื่อจะนำไปใช้ และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วย

ได้ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ในชั่วโมง จะมีงานให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นการบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการฝึกซ้ำๆ ทำให้เกิดทักษะ

ขั้นตอนที่ 3 สร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นรูปแบบกิจกรรมบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ทำกิจกรรมติดต่อกันทุกวัน วันๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 หาคุณภาพโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และทดลองใช้โปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2 ท่าน ด้านการบำบัดยาเสพติด 1 ท่าน ให้คำแนะนำและตรวจเนื้อหาโปรแกรม กิจกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงในเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งเนื้อหา วิธีการ กิจกรรม อุปกรณ์ และระยะเวลาที่ใช้ พบว่าเนื้อหาของกิจกรรมส่วนใหญ่มีความสอดคล้องต่อเนื่องกันดี แต่บางกิจกรรมยังมีความซ้ำซ้อนกัน ใช้เวลามาก จึงมีการปรับกิจกรรมย่อยให้มีความกระชับมากขึ้น และบางกิจกรรมให้ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มย่อย 2-3 คน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มีการปรับใบงานที่มีการเขียนค่อนข้างมากเป็นการออกแบบใบงานให้อ่านเข้าใจง่าย และมีการหาคำตอบที่หลายหลายวิธีมากขึ้น ได้แก่ เลือกคำตอบโดยการกากบาท เลือกคำตอบมาเติม การเติมคำหรือข้อความสั้นๆ ในช่องว่าง โดยคงไว้ซึ่งเนื้อหา และวัถตุประสงค์เดิมของกิจกรรม

สำหรับความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาตามแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดสุราซ้ำ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามความรู้ที่เรียนในแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง รวมทั้งประเมินจากใบงานของผู้ป่วยที่แสดงว่ามีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม หลังจากนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และได้ประเมินผลการทดลองใช้ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อไป และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง นำโปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน

โดยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการดำเนินกิจกรรม 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่ม ระยะที่ 2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะ และระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา

เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุราว่ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไร ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิด การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจรรมการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา และกิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| 1.การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา | 1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย และผู้ป่วยด้วยกัน<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่คาดหวังของการเข้ารับการบำบัด<br>3.เพื่อทำความเข้าใจหลักการและวิธีการของโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม<br>4.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาและเห็นผลกระทบของการดื่มสุรา | -การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การทำความเข้าใจถึงวิธีการบำบัด และการทราบถึงสิ่งที่คาดหวังในการบำบัดรักษาเป็นขั้นตอนแรกๆ ที่นักบำบัดทำความเข้าใจ และทำความรู้จักกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ การยอมรับ และความร่วมมือในการบำบัด หลังจากนั้นจึงเริ่มให้ความรู้ชี้ให้เห็นความผิดปกติของตับจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ | **ขั้นเริ่มต้น**: (25นาที)<br>1.ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง หลังจากนั้นให้ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกันด้วยกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ”<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียนถึงความคาดหวังในการบำบัด<br>3.ผู้วิจัยชี้แจงวัถตุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดรักษา<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัด และให้เล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์ “สัญญานอันตราย”<br>3.สอนใบความรู้ที่ 1เรื่องสมองติดแอลกอฮอล์และผลของสุราที่ |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | จึงให้วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุรามากขึ้น | มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยมาพูดคุยกัน<br>4.ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1. “วิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอ<br>**ขั้นสรุป: (15 นาที)**<br>1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรมและสรุปสิ่งที่เรียนรู้<br>2.ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน |
| 2.ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้น สัญญาณอันตราย ที่นำไปสู่การดื่มสุรา<br>3.เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักต่อการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา | -ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด และส่งผลอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยประเมินความคิดและอารมณ์เพื่อการเตรียมความพร้อม<br>2.ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน และพูดถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างโดยเล่าเหตุการณ์ใกล้ๆตัว เพื่ออธิบายให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียน แผนที่ความคิด ในใบงานที่3 “โดยให้ผู้ป่วยทำในสถานการณ์ต่างๆ |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | ดังนี้<br>1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา<br>2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดสุรา<br>ผู้ป่วยมีความคิดอะไรเกิดขึ้น ทำให้มีอารมณ์อย่างไร และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร” ให้นำเสนอแลกเปลี่ยนกัน<br>3.ผู้วิจัยอธิบายถึงพฤติกรรมการดื่มสุราที่ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันมีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม<br>4.ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 2-3 คนค้นหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่นำมาก่อนดื่ม ขณะดื่ม และภายหลังการดื่มในใบงานที่4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”<br>5.ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการดื่ม และสัญญาณอันตราย<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และสอบถามเพิ่มเติม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทำในใบงานที่5“ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม” |

ระยะที่2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้ตัวแบบผู้ที่เลิกสุราได้สำเร็จมาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเองในช่วงเวลาที่สามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ และสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา รวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่เป็นผู้สนับสนุนในการหยุดดื่ม พร้อมทั้งให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต ในระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| 3. ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทางการเลิกสุรา<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุรา | - การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบจากเพื่อน และการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย สอบถามเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกกับเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงวันที่ผ่านมา<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านที่ได้รับมอบหมาย “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยให้ดูวีดีทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่าถึงประสบการณ์ของแต่ละคนในครั้งที่หยุดดื่มสุราได้ ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | 3.ผู้วิจัยนำผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุราที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการดำรงตนในการหยุดดื่มสุรา<br>4.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอ พร้อมกับบอกถึงวิธีการที่นำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านในใบรายงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา” |
| 4. ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัด<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด | - การเสริมแรงจูงใจโดยการให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวที่รู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลัง มีความมุ่งหวัง มีกำลังใจในการเริ่มต้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปสู่สิ่งที่ปรารถนาอย่างมีเป้าหมาย | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา<br>2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1. ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจในการบำบัด และพูดคุยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน<br>2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหลับตา และอยู่ในท่านั่งที่สบาย ให้ย้อนคิดถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รักหรือบุคคลที่ใกล้ชิดคอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ ที่เป็นแรงยึดเหนี่ยวจิตใจในการบำบัด |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | บุคคลนั้นคือใคร<br>3.ผู้ป่วยเล่าสิ่งประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญ<br>4.ผู้วิจัยให้เขียนข้อความสิ่งประทับใจ หรือสิ่งที่อยากจะบอกใส่ในใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน”<br>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดถึงข้อความที่บุคคลสำคัญจะบอกกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้หยุดสุราได้ และให้จดไว้เพื่อพูดเตือนตนเอง<br>6.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ไปสู่เป้าหมาย นำเสนอแลกเปลี่ยนกัน<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา” |

ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ ระยะนี้มี 4 กิจกรรมได้แก่การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง และการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| 5.การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักลักษณะ ความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ<br>3.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้ | -การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา | **ขั้นเริ่มต้น**: (25นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน<br>2.เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยซักถาม<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80นาที)<br>1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น<br>-ผู้หญิงยืนเท้าสะเอวหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยืนถือขวดเหล้า<br>-ผู้ชายยื่นแก้วเหล้า<br>ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น<br>2.ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติในใบความรู้ที่2 โดยความคิดส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของ |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | บุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำ<br>3.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลของความคิดนั้น<br>4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยสรุปความคิดที่นำสู่การดื่มสุราดังนี้ 1) ความเชื่อมั่นในตนเอง 2) ความคาดหวังต่อการดื่มสุราทางบวก 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเองในการดื่ม 4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การดื่ม<br>5.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง<br>6.ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม 2-3 คน ทำใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา”<br>7.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานที่11 |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และอภิปรายร่วมกัน<br>**3. ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม<br>3.ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยทำใบงานที่12 “แบบสำรวจตนเอง” |
| 6.การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจกระบวนการเกิดขึ้นและหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม<br>3.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้ | - การที่ผู้ป่วยสุราเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของความรู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่มและสามารถเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่มอย่างมีประสิทธิผล | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ทักทาย สอบถามสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา<br>2.นำเสนองานที่ได้รับมอบหมายพร้อมปัญหาอุปสรรค<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3 “ความรู้สึกอยากดื่ม”<br>2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้นมันรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | 3.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วย<br>1)จดจำสิ่งกระตุ้น โดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนจะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มมีอะไรบ้าง เขียนลงบนกระดาษเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น<br>2)เผชิญหน้ากับความอยากดื่ม<br>- ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction)โดยให้ช่วยระดมสมองว่ามีวิธีอะไรบ้าง<br>-ให้บอกกับบุคคลที่เข้าใจเราและไว้ใจได้เพื่อให้เขาช่วยเหลือ<br>-ให้ผู้ป่วยฝึกการโต้กับความรู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing)<br>-ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) และฝึกให้พูดกับตนเองทีละคน<br>4.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จใบงานที่13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นของกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม” |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| 7.การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา<br>3.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีแนวทางการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม | -การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์และชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาดนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย<br>2.ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนึกย้อนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆนี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน<br>3.ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง จนนำเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง<br>4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกัน และทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” ให้ผู้ป่วย<br>เสนอแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้เข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และอธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีการป้องกันคือ |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | -ให้จดจำสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่ม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยง<br>-ให้ความสำคัญสำหรับกระบวนการตัดสินใจ ให้จดจำความคิดที่นำสู่การตัดสินใจเสี่ยงในเหตุการณ์ต่างๆ<br>- ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่าอะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการรับมืออย่างไร<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม” |
| 8.การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเองได้อย่างเหมาะสม | -การที่ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีการกระตุ้น เชิญชวน หรือเป็นแรงกดดันให้กลับไปดื่มสุรานั้นเป็นเรื่องยาก ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิผล | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย<br>2.ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำสู่การดื่มสุราประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มสุรา<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่16 |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้ | “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา”วิเคราะห์สถานการณ์จัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิเสธ<br>3.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น<br>4.ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการในการปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในสิทธิของตนเองที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่5<br>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติอีกครั้ง และสลับคู่ฝึกกับผู้ป่วยท่านอื่น<br>6.ผู้ป่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ<br>**ขั้นสรุปผล**: (15 นาที)<br>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป |

ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา และทบทวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

| **ชื่อกิจกรรม** | **วัตถุประสงค์** | **แนวคิด** | **วิธีการดำเนินการ** |
|---|---|---|---|
| 9.แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน<br>2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม<br>3.เพื่อให้ผู้ป่วย บุคคลสำคัญและผู้วิจัยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษา | -การให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษาจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือความรับผิดชอบร่วมกัน จนสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย<br>2.ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม<br>**ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญแนะนำตัว<br>2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญและให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย<br>3.ผู้วิจัยพุดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราในใบความรู้ที่6 “แรงสนับสนุนทาง |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | | สังคมกับการฟื้นสภาพ”<br>4.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด<br>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ”<br>6.ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา<br>**ขั้นสรุปผล**: (15 นาที)<br>1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง ว่าในชีวิตประจำวัน<br>- มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข<br>- มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวลไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน |
| 10. ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน | 1.เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนแผนการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัด<br>2.เพื่อยุติฯ การทำกลุ่มและนัดหมายติดตามผล | -ทบทวนรูปแบบของความคิดที่นำสู่การติดซ้ำ การป้องกันการติดซ้ำ และทักษะที่สำคัญที่ได้รับการฝึกฝน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน | **ขั้นเริ่มต้น**: (25 นาที)<br>1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบ มีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน |

| ชื่อกิจกรรม | วัตถุประสงค์ | แนวคิด | วิธีการดำเนินการ |
|---|---|---|---|
| | | - | **ขั้นดำเนินการ**: (80 นาที)<br>1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีสิ่งที่ต้องการทำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เราชอบ ทำแล้วมีความสุข กับสิ่งที่ควรทำ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ เราต้องพยายามทำให้มีความสมดุลกัน โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราก็จะน้อยลง<br>3.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงและสิ่งกระตุ้นต่างๆ<br>4.อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ<br>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย<br>**ขั้นสรุป**: (15 นาที)<br>1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม<br>2.ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผลเพื่อมาพบกันในอีก 3 ครั้ง |

## การดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเพื่อนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์การดื่มสุรา และการตรวจหาสาร GGT ในเลือด มีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นเตรียมการ**

เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลในสถานบำบัด ผู้วิจัยมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.ผู้วิจัยทำหนังสือจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ไปที่สถาบันธัญญารักษ์เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้พิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และขอเข้าเก็บข้อมูล โดยแนบเอกสารโครงร่างงานวิจัย พร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าชี้แจ้งขั้นตอนการดำเนินงานกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและดำเนินงานอย่างเป็นระบบเชื่อมต่อกันในแต่ละหน่วยงาน โดยมีบทบาทดังนี้

-หน่วยงานผู้ป่วยนอก มีบทบาทในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าโครงการวิจัย และติดสติกเกอร์เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ป่วยในโครงการวิจัย

-ตึกบำบัดสุรา เป็นตึกที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ มีบทบาทในช่วงของการดำเนินการทดลองโปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งประสานกับนักวิจัยกรณีที่ผู้ป่วยในโครงการวิจัยมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่ การเจ็บป่วย การอยู่ไม่ครบกำหนด การจำหน่ายกลับบ้าน เป็นต้น

-หน่วยงานพยาธิวิทยา มีบทบาทในการเจาะเลือดตรวจ เก็บสิ่งส่งตรวจโดยนำเลือดไปปั่นแยกซีรัมและเก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมเพื่อรอส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก

- หน่วยงานติดตามการรักษา มีบทบาทเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในเดือนที่1, 2 และ 3

**ขั้นดำเนินการ**

1. ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยสุราเบื้องต้นเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยตั้งแต่หน่วยงานผู้ป่วยนอก (OPD) โดยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กับผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ พร้อมทั้งเซนต์หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะติดสติกเกอร์หน้า chart ผู้ป่วย และในใบตรวจเลือดว่า **"โครงการวิจัย"** เพื่อแสดงให้เจ้าหน้าที่ทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้เข้าโครงการวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เมื่อผู้ป่วยสุราเข้าบำบัดรักษาในตึก ผู้วิจัยจะเข้าไปคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสัมภาษณ์เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยสุราออกเป็น 2 กลุ่มคือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุราตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)

3. สุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา เข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆกัน

4. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

5. ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

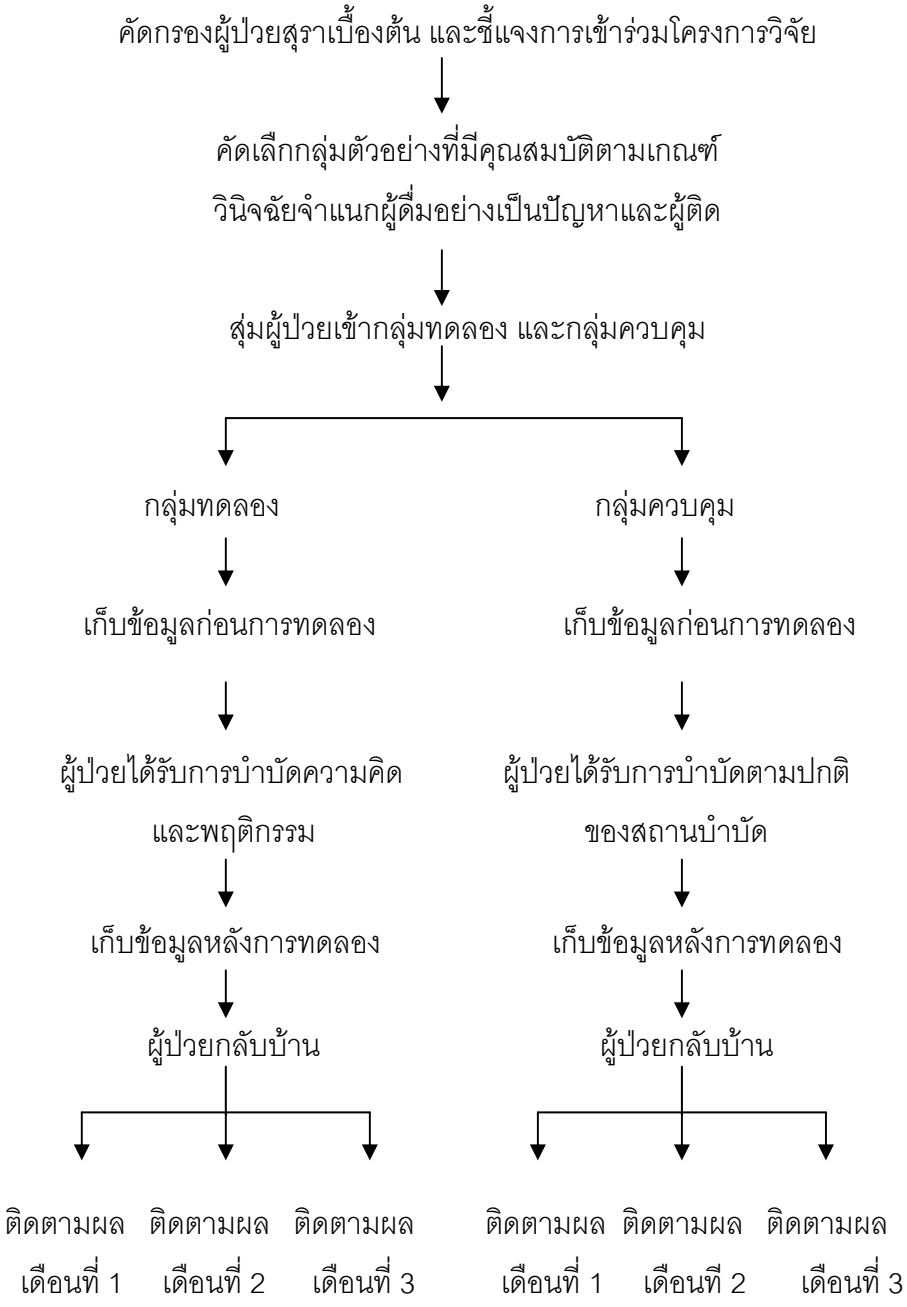
6. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ที่หน่วยงานติดตามการรักษา เจ้าหน้าที่จะออกใบนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่สถานบำบัด 6 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่2 เดือนที่1, 2, 3, 6, 9 และ 1 ปี โดยผู้ป่วยวิจัยจะมีสติกเกอร์ “โครงการวิจัย” ติดที่หน้าใบนัด และในวันนัดเดือนที่1, 2, และ 3 จะเขียนข้อความด้วยปากกาสีแดงว่า “GGT” ซึ่งเป็นการแสดงให้ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในครั้งนั้นต้องมีเจาะเลือดเพื่อตรวจสาร GGT ด้วย และมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสอบถามข้อมูลการดื่มสุรา

8.ในระยะติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจึงมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่1, 2 และ3 โดยวัดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**หมายเหตุ** ผู้วิจัยจะโทรเตือนล่วงหน้า 2-3 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่สถานบำบัด และโทรติดตามเมื่อผู้ป่วยผิดนัด นอกจากนี้ในบางรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้และมีบ้านอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลผู้วิจัยจะไปติดตามที่บ้าน

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการได้ดังนี้




ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการ

ตาราง 2 การประเมินผลการทดลอง

| รายการ | ระยะเวลา | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | สิ้นสุดการทดลอง(เดือน) | | |
| | | | 1 | 2 | 3 |
| -ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | ✓ | ✓ | | | |
| -การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ | ✓ | ✓ | | | |
| -ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| -ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| -ปริมาณสาร GGT ในเลือด | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| -พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ | | | ✓ | ✓ | ✓ |

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณา (Descriptive Statistics) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรแบบ 2 ทาง (Two-way MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 โดยใช้คะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) เป็นตัวร่วม (Covariate) ควบคุมความแปรปรวนของคะแนนก่อนการทดลอง

3. และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3

4. การวิเคราะห์ไคสแควร์ ($\chi^2$ - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 5

# บทที่ 4
# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับประเภทของผู้ดื่มสุราที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ และอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการไม่ติดสุราซ้ำซึ่งมีการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุม ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

2.2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

2.3 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

2.4 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

2.5 ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

| | |
|---|---|
| M | แทน ค่าเฉลี่ย |
| SD | แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| n | แทน จำนวนคนในกลุ่ม |
| df | แทน ระดับของความเป็นอิสระ (Degree of freedom) |
| SS | แทน ผลรวมของกำลังสอง (Sum of Square) |
| MS | แทน ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square) |
| F | แทน ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณ |
| $\chi^2$ | แทน ค่าสถิติไคสแควร์ |
| $\beta$ | แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยรูปแบบคะแนนมาตรฐาน |
| $R^2$ | แทน ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ |
| Sig | แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ |
| Pre-test | แทน การวัดก่อนการทดลอง |
| Post-test | แทน การวัดหลังการทดลอง |
| FU-1 | แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 |
| FU-2 | แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2 |
| FU-3 | แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 |
| A | แทน โปรแกรมการบำบัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม |
| B | แทน ประเภทของผู้ป่วยสุราแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติด |

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ตอนที่2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

**ตอนที่1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร**

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวนทั้งสิ้น 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 30 คน ประกอบด้วย ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 10 คน ผู้ติดสุรา 20 คน และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด 29 คน ประกอบด้วยผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา 11 คน ผู้ติดสุรา 18 คน ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลพื้นฐาน | กลุ่มทดลอง (n=30) | | กลุ่มควบคุม(n=29) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ประเภทของผู้ดื่มสุรา | | | | |
| ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา | 10 | 33.3 | 11 | 37.9 |
| ผู้ติดสุรา | 20 | 66.7 | 18 | 62.1 |
| อายุ | M=39.83 ปี | SD=9.45 | M=42.27 ปี | SD=8.67 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| โสด | 12 | 40.0 | 10 | 34.5 |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 9 | 30.0 | 13 | 44.8 |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 4 | 13.3 | 3 | 10.3 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 5 | 16.7 | 3 | 10.3 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 4 | 13.3 | 12 | 41.4 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 7 | 23.3 | 7 | 24.2 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 9 | 30.1 | 8 | 27.6 |
| ปวส./อนุปริญญา | 6 | 20.0 | 1 | 3.4 |
| ปริญญาตรี | 4 | 13.3 | 1 | 3.4 |
| อาชีพในปัจจุบัน | | | | |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน/อยู่บ้าน | 8 | 26.7 | 4 | 13.8 |
| การเกษตร(ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)การประมง | 2 | 6.7 | 0 | 0 |
| กรรมกร/งานรับจ้าง | 15 | 50.0 | 16 | 55.2 |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 3 | 10.0 | 5 | 17.2 |
| ข้าราชการ | 1 | 3.3 | 3 | 10.4 |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 1 | 3.3 | 1 | 3.4 |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ข้อมูลพื้นฐาน | กลุ่มทดลอง(n=30) | | กลุ่มควบคุม(n=29) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| รายได้รวมต่อเดือน | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 5 | 16.7 | 0 | 0 |
| น้อยกว่า 5,000 | 4 | 13.3 | 13 | 44.8 |
| 5,000-7,500 | 6 | 20.0 | 5 | 17.2 |
| 7,500-10,000 | 7 | 23.3 | 2 | 7.0 |
| มากกว่า 10,000 | 8 | 26.7 | 9 | 31.0 |
| บุคคลที่พักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน | | | | |
| อยู่คนเดียว | 4 | 13.3 | 7 | 24.1 |
| อยู่กับพ่อ แม่ | 14 | 46.6 | 10 | 34.5 |
| อยู่กับลูก หลาน | 1 | 3.3 | 1 | 3.4 |
| อยู่กับพี่ น้อง | 4 | 13.3 | 4 | 13.8 |
| อยู่กับบุคคลอื่นๆ (ญาติ, เพื่อน, เจ้านาย) | 7 | 23.4 | 7 | 24.1 |

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 42 ปี โดยในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีถึงร้อยละ 33.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มทดลองที่มีเพียงร้อยละ 6.8 และประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งสองกลุ่ม มีอาชีพเป็นกรรมกร/รับจ้าง สำหรับในกลุ่มทดลองนั้นมีการว่างงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึงเท่าตัวคือ ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 13.8 ตามลำดับ และจากรายได้ก็พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 16.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีผู้ไม่มีรายได้ ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าถึงแม้ไม่มีงานทำแต่จะมีรายได้ประจำจากบุคคลในครอบครัวที่ให้ใช้จ่ายในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเมื่อพิจารณารายได้พบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 43.3 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท ถึงร้อยละ 44.8 นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในปัจจุบันของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 46.6 และ ร้อยละ 34.5

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลพื้นฐาน | กลุ่มทดลอง(n=30) | | กลุ่มควบคุม(n=29) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุที่เริ่มดื่มสุรา | | | | |
| 11-15 ปี | 9 | 30.0 | 5 | 17.2 |
| 16-20 ปี | 13 | 43.3 | 22 | 75.9 |
| 21-25 ปี | 4 | 13.3 | 2 | 6.9 |
| 26-30 ปี | 4 | 13.3 | 0 | 0 |
| | M =19 ปี | SD=4.87 | M=18 ปี | SD=2.32 |
| อายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ | | | | |
| 15-24 ปี | 10 | 33.3 | 13 | 44.8 |
| 25-34 ปี | 11 | 36.7 | 13 | 44.8 |
| 35-44 ปี | 7 | 23.3 | 0 | 0 |
| 46-55 ปี | 1 | 3.3 | 3 | 10.3 |
| | M=30 ปี | SD=15.73 | M=27 ปี | SD=8.84 |
| ชนิดของเหล้าที่ดื่มเป็นประจำ | | | | |
| เหล้าขาว | 24 | 80.0 | 23 | 79.3 |
| เหล้าสี | 2 | 6.7 | 1 | 3.4 |
| เบียร์ | 4 | 13.3 | 4 | 13.8 |
| อื่นๆ (เหล้าเถื่อน) | 0 | 0 | 1 | 3.4 |
| ปริมาณสุราที่ดื่ม/วัน (Standard drink) | | | | |
| $\leq 6$ | 4 | 13.3 | 4 | 13.8 |
| 7-12 | 7 | 23.3 | 14 | 48.3 |
| 13-18 | 3 | 10.0 | 0 | 0 |
| 19-24 | 12 | 40.0 | 5 | 17.2 |
| >24 | 4 | 13.3 | 6 | 20.7 |
| | M=18 sd | SD=11.21 | M=19 sd | SD=16.67 |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ข้อมูลพื้นฐาน | กลุ่มทดลอง(n=30) | | กลุ่มควบคุม(n=29) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความถี่ของการดื่ม | | | | |
| ดื่มทุกวัน | 25 | 83.3 | 24 | 82.8 |
| ดื่ม1-3 วัน/สัปดาห์ | 3 | 10.0 | 3 | 10.3 |
| ดื่ม4-6 วัน/สัปดาห์ | 2 | 6.7 | 2 | 6.9 |
| ลักษณะของการดื่ม | | | | |
| ดื่มคนเดียว | 22 | 73.3 | 22 | 75.9 |
| ดื่มเป็นกลุ่ม | 8 | 26.3 | 7 | 24.1 |

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเริ่มดื่มสุราอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 19 ปี และ18 ปี ส่วนใหญ่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 16-20 ปี โดยข้อมูลของกลุ่มทดลองมีการกระจายของอายุที่เริ่มดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือกลุ่มทดลองเริ่มต้นดื่มที่อายุ 11-15 ปีและมากกว่า 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.0 และ 26.6 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีร้อยละ 17.2 และ 6.9 ส่วนอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 30 ปีและ 27 ปีตามลำดับ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลการดื่มสุราว่าส่วนใหญ่ดื่มเป็นประจำตั้งแต่อายุไม่เกิน 34 ปี ถึงร้อยละ 70 และ ร้อยละ 89.6 โดยชนิดของเหล้าที่ดื่มเป็นประจำคือเหล้าขาว ถึงร้อยละ 80 ซึ่งดื่มเฉลี่ยปริมาณวันละ 18-19 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) โดยดื่มทุกวันและดื่มคนเดียว

1.2 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง(n=30) | | | กลุ่มควบคุม(n=29) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (n=10) M(SD) | ผู้ติดสุรา (n=20) M(SD) | รวม | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (n=11) M(SD) | ผู้ติดสุรา (n=18) M(SD) | รวม |
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง | 118.00 (21.55) | 111.00 (34.98) | 113.33 (30.93) | 122.36 (18.33) | 127.05 (20.80) | 125.27 (19.69) |
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง | 138.90 (15.31) | 140.35 (16.26) | 139.86 (15.70) | 131.00 (15.63) | 132.55 (12.37) | 131.96 (3.44) |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง | 104.20 (26.33) | 103.35 (32.38) | 103.63 (30.04) | 115.54 (23.61) | 120.55 (19.62) | 118.65 (20.95) |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง | 124.10 (23.19) | 134.65 (14.78) | 131.13 (18.32) | 118.72 (16.35) | 123.72 (14.32) | 121.82 (15.04) |

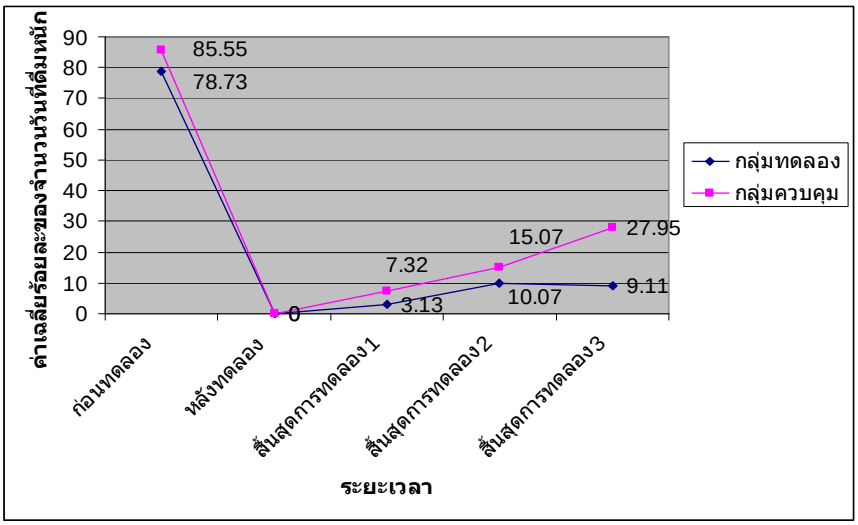
จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (139.86-113.33=26.53) และเมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (113.33-125.27=-11.94) แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม (139.86-131.96=7.90)

ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (131.13-103.63=27.50) และเมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (103.63-118.65=-15.02) แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ มากกว่ากลุ่มควบคุม (131.13-121.82=9.31)

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม จำแนกตามประเภทของกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม และประเภทของผู้ดื่มสุรา และผลรวม

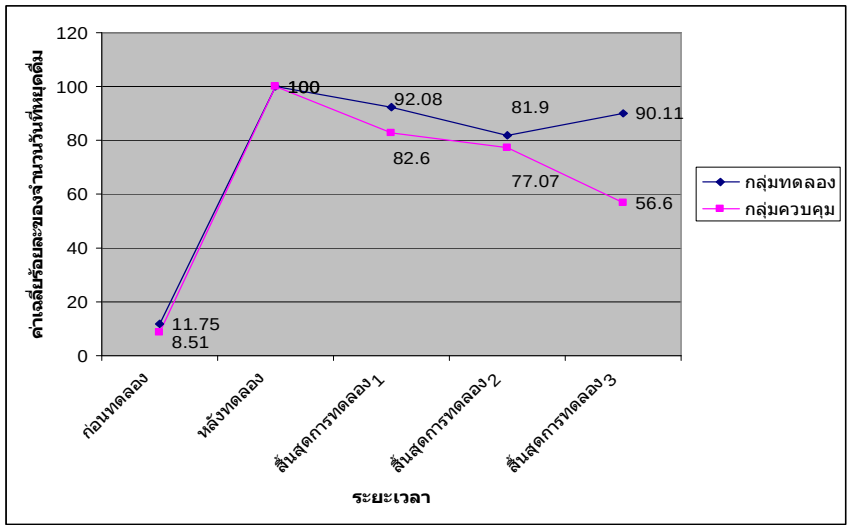
| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง(n=30) | | | กลุ่มควบคุม(n=29) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา M(SD) | ผู้ติดสุรา M(SD) | รวม | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา M(SD) | ผู้ติดสุรา M(SD) | รวม |
| **ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก** | | | | | | |
| Pre-test | 86.20 | 75.0 | 78.73 | 69.36 | 95.44 | 85.55 |
| | (27.05) | (38.61) | (35.11) | (43.25) | (7.81) | (29.51) |
| Post-test | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | (0) | 0 | (0) | (0) | (0) | (0) |
| FU-1 | 0.30 | 4.55 | 3.13 | 0.30 | 11.22 | 7.32 |
| | (0.94) | (12.32) | (10.19) | (0.94) | (20.68) | (17.26) |
| FU-2 | 0 | 15.38 | 10.07 | 10.18 | 18.23 | 15.07 |
| | (0) | (25.72) | (21.92) | (24.17) | (31.99) | (28.96) |
| FU-3 | 1.07 | 14.46 | 9.11 | 15.85 | 34.40 | 27.95 |
| | (2.58) | (34.85) | (27.49) | (34.61) | (44.26) | (41.35) |
| **ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม** | | | | | | |
| Pre-test | 8.2 | 13.53 | 11.75 | 15.45 | 4.27 | 8.51 |
| | (19.55) | (24.36) | (22.67) | (22.68) | (7.45) | (15.74) |
| Post-test | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) |
| FU-1 | 98.80 | 88.54 | 92.08 | 95.60 | 75.38 | 82.60 |
| | (2.69) | (27.35) | (22.53) | (10.86) | (33.42) | (28.98) |
| FU-2 | 99.30 | 72.74 | 81.90 | 84.90 | 72.00 | 77.07 |
| | (1.49) | (37.05) | (32.37) | (31.92) | (40.01) | (36.97) |
| FU-3 | 97.0 | 85.81 | 90.11 | 74.87 | 46.86 | 56.60 |
| | (8.48) | (33.86) | (27.29) | (39.51) | (44.38) | (44.00) |

จากตาราง 6 ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (78.73 และ 85.55) หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มยังคงอยู่บำบัดรักษาในสถานบำบัดจึงไม่มีการดื่มสุรา และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (3.13 กับ 7.32 10.07 กับ15.07 และ 9.11 กับ 27.95) โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในเดือนที่2 และเดือนที่3 ใกล้เคียงกัน แต่มากกว่าในเดือนที่1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในแต่ละเดือน (7.32 15.07 และ 27.95) ดังแสดงในภาพประกอบ 6




ภาพประกอบ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุม (11.75 และ 8.51) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุม (92.08 กับ 82.60 81.90 กับ 77.07 และ 90.11 กับ 56.60) โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองพบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในเดือนที่1 มากกว่าเดือนที่2 และ3 ซึ่งมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มใกล้เคียงกัน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มลดน้อยลงๆ ในแต่ละเดือน (82.60 77.07 และ56.60) ดังแสดงในภาพประกอบ 7

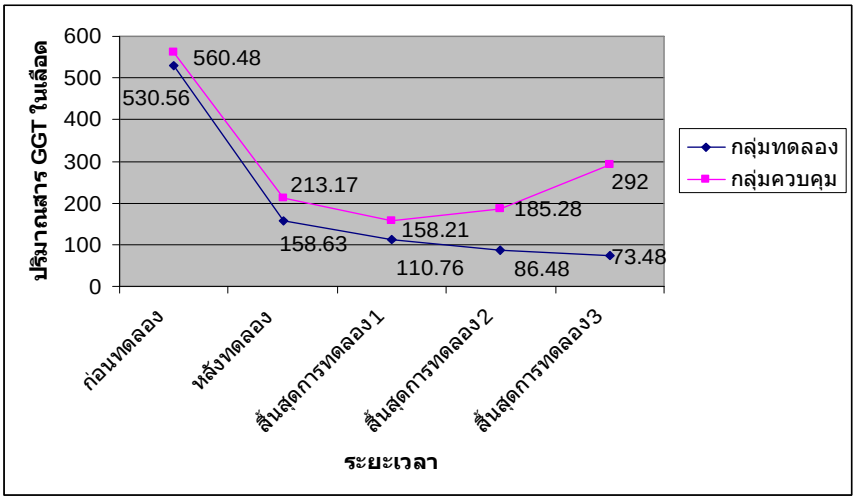



ภาพประกอบ 7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของปริมาณสาร GGT ในเลือด จำแนกตามประเภทของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และประเภทของผู้ดื่มสุรา และผลรวม

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง(n=30) | | | กลุ่มควบคุม(n=29) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา | ผู้ติดสุรา | รวม | ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา | ผู้ติดสุรา | รวม |
| | M(SD) | M(SD) | | M(SD) | M(SD) | |
| Pre-test | 336.00 | 627.85 | 530.56 | 181.09 | 792.33 | 560.48 |
| | (412.19) | (715.09) | (638.22) | (152.01) | (859.50) | (740.19) |
| Post-test | 115.00 | 180.45 | 158.63 | 74.81 | 297.72 | 213.17 |
| | (83.86) | (168.57) | (147.60) | (45.37) | (289.03) | (252.13) |
| FU-1 | 59.70 | 136.30 | 110.76 | 50.20 | 218.22 | 158.21 |
| | (49.07) | (130.04) | (114.79) | (41.19) | (364.45) | (301.52) |
| FU-2 | 49.10 | 106.15 | 86.48 | 59.45 | 266.70 | 185.28 |
| | (45.31) | (113.84) | (98.75) | (76.38) | (498.10) | (399.76) |
| FU-3 | 45.00 | 92.46 | 73.48 | 37.62 | 427.66 | 292.00 |
| | (57.18) | (97.31) | (85.52) | (31.78) | (900.46) | (743.22) |

จากตาราง 7 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติประมาณ 7-8 เท่าใกล้เคียงกัน (เกณฑ์ปกติ15 -73) แต่ภายหลังการทดลองและสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่1 2 และเดือนที่3 กลุ่มทดลองมีปริมาณสาร GGT ในเลือดลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (158.63 110.76 86.48 และ 73.48) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ลดลงภายหลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1 แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นในเดือนที่2 และเดือนที่3 (213.17 158.21 185.28 และ 292.00) ดังแสดงในภาพประกอบ 8




ภาพประกอบ 8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่1 2 และเดือนที่3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) โดยได้ตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรว่ามีลักษณะเป็นการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่ (Normal distribution) โดยพิจารณาความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการทดสอบโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่มีความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม และการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรร่วมกับตัวแปรตาม พบว่าความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมีความสัมพันธ์เชิงเส้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำมีความสัมพันธ์เชิงเส้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ผลการ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นได้แสดงในภาคผนวก ง) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) ซึ่งใช้ทดสอบสมมติฐานต่อไป

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ก่อนการปรับแก้และหลังจากที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted)

| ตัวแปรตาม | ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง | | ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม | |
|---|---|---|---|---|
| | ก่อนปรับ | หลังปรับ | ก่อนปรับ | หลังปรับ |
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | | | | |
| -ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (n=10) | 138.90 | 139.13 | 131.00 | 130.39 |
| -ผู้ติดสุรา (n=20) | 140.35 | 141.92 | 132.55 | 131.04 |
| การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ | | | | |
| -ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา (n=11) | 124.10 | 124.34 | 118.72 | 118.09 |
| -ผู้ติดสุรา (n=18) | 134.65 | 136.29 | 123.72 | 122.14 |

จากตาราง 8 ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วโดยใช้ค่าของตัวแปรร่วม พบทั้งกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และที่เป็นผู้ติดมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม (139.13-130.39=8.74) (141.92-131.04=10.88) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ มากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกัน (124.34-118.09=6.25) และ (136.29-122.14=14.15)

เมื่อพิจารณาตามประเภทของการดื่มสุราพบผู้ติดสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่าผู้ดื่มสุรา (141.92-139.13=2.79)(131.04-130.39=-0.65) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ มากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกัน (136.29-124.34=11.95) และ (122.14-118.09=4.05)

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (MANCOVA)

| Effect | Wilks'Lambda (Λ) | Multivariate F test | Sig. |
|---|---|---|---|
| Cov(ตัวแปรร่วม) | .873 | 3.8570 | .027 |
| โปรแกรมการบำบัด (A) | .886 | 3.410 | .040* |
| ประเภทของผู้ป่วยสุรา (B) | .920 | 2.313 | .109 |
| A × B | .981 | 0.517 | .599 |

จากตาราง 9 พบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วม ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างประเภทของผู้ป่วยสุรากับความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประเภทของผู้ป่วยสุรากับความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าไม่พบปฏิสัมพันธ์ของประเภทของผู้ป่วยสุรา ซึ่งเป็นตัวแปรจัดประเภท

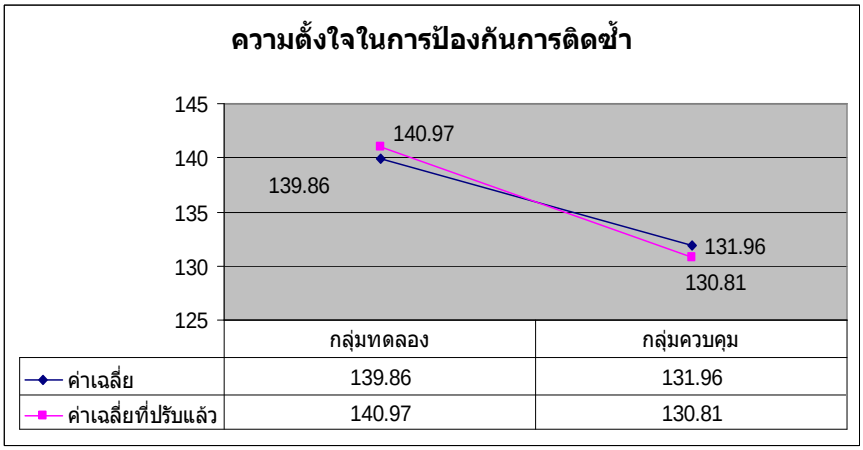
ส่วนการพิจารณาผลของโปรแกรมการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ ด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบระดับ Univariate เป็นลำดับต่อไป

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง

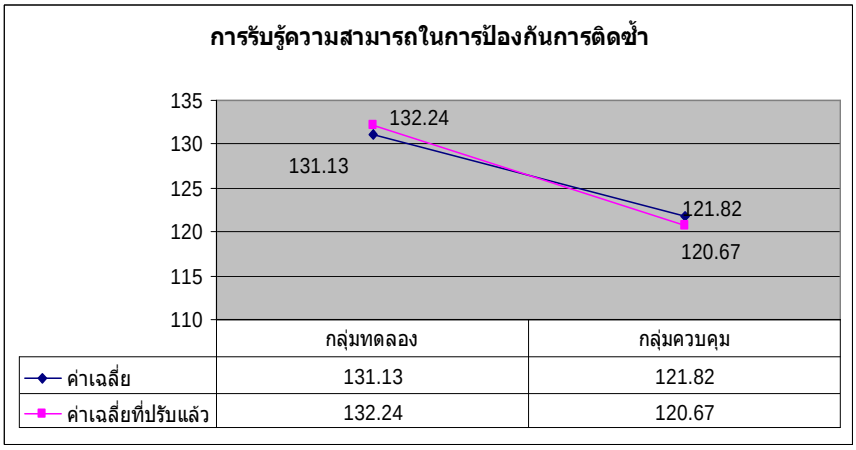
| Univariate Tests | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ตัวแปรตาม | แหล่งความแปรปรวน | Adjusted SS | df | Adjusted MS | F | Sig | Partial $\eta^2$ |
| **ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ** | ตัวแปรร่วม | 1388.183 | 1 | 1388.183 | 7.178 | .010 | .114 |
| | กลุ่ม | 1445.008 | 1 | 1445.008 | 7.472 | .008 | .118 |
| | ความคาดเคลื่อน | 10830.249 | 56 | 193.397 | | | |
| | รวม | 1104131.000 | 59 | | | | |
| **การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ** | ตัวแปรร่วม | 1391.384 | 1 | 1391.384 | 5.308 | .025 | .087 |
| | กลุ่ม | 1872.778 | 1 | 1872.778 | 7.144 | .010 | .113 |
| | ความคาดเคลื่อน | 14680.221 | 56 | 262.147 | | | |
| | รวม | 962367.000 | 59 | | | | |

จากตาราง 10 ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งมีขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .118 ดังแสดงรายละเอียดในภาพประกอบ 9




ภาพประกอบ 9 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง

สำหรับค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งมีขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .113 ดังแสดงรายละเอียดในภาพประกอบ 10




ภาพประกอบ 10 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง

2.3 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3

ตาราง 11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในเดือนที่1 2 และเดือนที่3

| Multivariate Tests | | | |
|---|---|---|---|
| Effect | Wilks'Lambda (Λ) | Multivariate F test | Sig. |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่1** | | | |
| กลุ่ม | .961 | .713 | .548 |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่2** | | | |
| กลุ่ม | .967 | .607 | .613 |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่3** | | | |
| กลุ่ม | .794 | 3.815 | .016* |

จากตาราง 11 เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 และเดือนที่ 2 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่ม ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่3 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่ม แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและปริมาณสาร GGT ในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 9.11 และ $\overline{X}$ = 73.48 กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = 27.95 และ $\overline{X}$ = 292.00) และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม มากกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 90.11 กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = 56.60)

2.4 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่3

ตาราง 12 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

| ลักษณะพฤติกรรม | จำนวน (ร้อยละ) | | $\chi^2$ | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | | |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่1** | | | | |
| 1.พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ | 25(83.3) | 20(71.4) | 1.180 | .277 |
| 2.พฤติกรรมการติดซ้ำ | 5(16.7) | 8(28.6) | | |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่2** | | | | |
| 1.พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ | 22(75.9) | 17(60.7) | 1.513 | .219 |
| 2.พฤติกรรมการติดซ้ำ | 7(24.1) | 11(39.3) | | |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่3** | | | | |
| 1.พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ | 19(76.0) | 11(47.8) | 4.057 | .044* |
| 2.พฤติกรรมการติดซ้ำ | 6(24.0) | 12(52.2) | | |

จากตาราง 12 หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 และเดือนที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำแตกต่างกัน โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่3 ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำภายหลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด)

ตาราง 13 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

| พฤติกรรมการการดื่ม | ค่าเบต้า ($\beta$) | | % ทำนาย ($R^2$) |
|---|---|---|---|
| | ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ | |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่1** | | | |
| 1.ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก | -.412* | .040 | 15 |
| 2.ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม | .626* | -.203 | 24 |
| 3.ปริมาณสาร GGT ในเลือด | -.170 | .204 | 2 |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่2** | | | |
| 1.ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก | -.305 | .135 | 5 |
| 2.ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม | .468* | -.318 | 10 |
| 3.ปริมาณสาร GGT ในเลือด | -.157 | .104 | 1 |
| **สิ้นสุดการทดลองเดือนที่3** | | | |
| 1.ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก | -.285 | .125 | 4 |
| 2.ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม | .275 | -.099 | 4 |
| 3.ปริมาณสาร GGT ในเลือด | -.123 | .114 | 1 |

* $p < .05$

จากตาราง 13 หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยใช้วิธี Enter regression ทำให้สามารถบอกได้ว่าตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ ได้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และทั้งตัวแปร

ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ ได้ร้อยละ 10

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบว่ามีตัวแปรใดที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดได้

# บทที่ 5
# สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา และนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลได้ดังนี้

## ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ดื่มสุราที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

4. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

## สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

2. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

3. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

5. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำภายหลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด)

## วิธีดำเนินการวิจัย

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาที่อยู่ในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน ซึ่งสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 80 คน โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา หลังจากนั้นได้มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตามผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียง 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในกาวิจัย

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .489 - .874 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .960

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอก ได้แก่

การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .389 - .857 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .963

3. แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Follow-Back) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่มของตน ในช่องตารางแต่ละวันเกี่ยวกับ 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ3) ปริมาณการดื่ม

4. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาการดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ โดยเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ทำกิจกรรมติดต่อกันทุกวัน วันๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง

**การดำเนินการทดลอง**

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยสุราออกเป็น 2 กลุ่มคือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุราตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หลังจากนั้นสุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆกัน

2. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

3. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

4. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง จะมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่1, 2 และ3 โดยวัดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการติดซ้ำ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งในการติดตามผู้วิจัยใช้วิธีการนัดผู้ป่วยสุราที่สถานบำบัดและติดตามเยี่ยมบ้านในบางรายที่ไม่สามารถมาที่สถานบำบัดได้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณา (Descriptive Statistic) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุนาม 2 ทาง (Two-way MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และสมมติฐานที่ 2 โดยใช้คะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ควบคุมความแปรปรวนของคะแนนก่อนการทดลอง

3. และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3

4. การวิเคราะห์ไคสแควร์ ($\chi^2$ - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 5

## สรุปผลการวิจัย

1. ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

2. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

3. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้จากการประเมิน ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และปริมาณสาร GGT ในเลือด น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 และเดือนที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการ

บำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) ได้ดังนี้

หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่2 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเป็นตัวแปรที่ทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลแยกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่1 อภิปรายผลของโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา และส่วนที่2 เป็นผลของความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อพฤติกรรมการดื่ม

**ส่วนที่1** ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

สมมติฐานที่1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำในด้านความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

จากผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการบำบัดและประเภทของผู้ป่วยสุรา แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการบำบัดที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำไม่เปลี่ยนแปลงไปตามประเภทของผู้ป่วยสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงแม้ไม่พบว่ามีการใช้ประเภทของผู้ดื่มสุราเป็นตัวแปรจัดประเภท แต่ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการทดสอบว่าผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับประเภทของการดื่มสุราหรือไม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดผู้ป่วยสุรา ทั้งนี้เนื่องจากศึกษาพบว่ามีการจัดกลุ่มของการดื่มแอลกอฮอล์ (Categories of alcohol misuse) โดยมีการพิจารณาตามความต่อเนื่องของการดื่ม (Continua of alcohol consumption) และความเสี่ยงต่อปัญหา และการพึ่งพาแอลกอฮอล์ โดยแบ่งเป็นระดับตั้งแต่การดื่มอย่างหนัก (Heavy drinking) การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) การดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking) และการติดสุรา (Alcohol dependence) ทั้งนี้ก็เพื่อวางแผนในการบริหารจัดการปัญหาของผู้ดื่มสุราที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม (Raistrick; Heather; & Godfret. 2006: 19-20; citing WHO. 1993; สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล: 2543: 6-8) โดยกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง และดื่มแบบอันตราย จะใช้การบำบัดแบบสั้น (Brief interventions) ส่วนกลุ่มผู้ติดสุราใช้การบำบัดแบบเข้มข้น (Intensive treatment) (Raistrick; Heather; & Godfret. 2006: 19-20) นอกจากนี้การบำบัดผู้ป่วยสุราก็มีการวินิจฉัยจำแนกตาม DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ว่าเป็นผู้ดื่มสุรา (Alcohol abuse) หรือผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) โดยพิจารณาจากผลกระทบของการดื่มสุรา ที่มีผลต่อความผิดปกติทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคมที่รุนแรงมากน้อยต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำประเภทของผู้ดื่มสุรา ที่จำแนกเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรามาศึกษา จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำไม่แปรผันไปตามกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและกลุ่มผู้ติดสุรา แสดงว่าผลการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้ไม่ขึ้นอยู่กับประเภทของการดื่มสุรา ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการบำบัดที่เน้นทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ที่มีต่อการดื่มสุรา และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือที่บกพร่องไปโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองโดยตรง จากตัวแบบ จากการคิดวิเคราะห์ และได้รับข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการได้ฝึกฝนทักษะซ้ำๆ ทำให้ทั้งกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราเกิดความตั้งใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบำบัดต่างก็เคยมีประสบการณ์การดื่ม และได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราคล้ายๆ กัน การได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทำให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้จากประสบการณ์ของเพื่อนในกลุ่มร่วมกัน มีการสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว จึงมีความปรารถนา ความตั้งใจที่อยากจะเลิกดื่มสุรา ซึ่งสังเกตจากการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย ความสนใจ ความพยามยามที่จะทำการบ้านซึ่งเป็นงานมอบหมายให้ผู้ป่วยได้ฝึกทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ใน

ชั่วโมงการบำบัด และให้ความร่วมมือในการบำบัด ซึ่งนักบำบัดกล่าวว่าความร่วมมือในการบำบัด (Collaborative therapeutic) เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การบำบัดได้ผลดี (ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. 2551; เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. 2549; Beck; et al . 1993) ดังนั้นจึงพบว่าผลของการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนให้ผลดีเหมือนกันทั้งในกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา

สมมติฐานที่2. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

จากผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้คือ อภิปรายในภาพรวมของผลการวิจัยของโปรแกรมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ หลังจากนั้นจะมีการอภิปรายในด้านย่อยของตัวแปรความตั้งในในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของการป้องกันการติดซ้ำตามลำดับ

สำหรับการอภิปรายในภาพรวม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเสริมสร้างหรือพัฒนาความพร้อมของการป้องกันการติดซ้ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีฐานความเชื่อว่าพฤติกรรมการติดสุรา และปัญหาทางจิตใจของผู้ติดสุรา เป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง รวมทั้งเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา และสถานการณ์เสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการบำบัดผู้ติดสุราจึงต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อสุราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งสร้างภูมิคุ้มกันการป้องกันการติดซ้ำให้เกิดกับผู้ป่วยสุรา นอกจากนี้ในโปรแกรมการบำบัดยังมีการเสริมสร้างเกราะป้องกันจากภายนอกด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยด้วย โดยมีการป้องกันการติดซ้ำครอบคลุมทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจากการศึกษาของมาหลัท (Marlatt. 1996; S37, S44-45) พบว่าปัจจัยที่กล่าวมาเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การติดซ้ำ (Relapse situation) โดยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลถึงร้อยละ 61 และปัจจัยระหว่างบุคคลร้อยละ 39

ในการบำบัดแต่ละกิจกรรมมีขั้นตอนและความเชื่อมโยงกันเป็นลำดับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยสอนให้เข้าใจรูปแบบของความคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ และพฤติกรรม การค้นหาความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การประเมินความคิด การปรับความคิด การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติด (Addictive behaviors) และเรียนรู้ถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ แทนที่พฤติกรรมการติด ซึ่งจะช่วยในการปรับตัวให้สามารถเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: 3)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อพบกับสิ่งท้าท้าย และตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะพบเมื่อได้กลับบ้าน ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆ และการทำงานที่ผู้วิจัยมอบหมายให้เป็นการบ้านในระหว่างการบำบัดมีผลให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และซักซ้อมทักษะซ้ำๆ ให้เกิดความชำนาญ เมื่อต้องไปพบกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยก็จะสามารถระลึกถึงหลักการ วิธีการ และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาในระหว่างการบำบัดนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ป้องกันการติดซ้ำได้ และไม่หวนกลับเข้าไปสู่พฤติกรรมเดิมๆ ถึงแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswig; Sbraga; & Harris. 2003:321)

การอภิปรายที่กล่าวมาเป็นการอภิปรายในภาพรวม ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดปกติของสถานบำบัด และมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .118 ทั้งนี้เนื่องจากในการบำบัดของโปรแกรมมีการพัฒนาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยนำหลักการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรแชสกา และดิคลิเมนเต้ (Prochaska and DiClemente) มาใช้สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดแอลกอฮอล์ วงจรของการติดแอลกอฮอล์ รูปแบบของความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา การให้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูล และสะท้อนข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อช่วยในการประเมิน และการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง

นอกจากนี้ ในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมยังได้นำแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมาพัฒนาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำโดยการให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อบุคคลที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือ การใช้คำพูดเตือนตนเอง การ

ตั้งเป้าหมายและ วิธีการที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย รวมทั้งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการส่วนเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งโอกราดี้และคณะรายงานว่า (Lee. 2005:19; citing O'Grady; Battjes; & Katz. 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความพร้อมในการบำบัด โดยเฉพาะในระยะแรกของการบำบัดรักษา (Early stages of treatment) ส่วนลัวเดทและคณะ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Laudet; et al. 2005) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงของการฟื้นคืนสภาพของผู้ติดยา (Recover) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยา เพราะเป็นช่วงที่มักเกิดความลังเลในการหยุดยา

สำหรับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดปกติของสถานบำบัด มีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .113 ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการบำบัดมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำสุรา ตามแนวคิดของแบนดูราคือ1) จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) จากการได้เห็นตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) สภาวะทางสรีระวิทยา ที่มีความผ่อนคลาย ซึ่งในกิจกรรมความสำเร็จบนเส้นทางการดื่มสุรา มีการใช้ตัวแบบ (Model) จากวีดิทัศน์ที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มสุรา และตัวแบบที่มีชีวิตจริง โดยเชิญผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาที่หยุดดื่มสุราได้มาเล่าถึงประสบการณ์ วิธีการที่ทำให้ตนเองสามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ มีการพูดชักจูงใจให้เลิกดื่มสุรา รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่ตนเองสามารถหยุดดื่มสุราว่ามีวิธีการอย่างไรบ้างแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ในเรื่องการเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง และการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา โดยมีการสอนและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหลากหลายวิธีทั้งการวิเคราะห์ อภิปรายกรณีศึกษา การใช้ประสบการณ์จริงของผู้ป่วย การจินตนาการ การใช้บทบาทสมมติ โดยอยู่บนฐานของการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง จากตัวแบบของเพื่อนในกลุ่ม และในบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน และสัมพันธภาพที่ดี มีแรงจูงใจ มีการพูดคุยชักชวนในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความสบายใจ จึงเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วยสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck; et al. 1993; Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999) ที่พบว่าผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ร่วมกับการป้องกันการเสพซ้ำนี้จะส่งผลให้ผู้ใช้สารเสพติดมีความเข้มและความถี่ของความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนต่อการใช้สารเสพติดน้อยลง และการใช้ทักษะต่างๆ ในการจัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานที่ 4 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในสมมติฐานที่ 3 และ 4 มีความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงขออภิปรายไปพร้อมกัน โดยผลการศึกษาพบว่าในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่ในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม และพบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่างก็มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาคล้ายๆ กัน คือให้ผู้ป่วยสามารถ ลด ละ และเลิกการดื่มสุราได้ในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด จนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงดีขึ้น มีการเรียนรู้วิธีการ ทักษะต่างๆ ในการดำรงตนบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา เมื่อได้จำหน่ายกลับบ้านจึงยังมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพยายามที่จะควบคุมปริมาณการดื่ม ลดปริมาณการดื่มและหยุดดื่ม จึงพบว่าใน 2 เดือนแรกผลการบำบัดรักษาจึงให้ผลดีเหมือนๆ กัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของฮันท์ บาร์เนต และบรานช (Beck; etal. 1993: 10; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) กล่าวว่า ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติดที่รับการบำบัดรักษาแล้วจะกลับไปติดซ้ำในเดือนที่3 มากถึงร้อยละ 65 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในเดือนที่ 3 ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดมีผู้กลับไปติดซ้ำร้อยละ 52 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้กลับไปติดซ้ำน้อยกว่า เพียงร้อยละ 24 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุราที่เกิดขึ้นให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนจากภายในตัวผู้ป่วยจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกได้ และทำให้พฤติกรรมมีความคงทนระยะยาวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จึงพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ

แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสุรามีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าการบำบัดปกติของสถานบำบัด และผลของโปรแกรมการบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปติดซ้ำมากขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานที่ผ่านมา เกี่ยวกับการนำโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติดโดยใช้แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive behavioral relapse prevention) พบผลการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ คือพบว่าการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อการหยุดเสพของผู้ป่วยยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (Witkiewitz; & Marlatt. 2004: 225-226; citing Carroll; Rounsaville; Nich; & Gordon. 1994; Hawkins; Catalano; Gillmore; & Wells. 1989; Rawson; et al. 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ติดสุราและสารเสพติดผิดกฎหมายด้วยการวิเคราะห์เมต้า พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีกว่าการบำบัดชนิดอื่น ($g=0.154$, $p< .005$) (Magill; & Ray. 2009: 520)

**ส่วนที่2** ผลของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อพฤติกรรมการดื่ม

สมมติฐานที่5 ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่มได้ (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด)

ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 2 ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเป็นตัวแปรที่ทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 3 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้

ในการอภิปรายสมมติฐานที่ 5 นี้ผู้วิจัยจะนำเสนอใน 2 ประเด็น คือการอภิปรายตัวแปรความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำที่ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ) และอภิปรายพฤติกรรมการไม่การติดซ้ำตามช่วงเวลาที่ติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1 2 และเดือนที่ 3

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเป็นตัวแปรทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเล่มที่ผ่านมา เช่น ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ (2548: 138-140) พบว่าผู้ติดแอมเฟตามีนที่ไม่กลับไปเสพซ้ำมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนสูงกว่าผู้ติดแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกัลยา ไชยเลิศ (2541:72) ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพย์ติดโดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้มากกว่า 2 ปี จำนวน 94 คน พบว่าผู้ที่เลิกเสพยาได้นั้นมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของวรรณชนก จันทชุม (2547: 79) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่านักเรียนที่มีเจตนาหรือความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับค่อนข้างมากจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างมาก (r=.64)

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่มาหลัท (Marlatt.1996: S46) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีโอกาสการติดซ้ำมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราที่รายงานว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้กลับไม่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะมีเพียงตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ เพียงตัวแปรตัวเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ มีความสัมพันธ์กันสูงในทางบวก (r= .731) จึงมีความแปรปรวนที่ทำนายพฤติกรรมการดื่มทับซ้อนกันอยู่ ดังนั้นเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบ Enter regression ตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ดีกว่าและเนื่องจากมีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงดึงเอาความแปรปรวนที่ทับซ้อนกันอธิบายพฤติกรรมการดื่มไปก่อน (Pedhazur. 1997: 96-97) ผลการวิจัยจึงพบว่าการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำร่วมทำนายพฤติกรรมการดื่มได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดื่ม เพราะมีความสัมพันธ์สูงกับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ นั่นคือเมื่อบุคคลมีความตั้งใจสูงก็จะมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำสูงไปด้วยเช่นกัน

จากผลการทดลองและด้วยเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงขออภิปรายตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเพียงตัวเดียว ในประเด็นของการทำนายพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 โดยจะเห็นว่าในเดือนที่1 นั้น ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถ

ทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักได้ร้อยละ 15 และทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 24 ส่วนในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 มีการทำนายพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำน้อยลง กล่าวคือในเดือนที่2 ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเหลือเพียงร้อยละ 5 และทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 ส่วนในเดือนที่ 3 ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำได้

จากการศึกษางานวิจัยหลายฉบับมีแนวโน้มของพฤติกรรมการติดซ้ำคล้ายกัน กล่าวคือ ในระยะติดตามผลภายหลังการบำบัดรักษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำจะค่อยๆ ลดลงไปตามระยะเวลาที่นานขึ้น ได้แก่ การศึกษาของโลเบอร์ และคณะ (Loeber; et al . 2006: 27) ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น (Cue exposure) ของผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 63 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม 31 คน และกลุ่มให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดโดยการให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มที่บำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเสพซ้ำไม่แตกต่างกัน โดยมีการติดตามผลวัดจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณการดื่มต่อวัน ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อวัดผลในเดือนที่ 6 จำนวนวันที่หยุดดื่มน้อยกว่า เดือนที่ 3 และปริมาณการดื่มในเดือนที่ 6 เพิ่มมากขึ้นกว่าในเดือนที่3 และการศึกษาการป้องกันการติดซ้ำด้วยวิธีการวิเคราะห์เมต้าของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Irvin; et al. 1999) พบว่าขนาดอิทธิพลของการป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อผลการบำบัดจะมีขนาดมากสุดเมื่อประเมินหลังให้การบำบัดทันที และจะมีแนวโน้มน้อยลงตามจำนวนครั้งของการวัดภายหลังการบำบัด ซึ่งทำให้พบว่าผู้ที่ติดซ้ำจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาหลังการบำบัดผ่านไปนานขึ้น เพราะเวลาที่ยาวนานออกไปก็อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ แทรกซ้อนเข้ามาทำให้ความคงอยู่ของความรู้ ทักษะต่างๆ ค่อยๆ ลดลงตามเวลา

## ข้อจำกัดของการวิจัย

ประการแรก ในการศึกษานี้มีประเภทของผู้ป่วยสุรา เป็นตัวแปรจัดประเภท จำแนกผู้ป่วยเป็นผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุรา เข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งหมด 4 กลุ่ม คือผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหากลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ผู้ติดกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหากลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน ผู้ติดกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน ซึ่งกลุ่มผู้ดื่มมีจำนวนน้อย ส่งผลต่ออำนาจในการทดสอบ เพราะในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ จำนวนตัวอย่างในแต่ละเซลล์ควรมีตัวอย่างมากกว่า 20 จึงจะทำให้ผลการทดสอบมีความแกร่งมากขึ้น (Tabachnick; & Fidell. 2007)

ประการที่สอง ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาอยู่ในสถานบำบัดอีกประมาณ 5-10 วัน ซึ่งในระหว่างนี้ไม่ได้มีกิจกรรมการบำบัดหรือการกระตุ้นให้กับผู้ป่วยเลย จึงอาจส่งผลให้ความรู้ทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากโปรแกรมการบำบัดค่อยๆ ลดน้องลงไปก่อนที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสนำไปใช้กับสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิต

ประการที่สาม เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ในระยะติดตามผล ถึงแม้ผู้วิจัยได้มีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ที่สถานบำบัด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ติดตามไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่ใหม่ กลับบ้านที่ต่างจังหวัด ไปทำงานต่างจังหวัด และบางรายไม่สามารถติดต่อได้ จึงทำให้ต้องตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย มีผลให้กลุ่มตัวอย่างน้อยลง และข้อมูลไม่สมบูรณ์

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติดังนี้

1.ผู้ที่นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำไปใช้ ควรมีประสบการณ์ หรือได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในการบำบัดนี้มีเทคนิคที่ผู้บำบัดจะต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด วิธีการของแต่ละเทคนิคที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.ในการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการดำเนินการเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy) ควรมีสมาชิกเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 6-8 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ และผู้บำบัดสามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง

3.ในการเริ่มกลุ่มบำบัดทุกครั้งจะต้องมีการทบทวนงาน หรือการบ้านที่ได้รับหมอบหมายให้ทำนอกชั่วโมงการบำบัดทุกครั้ง เพราะเป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ได้พูดคุยปัญหาที่พบจากการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติ ก่อนที่จะเชื่อมโยงเข้ากิจกรรมที่จะทำต่อในวันนั้น ผู้บำบัดจะต้องไม่ละเลยที่ตรวจสอบการบ้านของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องยืดหยุ่นกรณีที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านมา ควรพูดคุยถามหาปัญหาและสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

4.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมาก อาจทำให้เข้าใจได้ยาก ในการอธิบายจึงควรใช้วิธีการยกตัวอย่างเหตุการณ์ สถานการณ์จริงที่เป็นเรื่องใกล้ตัวของผู้ป่วยประกอบการสอน หรือการใช้รูปภาพ วีดิโอ การสาธิตเพื่อที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น

5.ในการบำบัดที่มีการนำครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ผู้บำบัดต้องระมัดระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีที่ครอบครัวไม่มา หรือการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มั่นใจในตัวผู้ป่วย ใช้คำพูดที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า อย่างเช่น กรณีที่ญาติมาไม่ได้ก็ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และให้ฝากข้อความแสดงความห่วงใย หรือข้อความที่สร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ส่วนในกรณีที่มีการใช้คำพูดในทางลบ และไม่ส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ผู้บำบัดควรพูดคุยและทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงวัถตุประสงค์ที่เชิญเข้ามาร่วมกิจกรรมตั้งแต่แรกที่ติดต่อกับญาติ และพยายามนำหัวข้อการสนทนากลับไปสู่บรรยากาศของความห่วงใย ความผูกพัน ความช่วยเหลือและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาจให้ครอบครัวของผู้ป่วยอื่นๆ แสดงความคิดเห็นในมุมมองที่แตกต่างออกไปและให้ผู้ป่วยและสมาชิกในกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความตั้งใจ ความพยามยามที่จะดำรงตนอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา

6.การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ (Booster session) ในช่วงของการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความตั้งใจที่จะคงอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และการนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือต่างๆ เพราะจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยในระยะติดตามผลเดือนที่ 1 2 และเดือนที่3 มีความสัมพันธ์กัน โดยมีแนวโน้มว่าพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำลดลงเมื่อเวลาของการติดตามยาวนานขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

1.นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาสารเสพติดในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.มีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดซ้ำในระยะยาว 6 เดือน 12 เดือน เพื่อดูความคงทน และการเปลี่ยนแปลงของผลการบำบัด โดยมี Booster session เป็นระยะๆ

3.ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยนำหลักการทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำ ด้วยการใช้วิธีการฝึกจิต ฝึกสมาธิ ให้มีสติระลึกรู้ตัว รู้เท่าทันความคิดของตน และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลได้ และทำให้มีความคงทนของพฤติกรรม

# บรรณานุกรม

# บรรณานุกรม


กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังรักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กัลยา ไชยเลิศ. (2541). *ความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพย์ติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพย์ติดที่ศูนย์เบิกอรุณในประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาการส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ. (2548). *การศึกษากรณีผู้ที่เลิกยาเสพติด.* วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ณัฐธิดา นิมิตรดี. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา.* วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). *Cognitive Behavioral Therapy.* (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. ถ่ายเอกสาร.

ดรุณี ภู่ขาว. (2547). *รายงานการทบทวนความรู้ชุดที่ 2 เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์.* กรุงเทพฯ. บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2529). *การวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์.* (เอกสารประกอบการฝึกอบรม). กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (25247). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานีอนามัยตำบล.* กรุงเทพฯ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (2545). *เวชศาสตร์โรคติดยา.* สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

ทิพย์วัลย์ สุทิน. (2539). *การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นโดยรูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยปัญญา.* ปริญญานิพนธ์ ค.ด. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

----------. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพสารเสพติด. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. หน้า 165-192. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อก.

นงลักษณ์ โตบันลือภพ. (2539). *การประยุกษ์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการพึงพาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.

นิชนันท์ คำล้าน. (2547). *การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดสุรา.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

นิมิต แก้วอาจ. (2549). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาลจิตเวช.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

นิศานาถ โชคเกิด. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

บรรจง สืบสมาน. (2536). โรคติดสารเสพติด และโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์.* เกษม ตันติผลาชีวะ. หน้า 633-635. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543*). การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่เสพเฮโรอีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัขั้นตอนการถอนพิษยาของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ประเทือง ภูริภัทราคม. (2535). *การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์.* ปทุมธานี: วิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาลงกรณ์.

ประไพ ทยายุทธ. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา.* ปริญญานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ปราณีพร บุญเรือง. (2545). *ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบ้าต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

ปราโมทย์ สุดนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSMIV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10).* กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

ปิ่น โค. (2540). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พงศธร เนตราคม. (2549). เภสัชวิทยาของสารเสพติด. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด.* หน้า 62-63. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อก.

พระมหาวีรชัย คำธร. (2548*). อิทธิพลของการฝึกสมาธิและการได้รับสารชักจูงที่มีต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติธรรมในชีวิตประจำวันของนักเรียนอาชีวศึกษา.* วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

พัชราวดี ทองเนื่อง. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยา. ถ่ายเอกสาร.

พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ.(2547). ประชุมปฏิบัติเรื่อง Alcohol Service System. ใน *รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ.* หน้า 45,103-111. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

พิชัย แสงชาญชัย. (2548). สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด.* หน้า 288-289. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

----------. (2549). การบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด.* หน้า 137-151. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อก.

เพชราภรณ์ คำเอี่ยม. (2546*). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยค่ายบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดศรีสะเกษ.* ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. (2005). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 13(3): 138-140.

ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (2548*). กรณีศึกษาเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้สำเร็จและที่กลับไปเสพซ้ำ.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยารามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.

รุจาภา นิ่มสังข์. (2551). *Gamma-glutamyltransferase (GGT).* สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2551, จาก http://www.ams.cmu.ac.th/mt/clinchemwebsite/teaching/L96302/5_gammaGT_RN.doc

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช. (2548). เรื่องต่างๆในการบำบัดรักษายาเสพติด. ใน *ตำราเวชศาสตร์สารเสพติด.* หน้า 495-505. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

วรรณชนก จันทชุม. (2547). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น.* ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วราวุฒิ เจริญศรี. (2551). *ยาเสพติด เหล้า และบุหรี่.* สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2551, จาก http://www.bangkokhealth.com/drugs_htdoc/drugs.asp?Number=9490

ศรัณย์ กอสนาม. (2547, กรกฎาคม- ธันวาคม). กลไกและปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อการติดสารเสพติด. *มฉก. วิชาการ.* 8(15): 85.

ศศิธร พรไพรินทร์. (2541). *ผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพเฮโรอีน ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพเฮโรอีน ความคาดหวังในผลขอการเลิกเสพเฮโรอีนของผู้เสพเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ศิริพร ทองบ่อ และคณะ. (2548). *ผลการให้การปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์.* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ถ่ายเอกสาร.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549.* กรุงเทพฯ : โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชชิ่ง.

----------. (2550). *Thai Drink Guide.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่3 เรื่อง สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา. ม.ป.พ.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2*550. กรุงเทพฯ : โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชชิ่ง.

สถาบันธัญญารักษ์. (2550). *สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550.* ถ่ายเอกสาร.

สมบัติ ตรีประเสริฐกุล, บรรณาธิการ. (2550). *สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา.* กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2550). แอลกอฮอล์และระบบประสาท. ใน*สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา.* หน้า 59-79. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.* พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. (2545*).* *การแพร่ระบาดของสารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพสารเสพติดของนักเรียนชั้นมัยมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี.* ถ่ายเอกสาร.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (2550). การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. ในสุรา*ไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา.* หน้า107-119. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย; และคณะ. (2547). ประชุมปฏิบัติเรื่อง ดื่มอย่างฉลาด จากความรู้สู่การปฏิบัติ. ใน *รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ.* หน้า 37-40. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย; และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *รายงานองค์ความรู้เรื่อง มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์.* สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุกุมา แสงเดือนฉาย. (2547). *การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา.* ถ่ายเอกสาร.

----------. (2549*).* *ปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้บำบัดรักษาสุรา.* สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สุดรัก จิตต์หทัยรัตน์. (2546). *การปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนาเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าในวัยรุ่น.* ปริญญานิพนธ์ ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง.* วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สุรวัฒน์ คูวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน.* ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

อารีรัตน์ พันธุ์ทอง. (2535). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสารระเหย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Alcohol Anonymous World Service. (1993). *Alcohol Anonymous*. New York : Alcohol Anonymous World Service.

Bandura, Albert. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Rrentice-Hall.

----------. (2001). *Guide for Constructing Self-efficacy Scales*. (เอกสารประกอบการสอน) . ถ่ายเอกสาร.

Bayard, Max.; Mcintyre, Jonah.; Hill, keith R.; & Woodside, Jack. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician.* 69(6): 1443-1444.

Beck, Arron T.; et al . (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* USA.: The Guilford Press.

Booth, B.M.; Russell, D. W.;Soucek, S.; & Laughlin, P. R. (1992). Social Support and Outcome of Alcoholism Treatment: An Exploratory Analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 18(1), 87-101.

Brunswig, Kirk A.; Sbraga, Tamara Penix; & Harris, Cathi D. (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. USA.: 321-328.

Burleson, Josept.; & Kaminer, Yifrah. (2005). Self-efficacy as a predictor of Treatment Outcome in Adolescent Use Disorders. *Addictive Behaviors*. 30: 1757-1761.

Carroll Kathleen, M. (1998). *Therapy Manuals for Drugs Addiction*. USA.: National Institute on Drug Abuse.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314.

Cohen, Sheldon; & Syme, Leonard S. (1985). *Social Support and health*. London: Academic Press.

Cohen, Sheldon.; Underwood, Lynn G.; & Gottlieb, Benjamin, H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention.* Oxford: Oxford University Press.

Columbo Plan. (2000). *A Primer on Relapse Prevention*. n.p.

Conigrave, Katherine M.; et al. (2002). CDT, GGT, and AST as Markers of Alcohol Use: The WHO/ISBRA Collaborative Project. *Alcoholism Clinical and Experimental Research.* 26(3). 334-337.

Connors,Gerard J.; Donovan M. Dennis. ; & DiClemente C. Carlo. (2001). *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change.* New York: Guilford Publications.

Connors,Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Donovan, Dennis M.(1996). Conceptualizations of Relapse: A Summary of Psychological and Psychobiological Models. *Addiction.* 91( Supplement ): 5-13.

Connors, Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Zywiak, William H. (1996). Understanding Relapse in The Broader Context of Post-Treatment Functioning. *Addiction.* 91(Supplement): 173-189.

DiClement C. Carlo; Nidecker, Melissa; & Bellack S. Alan. (2006,December). Motivation and the Stages of Change among Individuals with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Retrieved June15, 2007, form htpp://www. sciencedirect. com/ science.

Gorski, Terence T; & Kelley, John M. (1996). *Counselor's Manual for Relapse Prevention with Chemically Dependent Criminal Offenders*. USA.: Department of Health and Human Services.

Gottlieb, Benjamin. (1983). *Social Support Strategies Guideline for Mental Health Practice*. USA.: SAGE.

Graham, Hermine L.; et al. (2004). *Cognitive-Behavioral Integrated Treatment (C-BIT).* England: John Wiley & Sons.

Hamid Ghodse. (2002). *Drugs and Addictive Behavior*. 3 rd ed. Cambridge: United Kingdom. University Press.

Ilgen, Mark; Tiet, Quyen; Finney, John; & Moos, Rudolf H. (2006). Self-efficacy, Therapeutic Alliance, and Alcohol-Use Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and drugs.* 67(3): 465-472.

Irvin, Jennifer E.; et al. (1999). Efficacy of Relapse Prevention a Meta-Analysis Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 67(4): 563-570.

Kadden, Ronald M. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. Retrieved January 28, 2008, from http: //www.bhrm.org/guidelines/CBT-kadden.pdf

Kadden, Ronald.; et al. (2003). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual.* USA.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kavanagh, David J.; et al. (2006). Addition of Cue Exposure to Cognitive-Behaviour Therapy for Alcohol Misuse: A Randomized Trial with Dysphoric Drinker. *Addiction.* 101:1106-1116.

Larimer, Mary E.; Palmer, Rebekka S.; & Marlatt, Alan G. (1999). *Relapse Prevention. Alcohol Researse and Health.* 23(2): 151-153.

Lee, Bongjae. (2005). *Alcohol-Induced Stress and Social Support as Influences of The Adult Substance Abuser's Health and Well-Being.* Dissertation, Ph.D. (The School of Social Work). Pittsburgh : University of Pittsburgh. Photocopied.

Loeber; et al . (2006). Cue Exposure in The Treatment of Alcohol Dependence: Effects on Drinking Outcome, Craving and Self-efficacy. *The British Psychological Society.* 45:515-529.

Magill, Molly.; & Ray, Lara A. (2009) Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users : A Meta-Analysis of Randomized Controllled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and drugs .* 70(4): 516-527.

Marlatt, Alan G. (1996). Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. *Addiction.* 91(Supplement): 37-49.

Marlatt, Alan G.; Parks, A George.; & Witkiewitz, Katie. (2002, December). *Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Therapy.* Retrieved December 7, 2006, from htpp://www. Bhn.org/ guideline/RDT

Mennuti, Rosemary B; Freeman, Arthur; & Christner, Ray W. (2006). *Cognitive-Behavioral Interventions in Educational Settings.* New York: Routledge Taylor &Francis Group.

Miller, William R. (1996). What is a Relapse? Fifty Ways to Leave the Wagon. *Addiction.* 91(Supplement): 15-27.

Moos, Rudolf H.; &Moos, Bernice S. (2006). Rates and Predictor of Relapse after Natural and Treated Remission from Alcohol Use Disorders. *Addiction.* 101. 212-222.

Neeskul, Nipa. (2001). *Development of the Service Model for Amphetamine Addicted Youths in Thanyarak Hospital*. Dissertation, Ph.D. (Public Health). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.

Neenan, Michael.; & Dryden, Windy. (2006). *Cognitive Therapy.* London: SAGE.

O' Donohue, William.; Fisher, Jane E; & Hayes, Steven C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. : Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice.* New Jersey: John Wiley & Sons.

Peele, Stanton. (1984). The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism. *American Psychologist*. 39(12): 1337-1348.

Phukao, Darunee. (2006). *Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand*. Dissertation, Ph.D. Queensland : University of Queensland. Photocopied.

Pearson, Richard E. (1990). *Counseling and Social Support*. London: SAGE.

Pedhazur, Elazar J. (1997). *Multiple Regression in Behavioral Research*. 3th ed. New York: Holt, Rinehart and Winsto.

Raistrick, Duncan; Heather, Nick; & Godfrey, Christine. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems.* National Treatment Agency for substance Misuse: London.

Rawson, Richard A.;et al. (2006) A Comparison of Contingency Management and Cognitive-Behavioral Approaches for Stimulant-Dependent Individuals. *Addiction.* 101: 268-271.

Rohsenow, Damaris.; & Malley. Stephania O. (1999*). Consensus Statement on Evaluation of Outcome of Pharmacotherapy for Substance Abuse/Dependence. Report from a NIDA/CPDD Meeting.* Washington DC.

Rosman, Alan S. (2008). *Biochemical Markers of Alcohol Consumption*. Retrieved October 6, 2008, form htpp://.findarticles.com/p/articles/mi_m0847/is_n3_v14/ai_1129867/ pg_1? tag=artbody;col1.

Sanders, Diana; & Wills Frank. (2005). *Cognitive Therapy*. London: SAGE.

Spiegler D. Michael.; & Guevremont C. David. (2003). *Contemporary Behavior Therapy.* 4th ed. U.S.A.: Thomson Wadsworth.

Tabachnick, Barbara G; & Fidell, Lina S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson/Alyn & bacon.

Tarter, Ralph E.; & Sugerman, J. Arthur. (1976). *Alcoholism.* Massaghusetts: Addison-Wesley Company.

Warren, Jazmin I; Stein, A Judith; & Grella, Christine E. (2007). Role of Social Support and Self-efficacy in Treatment Outcomes among Clients with Co-occurring Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 89: 267-274.

Witkiewitz, Katie.; & Marlatt, Alan G. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. American Psychologist. 59: 224-235.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก
# เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ
- แบบบันทึกการดื่มสุรา

# แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ

**คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด**

**ส่วนที่ 1** การวินิจฉัยการติดสุรา

ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการต่อไปนี้ข้อใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีความต้องการดื่มเหล้าในปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้รู้สึกดีเท่าเดิม
2. ต้องดื่มเหล้าตอนเช้าเพื่อแก้อาการมือสั่นหรืออาการปวดศีรษะ
3. บางครั้งไม่สามารถจะหยุดดื่มได้ เมื่อได้เริ่มต้นดื่มไปแล้ว
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
6. เคยต้องงดหรือลดกิจกรรมทางสังคม หรือการงานต่าง ๆ **เพื่อจะได้ดื่มเหล้า**
7. ยังคงดื่มอยู่ แม้ว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ

**ส่วนที่** 2 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตัวเลือก 1-8 หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ..... ปี (เศษของปีนับเป็น 1ปี)
2. สถานภาพสมรส

| | |
|---|---|
| 1. โสด | 2. สมรสและอยู่ด้วยกัน |
| 3. สมรสและแยกกันอยู่ | 4. หม้าย/หย่า/แยก |

4. ระดับการศึกษา

| | |
|---|---|
| 1. ไม่ได้เรียน | 2. ประถมศึกษา |
| 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. |
| 5. ปวส./อนุปริญญา | 6. ปริญญาตรี |
| 7. สูงกว่าปริญญาตรี | |

5. อาชีพหลักในปัจจุบัน

1. แม่บ้าน/พ่อบ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ 2. นักเรียน/นักศึกษา
3. การเกษตร(ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)การประมง
4. กรรมกร/งานรับจ้าง 5. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
6. ข้าราชการ 7. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
8. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้**รวมของท่าน**ต่อเดือน
1. ไม่มีรายได้ 2. น้อยกว่า 5,000 บาท
3. 5,000 – 7,500 บาท 4. 7,501 – 10,000 บาท
5. มากกว่า 10,000 ขึ้นไป

7. เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุ.....ปี
8. ดื่มสุราเป็นประจำตั้งแต่อายุ..... ปี
9. ช่วง1 เดือนก่อนมารักษาดื่มสุราปริมาณวันละ.....(ระบุ**จำนวน**และ**หน่วย** )
10. ชนิดของ**เหล้าที่ท่านดื่มเป็นประจำ**
1.เหล้าขาว 2.เหล้าสี (แม่โขง หงส์ทอง, ...)
3.เบียร์ 4.อื่น ๆ ระบุ.....

11. ท่านดื่มเหล้าบ่อยเพียงใด
1. ดื่มทุกวัน 2. ดื่ม1-3 วัน/สัปดาห์
3. ดื่ม4-6 วัน/สัปดาห์ 4. อื่นๆ.....

12. **ส่วนใหญ่**ท่านดื่มกับใคร
1. ดื่มคนเดียว 2. ดื่มเป็นกลุ่ม

13. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
1. อยู่คนเดียว 2. อยู่กับพ่อ แม่
3. อยู่กับลูก หลาน 4. อยู่กับพี่น้อง
5. อยู่กับเพื่อน 7. อื่นๆ ระบุ.....

**ส่วนที่** 2. ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านมาก

น้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย **เพียงคำตอบเดียว** คำถามนี้มี 31 ข้อ **โปรดตอบให้ครบทุกข้อ**

1.เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามอดทนอยู่กับความรู้สึกนี้ให้ได้โดยไม่ดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

2.ฉันตั้งใจจะปลีกตัวห่างจากเพื่อนที่ดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

3. แม้นอนไม่หลับ ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

4.เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามรับรู้อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน โดยไม่ดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

5.เมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจกัน หรือทะเลาะกับคนในบ้าน ฉันก็ตั้งใจจะไม่ดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

6.เมื่อฉันคิดถึงบรรยากาศของการดื่มเหล้า ฉันจะรีบหยุดความคิดนั้น

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

7.ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อทำให้ร่างกายกระปรี้ประเปร่า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

8.เมื่อกลุ่มเริ่มมีการดื่มเหล้า ฉันจะหาทางเลี่ยงออกจากกลุ่มนั้น

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

9.เมื่อคิดถึงความรู้สึกดีๆ ที่ได้จากการดื่ม ฉันจะหาเหตุผลโต้แย้งความคิดนี้ทันที

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ……. | ……. | ……. | ……. | ……. | ……. |

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10.ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อเป็นการผ่อนคลายหลังทำงานหนักหรือเหนื่อยล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11.เมื่อรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะบอกตัวเองว่า “เดี๋ยวความรู้สึกนี้จะหมดไป”

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12.ฉันจะปฏิเสธทันที เมื่อถูกชักชวนให้ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

13.ใครจะพูดท้าทาย ดูถูก หรือเสียดสีอะไร ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

14.ฉันจะไม่ดื่มเหล้าเพื่อทดสอบว่าเลิกเหล้าได้จริงหรือไม่

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

15.เมื่อรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะเบี่ยงเบนความสนใจไปทำสิ่งต่างๆ โดยไม่ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

16.ฉันจะไม่กลับไปดื่มเหล้าอีก แม้ใครไม่เชื่อใจฉันว่าหยุดดื่มเหล้าได้

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

17.ในวันที่ฉันรู้สึกเบื่อๆ เซ็งๆ ฉันพยายามจะหาสิ่งต่างๆ ทำโดยไม่ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

18.ฉันจะไม่ดื่มหล้า เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีกำลังวังชาในการทำงาน

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

19.ฉันจะไม่กลับไปดื่มเหล้า ถึงแม้ไม่มีใครเข้าใจฉัน

…….. …….. …….. …….. …….. ……..

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

20.แม้มีเงินที่จะซื้อเหล้าได้ ฉันก็จะไม่ซื้อเหล้ามาดื่ม

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

21.ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อประชดประชันใคร

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

22.แม้ว่าสุขภาพของฉันจะแข็งแรง ฉันก็จะไม่กลับไปดื่มเหล้าอีก

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

23.เมื่อรู้สึกน้อยใจ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีคุณค่า ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

24.ฉันตั้งใจที่จะหยุดเหล้าให้ได้เพื่อรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

25.ในวันที่มีความสุข ครื้มอกครื้มใจ ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

26.ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อบรรเทาอาการสั่น

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

27.ฉันหักห้ามใจตนเอง ไม่ให้คิดถึงเรื่องการดื่มเหล้า

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

28.ฉันพยายามไม่คิดถึงเหตุการณ์ต่างๆ ในอดีตที่จะกระตุ้นให้ฉันรู้สึกอยากดื่ม

…….. …….. …….. …….. …….. ……..
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

**ส่วนที่** 3. การมั่นใจในการป้องกันการดื่มสุรา

**คำชี้แจง** **คำชี้แจง** ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากมั่นใจ

มากว่าทำได้ถึงไม่มั่นใจเลยว่าทำได้ **เพียงคำตอบเดียว** คำถามนี้มี 29 ข้อ **โปรดตอบให้ครบทุกข้อ**

**ท่านมั่นใจเพียงใดที่จะไม่ดื่มเหล้า**

1. เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

2. เมื่อเพื่อนคะยั้นคะยอให้ดื่ม

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

3. เมื่อเกิดความขัดแย้งกับคนอื่น

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

4. เมื่อรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

5. เมื่อท่านมีปัญหานอนไม่หลับ

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

6. เมื่อท่านยังคบอยู่กับเพื่อนที่ดื่มเหล้า

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

7. เมื่อรู้ว่าคอยถูกจับผิด

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

8. เมื่อคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

9. เมื่อถูกท้าทายให้ดื่ม

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

10. เมื่อรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

11. เมื่อท่านปวดเมื่อยตามร่างกาย

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

12. เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงต่างๆ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

13. เมื่อมีคนพูดจาเสียดสี ประชดประชัน

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

14. เมื่อครุ่นคิดเกี่ยวกับการดื่มเหล้าอยู่ตามลำพัง

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

15. เมื่ออยู่ในบรรยากาศที่ท่านชอบดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

16. เมื่อไม่มีใครเชื่อใจท่านว่าเลิกเหล้าได้

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

17.ไม่ดื่มเหล้า เมื่อรู้สึกเครียด หรือกังวลใจ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

18. เมื่อสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

19. เมื่ออยู่บ้านคนเดียว

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

20. เมื่อรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตนเอง

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

21. เมื่ออยู่ในร้านขายเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

22. เมื่อรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจท่าน

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

23. เมื่อคิดถึงบรรยากาศของการดื่มเหล้า

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

24. ขณะที่ท่านรู้สึกอยากดื่ม

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

25. ในวันที่มีการเฉลิมฉลองความสุข ความสำเร็จ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

26. เมื่อมีเงินอยู่กับตัวเป็นจำนวนมาก

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจ | ค่อนข้างมั่นใจ | ค่อนข้างไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจ | ไม่มั่นใจเลย |

27.เมื่อถูกกล่าวหาว่าดื่มเหล้าทั้งที่ไม่ได้ดื่ม

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| มั่นใจมาก | มั่นใจมาก | มั่นใจมาก | มั่นใจมาก | มั่นใจมาก | มั่นใจมาก |

# แบบบันทึกการดื่มสุรา

**โปรดเติมข้อมูลในแบบบันทึกการดื่มสุราตามความเป็นจริง**

| ว.ด.ป. | **จันทร์** (…….) | **อังคาร** (…….) | **พุธ** (…….) | **พฤหัสบดี** (…….) | **ศุกร์** (…….) | **เสาร์** (…….) | **อาทิตย์** (……..) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น** | | | | | | | |
| **เหล้าที่ดื่ม** | | | | | | | |
| **ปริมาณการดื่ม** (กลม, แบน, กระป๋อง ,ก๊ก,เป็ก) | | | | | | | |
| ว.ด.ป. | **จันทร์** (…….) | **อังคาร** (…….) | **พุธ** (…….) | **พฤหัสบดี** (…….) | **ศุกร์** (…….) | **เสาร์** (…….) | **อาทิตย์** (……..) |
| **เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น** | | | | | | | |
| **เหล้าที่ดื่ม** | | | | | | | |
| **ปริมาณการดื่ม** (กลม, แบน, กระป๋อง ,ก๊ก,เป็ก) | | | | | | | |

# ภาคผนวก ข
# การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 14 ค่า Item-Total Correlation รายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา

| ข้อที่ | ค่า Item-Total Correlation |
|---|---|
| 1 | .830 |
| 2 | .650 |
| 3 | .504 |
| 4 | .874 |
| 5 | .722 |
| 6 | .785 |
| 7 | .781 |
| 8 | .666 |
| 9 | .482 |
| 10 | .676 |
| 11 | .615 |
| 12 | .721 |
| 13 | .702 |
| 14 | .681 |
| 15 | .720 |
| 16 | .563 |
| 17 | .629 |
| 18 | .579 |
| 19 | .564 |
| 20 | .826 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ข้อที่ | ค่า Item-Total Correlation |
|---|---|
| 21 | .687 |
| 22 | .692 |
| 23 | .694 |
| 24 | .489 |
| 25 | .721 |
| 26 | .700 |
| 27 | .676 |
| 28 | .718 |
| ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .960 | |

ตาราง 15 ค่า Item-Total Correlation รายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดความมั่นใจในการป้องกันการดื่มสุรา

| ข้อที่ | ค่า Item-Total Correlation |
|---|---|
| 1 | .805 |
| 2 | .389 |
| 3 | .635 |
| 4 | .857 |
| 5 | .552 |
| 6 | .686 |
| 7 | .654 |
| 8 | .766 |
| 9 | .594 |
| 10 | .793 |
| 11 | .663 |
| 12 | .676 |
| 13 | .577 |
| 14 | .661 |
| 15 | .823 |
| 16 | .507 |
| 17 | .770 |
| 18 | .693 |
| 19 | .735 |
| 20 | .703 |

ตาราง 15 (ต่อ)

| ข้อที่ | ค่า Item-Total Correlation |
|---|---|
| 21 | .689 |
| 22 | .845 |
| 23 | .812 |
| 24 | .789 |
| 25 | .555 |
| 26 | .824 |
| 27 | .595 |
| ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .963 | |

# ภาคผนวก ค
# รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวัด
- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

# รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวัด

1. นายแพทย์ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
   แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ดร. ดรุณี ภู่ขาว
   อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ดร. จิตรา ดุษฎีเมธา
   ประธานโครงการศูนย์ให้คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพ
   มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4. ดร.นิยะดา จิตต์จรัส
   อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

5. ดร.นิภา กิมสูงเนิน
   ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันธัญญารักษ์

# รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ
# ตรวจสอบโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

1. นายแพทย์ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
   แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ดร. ดรุณี ภู่ขาว
   อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ดร. จิตรา ดุษฎีเมธา
   ประธานโครงการศูนย์ให้คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพ
   มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# ภาคผนวก ง
# การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

- การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น MANCOVA
- แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มต่างๆ

1. **การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น** MANCOVA

ตาราง 16 ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่า Shapiro-Wilk ของตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ความเบ้ | ความโด่ง | Shapiro-Wilk | ความเบ้ | ความโด่ง | Shapiro-Wilk |
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | -.124 | -.585 | .738 | -.559 | -.318 | .268 |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ | -.993 | 1.722 | .031 | -.125 | -.849 | .250 |

ตาราง 17 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริซ์ความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box'M test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| Box'M test | df1 | df2 | F | Sig |
|---|---|---|---|---|
| 15.431 | 9 | 12126.177 | 1.588 | .113 |

ตาราง 18 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริซ์ความแปรปรวนของตัวแปรตามด้วย Levene' test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร | F(Levene statistic) | df1 | df2 | sig |
|---|---|---|---|---|
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | 1.442 | 3 | 55 | .241 |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ | 1.742 | 3 | 55 | .169 |

ตาราง 19 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรร่วม (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง) กับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง

| ตัวแปรตาม | ตัวแปรร่วม (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลอง) |
|---|---|
| ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | .256* |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ | .214 |

ตาราง 20 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

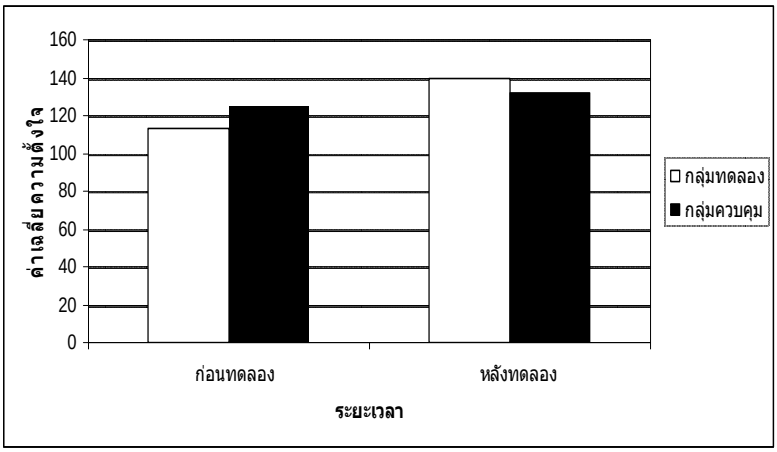
| ตัวแปร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ | 1 | | | | | | | | | |
| 2. การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ | .731** | 1 | | | | | | | | |
| 3.ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเดือนที่1 | -.020 | .079 | 1 | | | | | | | |
| 4.ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเดือนที่2 | -.080 | -.011 | .248 | 1 | | | | | | |
| 5.ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเดือนที่3 | .-040 | .023 | .438** | .792** | 1 | | | | | |
| 6.ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเดือนที่1 | -.383** | -.262* | -.679** | -.513** | -.442** | 1 | | | | |
| 7.ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเดือนที่2 | -.206 | -.090 | -.383** | -.815** | -.740** | .637** | 1 | | | |
| 8.ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเดือนที่3 | -.193 | -.084 | -.517** | -.635** | -.845** | .535** | .688** | 1 | | |
| 9.ปริมาณสาร GGT ในเลือดเดือนที่1 | .471** | .274* | .231 | .179 | .016 | -.247 | -.119 | -.201 | 1 | |
| 10.ปริมาณสาร GGT ในเลือดเดือนที่2 | .234 | .027 | .367** | .235 | .099 | -.277* | -.182 | -.271 | .949** | 1 |
| 11.ปริมาณสาร GGT ในเลือดเดือนที่3 | .206 | .094 | .295* | .192 | .096 | -.156 | -.135 | -.294* | .958** | .985** |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

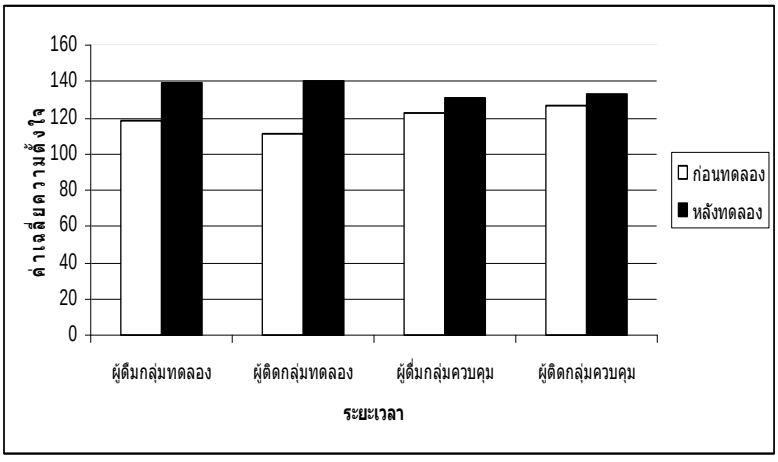
2. **แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มต่าง ๆ**

แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



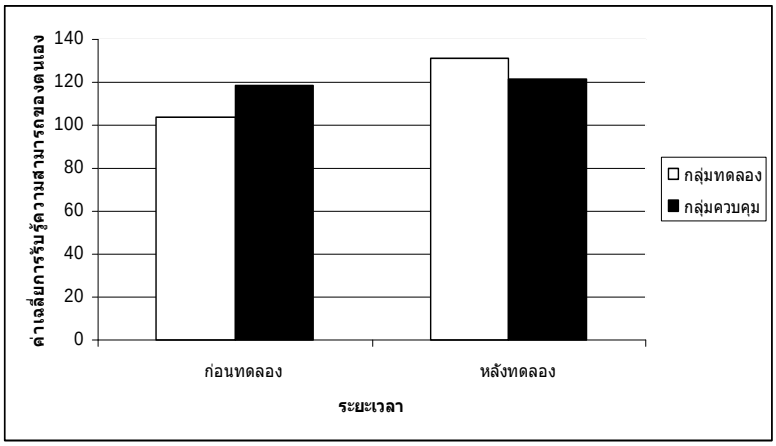

ภาพประกอบ 11 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



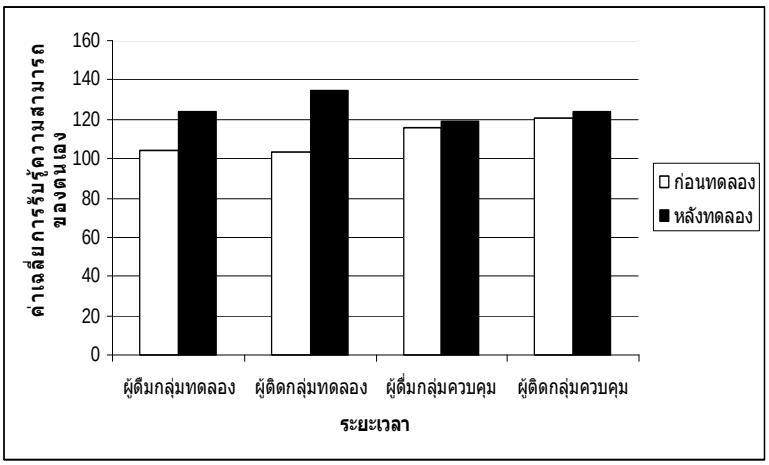

ภาพประกอบ 12 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความตั้งในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม




ภาพประกอบ 13 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม




ภาพประกอบ 14 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

# ภาคผนวก จ
# โปรแกรม
# การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

# โปรแกรม
# การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

**โดย**

**สุกุมา แสงเดือนฉาย**

# สารบัญ


| หัวข้อ | หน้า |
|---|---|
| วัตถุประสงค์…… | 165 |
| แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม…….. | 165 |
| เนื้อหาของโปรแกรม…… | 167 |
| โครงสร้างของโปรแกรม…..…… | 168 |
| ครั้งที่ 1 การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา…… | 176 |
| ครั้งที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม.....……... | 183 |
| ครั้งที่ 3 ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา…….. | 190 |
| ครั้งที่ 4 ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด……..…… | 193 |
| ครั้งที่ 5 การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา……..… | 198 |
| ครั้งที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม……..…… | 204 |
| ครั้งที่ 7 การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง…..……..…… | 210 |
| ครั้งที่ 8 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา..……... | 214 |
| ครั้งที่ 9 แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา……..……. | 218 |
| ครั้งที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน…..…….. | 222 |

# โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาการดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ จึงเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาใช้สำหรับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา โดยมีการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังที่จะกล่าวถึงต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการติดซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการดื่มสุรา และพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดซ้ำ
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการป้องกันการติดสุราซ้ำที่จะนำสู่การปฏิบัติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
7. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันการติดสุราซ้ำและไม่ติดสุราซ้ำ

## แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา มีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

**แนวคิดการป้องกันการติดซ้ำ** (Relapse prevention)

รูปแบบการป้องกันการติดซ้ำอยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้ทางสังคมที่ใช้แนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ โดยเน้นย้ำถึงการเรียนรู้ประสบการณ์ เรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดำรงอยู่บนเส้นทางการเลิกสุรา โดยการสอนและการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยได้ฝึกการคิด วิเคราะห์ อภิปรายกรณีปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเอง จากประสบการณ์ ตัวแบบจากเพื่อนๆ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในกลุ่มถึงสิ่งกระตุ้นการดื่ม และสถานการณ์เสี่ยงที่สัมพันธ์กับบุคคลที่ดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม และช่วงเวลาที่ดื่ม ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งจากภายในตัวของผู้ป่วยเอง ได้แก่การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยและเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่ม และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ติดซ้ำ และเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง อย่างเหมาะสม มีความตั้งใจและรับรู้ในความสามารถของตนเองจนเกิดความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการเสพซ้ำ

**แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** (Cognitive behavior therapy)

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการดื่มสุราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นไปในทางบวกต่อตนเอง ขณะเดียวกันก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกที่เป็นปัญหาไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำสู่การติดซ้ำ โดยการเรียนรู้วิธีการต่างๆ ได้แก่ การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธกับการดื่มสุรา การวิเคราะห์ประโยชน์และโทษของการดื่มสุรา การบอกอารมณ์และประเมินอารมณ์ของตนเองได้ การหาความคิดอัตโนมัติ การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง การจินตนาการ การหยุดความคิด การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง การบันทึกประจำวัน การฝึกฝนทักษะซ้ำๆ เพื่อการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และเห็นถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือนต่อการดื่มสุราของตนเองที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่องจนเป็นปัญหามาถึงปัจจุบัน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปติดซ้ำ

**แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม** (Social support)

นำแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้โดยคำนึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นบุคคลในครอบครัว บุคคลสำคัญรอบข้าง ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแลผู้ป่วย ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง และเป็นเกราะป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความรู้สึกที่ดีๆ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัวและบุคคลสำคัญถึงความยากลำบากของ

ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญในช่วงของการเลิกดื่มสุรา และบทบาทที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวิกฤติการณ์ต่างๆ ไปได้

**เนื้อหาของโปรแกรม**

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา เป็นโปรแกรมการบำบัดที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำ การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดซ้ำ และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งมีกิจรรม 10 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา
กิจกรรมที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา
กิจกรรมที่ 4 ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด
กิจกรรมที่ 5 การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม
กิจกรรมที่ 7 การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง
กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา
กิจกรรมที่ 9 แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา
กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

**โครงสร้างของโปรแกรม**

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบกลุ่ม บำบัดจำนวน 10 ครั้ง ดำเนินการทุกวัน วันๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง มีโครงสร้างของโปรแกรมดังนี้

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| **ระยะที่** 1<br>สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา<br><br>**แนวคิด**<br>1.การป้องกันการติดซ้ำ<br>2.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม | **กิจกรรมที่** 1<br>การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา | -กิจกรรมสร้างความรู้จักกัน “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” | -เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย |
| | | -ให้ผู้ป่วยเขียนถึงความความคาดหวังในการเข้าบำบัดรักษาสุรา | -ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งคาดหวังในการเข้ารับการบำบัด |
| | | -ชี้แจ้งวัถตุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดรักษา | -ผู้ป่วยเข้าใจหลักการและวิธีการของโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม |
| | | -สอบถามเหตุผลของการเข้ารับการบำบัด และประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา<br>-ให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์ “สัญญาณอันตราย” สอบถามถึงความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการดูวีดิทัศน์<br>-อธิบายใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์”<br>-นำผลการตรวจทาง | -ผู้ป่วยสำรวจปัญหาและเห็นผลกระทบของการดื่มสุรา |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | ห้องปฏิบัติการมาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ<br>-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1 “วิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา”<br>-การบ้านทำใบงานที่2 “สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” | |
| | **กิจกรรมที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม | -ผู้ป่วยทำใบงานที่3 “แผนที่ความคิด”<br>-อธิบายรูปแบบของความคิด (Cognitive model) | -ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม |
| | | -ผู้ป่วยทำใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”<br>-สรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการดื่มสุรา และสัญญาณอันตราย<br>ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ ความรู้สึก และพฤติกรรม” | -ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้น สัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดื่มสุรา<br>-ผู้ป่วยตระหนักต่อการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา |
| **ระยะที่** 2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด<br>**แนวคิด**<br>1.แรงสนับสนุนทางสังคม<br>2.การป้องกันการติดซ้ำ | **กิจกรรมที่** 3 ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา | -ให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน”และให้เล่าประสบการณ์ของตนในครั้งที่พยายามหยุดดื่มสุรา<br>-ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำ | -ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทางการเลิกดื่มสุรา<br>-ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | ให้ประสบความสำเร็จ หรือสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา<br>-นำผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุรา<br>-ผู้ป่วยนำเสนอ วิธีการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองในการเลิกดื่มสุรา<br>-มอบหมายการบ้านในใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา” | |
| | **กิจกรรมที่** 4<br>ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด | -ประเมินแรงจูงใจในการบำบัด<br>-ให้ผู้ป่วยนึกย้อนถึงบุคคลที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ บุคคลนั้นคือใคร<br>-ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ประทับใจ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้น<br>-ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” และเก็บไว้มอบให้ในวันที่มาร่วมกิจกรรมครั้งที่9 | -ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัด |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | -ผู้ป่วยพูดถึงข้อความที่บุคคลสำคัญจะบอกกับตนเองเพื่อให้เลิกดื่มสุรา และเขียนไว้เตือนตนเอง | |
| | | -ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน<br>-การบ้านให้ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา” | -ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด |
| **ระยะที่** 3<br>การพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดซ้ำ<br><br>**แนวคิด**<br>1.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม<br>2.การป้องกันการติดซ้ำ | **กิจกรรมที่** 5<br>การเผชิญความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา | -ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น และชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น<br>-ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำสู่การดื่มสุรา” | -ผู้ป่วยรู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด |
| | | -ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุรา | -ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ |
| | | -แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ทำใบงานที่10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา” และใบงานที่11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด”<br>-การบ้านใบงานที่12 “แบบสำรวจตนเอง” | -ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติได้ |

| การดำเนินการ/แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | **กิจกรรมที่** 6<br>การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม | -อธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3 “ความรู้สึกอยากดื่ม” | -ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจกระบวนการเกิดขึ้นและหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม |
| | | -สอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม<br>-ให้ผู้ป่วยฝึกจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม<br>-ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จในใบงานที่13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”<br>-การบ้านให้ทำใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม” | -ผู้ป่วยสามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม<br>-ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้ |
| | **กิจกรรมที่** 7<br>การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง | -อธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา” | -ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | -ผู้ป่วยนึกย้อนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่ม แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม และให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน<br>-ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบ้างเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน | -ผู้ป่วยสามารถสำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราได้ |
| | | -แบ่งกลุ่ม ทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” | -ผู้ป่วยมีแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสม |
| | **กิจกรรมที่** 8<br>การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา | -ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การดื่มสุราที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการปฏิเสธการดื่ม<br>-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา” | -ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง |
| | | -ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น<br>-ผู้วิจัยอธิบายถึงการ | -ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเองอย่าง |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | ปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในใบความรู้ที่5 “ทักษะการปฏิเสธ”<br>-ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติอีกครั้ง และสลับคู่ฝึกกับผู้ป่วยท่านอื่น<br>-ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ | มีประสิทธิภาพ |
| **ระยะที่** 4<br>เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ<br><br>**แนวคิด**<br>1.แรงสนับสนุนทางสังคม<br>2.การป้องกันการติดซ้ำ | **กิจกรรมที่** 9<br>แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา | - บุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วมกิจกรรมแนะนำตัว<br>-ผู้ป่วยพูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และเปิดโอกาสให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย<br>-ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นสภาพ”<br>-ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด | -ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญ<br>-ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ |

| การดำเนินการ/ แนวคิด | ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม | กิจกรรม | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|
| | | -ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน | |
| | | ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา | -ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษากับบุคคลสำคัญและผู้บำบัด |
| | **กิจกรรมที่** 10 ทบทวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน | -เล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวันและผลของกิจกรรม<br>-ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีความสำคัญในการสร้างความสมดุลของการดำเนินชีวิต<br>-ผู้ป่วยพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ<br>-อภิปรายถึงความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ | -ทบทวนแผนการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัด<br>-ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการป้องกันการติดซ้ำ |
| | | -นัดหมายการติดตามผลเพื่อมาพบกันในอีก 3 ครั้ง | -เพื่อยุติในการทำกลุ่มและนัดหมายติดตามผล |

**ครั้งที่** 1

**ชื่อกิจกรรม: การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้วิจัย และกับผู้ป่วยด้วยกัน
2. ทบทวนสิ่งที่คาดหวังของการเข้ารับการบำบัด
3. ทำความเข้าใจหลักการและวิธีการของโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม
4. สำรวจปัญหาและเห็นผลกระทบของการดื่มสุรา

**แนวความคิด**

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเน้นความสัมพันธ์ในการบำบัด (Collaborative therapeutic relationship) ที่ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความจริงใจ เปิดเผย และร่วมมือกันทั้งนักบำบัดและผู้ป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะพูดคุยเปิดเผยข้อมูลของตนเองตามความเป็นจริงได้ ทั้งในเรื่องของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตน รวมทั้งเป้าหมายหรือความคาดหวังในการเข้ารับการบำบัด ซึ่งจะทำให้นักบำบัดสามารถที่จะมองเห็นความเป็นตัวตนของผู้ป่วยและมีความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น ข้อมูลและประวัติต่างๆของผู้ป่วยก็จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้การดูแลรักษา

สำหรับในการบำบัดครั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงหลักการ วิธีการ และระยะเวลาในการบำบัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับรู้ในบทบาทของตนว่าสิ่งใดที่ควรทำ หรือต้องทำอย่างไรเพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน หรือจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดรักษามากที่สุด

นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับสมองติดแอลกอฮอล์ และการชี้ให้เห็นความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมกับการให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่นำผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมาทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยเป็นกระจกเงาที่สะท้อนภาพซึ่งกันและกันทำให้มองสาเหตุและปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่ส่งผลอยู่ในปัจจุบัน

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเองจนครบ หลังจากนั้นเพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกันให้ทำกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” โดยให้นั่งเป็นรูปวงกลม เมื่อสัญญาณเริ่มเล่นทุกคนตบมือเป็นจังหวะพร้อมกัน 3 ครั้ง พอจบจังหวะตบมือ 3 ครั้ง

ผู้ป่วยคนแรกต้องทำดังนี้

-หัวแม่มือขวาชี้ตัวเองพร้อมบอกชื่อตัวเอง

-หัวแม่มือขวาชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางขวามือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

-หัวแม่มือซ้ายชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางซ้ายมือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

ผู้ป่วยที่นั่งอยู่คนถัดไปทางซ้ายที่ถูกเรียกชื่อจะต้องปฏิบัติต่อไปเหมือนคนแรกจนครบทุกคน หลังจากนั้นอาสาสมัครผู้ป่วยที่จำชื่อเพื่อนได้มากที่สุดออกมาแนะนำเพื่อนที่ตนเองรู้จัก โดยเปิดโอกาสให้เพื่อนๆในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการเพิ่มเติมข้อมูลด้วย

2. ผู้วิจัยแจกกระดาษให้ผู้ป่วยเขียนถึงความคาดหวัง หรือความต้องการที่ได้รับจากการเข้าบำบัดรักษาสุรา และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจ้งวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัด และให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองแลกเปลี่ยนกัน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย” ซึ่งเป็นการทดลองฉีดสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันเข้าไปในตัวหนูทดลอง และสังเกตปฏิกริยาที่หนูตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นสอบถามความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการดูวีดิทัศน์

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในใบงานที่1 “สมองติดแอลกอฮอล์” และผลของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละคนมาพูดคุยกัน

4. ผู้วิจัยแจกใบงานที่1ให้ผู้ป่วยเขียน “วิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ด้วย

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรม และให้สรุปสิ่งที่เรียนรู้

2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ฟลิบชาร์ท, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วีดิทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย”

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. ใบความรู้ที่1

6. ใบงานที่1, และ2

7. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. สอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดแอลกอออล์

2. ประเมินจากปฏิกริยาของผู้ป่วยเมื่อทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสนใจซักถามถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น การแสดงความรู้สึกกังวลที่รับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา

3. ผลจากการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา

4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอภิปรายแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์”

สมองเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก มีลักษณะเป็นก้อนเนื้อนิ่มๆ หนักประมาณ 1.4 กิโลกรัมอยู่ภายในกระโหลกศรีษะ สมองเป็นศูนย์บัญชาใหญ่ของร่างกาย มีส่วนที่รับข้อมูลและสั่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ รวมทั้งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ จึงเป็นเสมือนส่วนที่ควบคุมนิสัยใจคอของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. สมองส่วนคิด ทำหน้าที่คิดตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยเหตุผล เมื่อติดสุราทำให้ขาดเหตุผล สติปัญญาเสื่อมถอย และตกเป็นทาสสมองส่วนอยาก

2. สมองส่วนอยาก เป็นสมองอยู่ชั้นในควบคุมอารมณ์ ความทรงจำ และพฤติกรรม สมองส่วนนี้เป็นสื่อกลางของการติดสุราและสารเสพติดทุกชนิด เป็นที่ตั้งของสมองความสุขซึ่งนำไปสู่การติด

ในการทำงานของสมองมีการประสานทั้งภายใน และประสานส่วนอื่นภายนอกด้วย ในสมองจึงมีวงจรมากมายคล้ายวงจรไฟฟ้า วงจรนี้ประกอบด้วยเซลประสาท ซึ่งมี แขนรับสัญญาณเข้ามาในเซลประสาท กับแขนส่งสัญญาณออกจากเซลไปยังเซลประสาทตัวอื่นที่อยู่ถัดไป ที่จุดส่งและรับสัญญาณเรียกว่าปมประสาท ซึ่งความจริงผิวของเซลทั้งสองที่รับ ส่งสัญญาณไม่ได้สัมผัสกันโดยตรง แต่เป็นช่องว่างเล็กๆ ที่มีสารสื่อประสาทอยู่ ซึ่งการส่งสัญญาณผ่านไปต้องอาศัยสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทจะมีผลต่อเซลตัวถัดไป วงจรนี้จะเกิดเป็นทอดๆ ต่อไป

กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ การทำนุบำรุงดูแลเอาใจใส่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สมองส่วนนี้เป็นส่วนควบคุมความพอใจ

เมื่อสมองส่วนควบคุมความพอใจ ความรู้สึกถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าจะหลั่งสารโดปามีนออกมา ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ เมื่อสิ่งเร้าหมดไป ระดับโดปามีนจะลดลง ความรู้สึกพึงพอใจจะลดลง เกิดเป็นความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ต้องแสวงหาสิ่งเร้ามากระตุ้นอีก เพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้ เรียกว่าพฤติกรรมแสวงหาความพึงพอใจ (Rewarding behaviors)

ตัวอย่างการทดลองใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจในหนูทดลอง พบว่ามีระดับโดปามีนสูงขึ้นกว่าปกติ และเมื่อกระตุ้นไปสักระยะหนึ่งหนูเกิดการเสพติดกับการถูกกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า คือหนูจะต้องได้รับกระแสไฟฟ้าอยู่เรื่อยๆ และเพิ่มความถี่ของความต้องการมากขึ้น หนูจะเรียนรู้ที่จะเปิดสวิทซ์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวเอง และเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้น จะกระวนกระวายเกิดเป็นการเสพติดขึ้น

บุคคลที่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน เซลสมองถูกกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีนออกมาอย่างมากและทันที มีผลทำให้เซลสมองเกิดความเคยชินกับสภาพนั้น ในระยะต่อไปเซลสมองจึงไม่สามารถทำงานตามปกติได้ แต่จะรอให้มีการกระตุ้นจากยาเสพติดเสียก่อน ดังนั้น ผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดจึงมักจะสูญเสียความสามารถในการแสวงหาความสุขให้แก่ชีวิตด้วยกลไกโดยธรรมชาติของตนเอง แต่เป็นชีวิตที่ต้องหมกมุ่น แสวงหาสารเสพติดและแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเซลสมองเพื่อสร้างความสุข ความพอใจ จนทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดแอลกอฮอล์

การเสพติดจึงนำไปสู่การพึ่งพาแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) และอาการดื้อยา (Tolerance) โดยอาการถอนพิษยา จะเกิดขึ้นเมื่อเซลสมองไม่ได้รับแอลกอฮอล์เพื่อไปกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีน ร่างกายจึงเกิดการทำงานแปรปรวนเมื่อขาดแอลกฮอล์ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และจิตใจ ส่วนอาการดื้อยา เป็นอาการที่เซลสมองเคยชินต่อสภาพที่ต้องอาศัยแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเพื่อสร้างความสุข ผู้ดื่มจึงต้องเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิม

นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดคือ อาการอยากยา (Craving) เป็นอาการที่เกิดความทรงจำและการเรียนรู้ถึงความสุข ความเพลิดเพลินที่ได้รับจากการดื่ม สิ่งเหล่านี้จึงฝังลึกอยู่ในความรู้สึกและจิตใจของบุคคล และมักจะแวบข้ามาอยู่ในสมองเสมอๆ จึงมักเกิดความรู้สึกนี้ได้บ่อยๆ

จากการศึกษาโดยใช้เครื่องสแกนสมองพบว่าผู้ดื่มสุราและสารเสพติดมีภาวะสมองถูกทำลาย มีผลทำให้เกิดการเสียหน้าที่ในเรื่องความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย โดยผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ยังคงดื่มต่อไปก็ยิ่งทำให้สมองถูกทำลายมากขึ้น และอาจทำให้มีอาการทางจิตประสาทได้ วิธีการที่ดีในการช่วยเหลือคือการบำบัดรักษาผู้ติดแอกอฮอล์ให้สามารถหยุดสุราได้ เซลสมองก็จะไม่ถูกทำลายเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด

# ใบงานที่ 1 “วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา”

**คำชี้แจง** ให้ท่านวิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุราที่มีต่อตัวท่าน

| ผลดีของการดื่มสุรา | ผลเสียของการดื่มสุรา |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| ผลดีของการหยุดดื่มสุรา | ผลเสียของการหยุดดื่มสุรา |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

# ใบงานที่ 2 “สิ่งดี ๆที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา”

**คำชี้แจง** ให้ท่านคิดถึงเหตุการณ์ หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตถ้าท่านสามารถหยุดดื่มสุราได้

ตนเอง

……

……

……

……

……

……

……

……

……

ครอบครัว

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

**ครั้งที่** 2

**ชื่อกิจกรรม: ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. เรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
2. เข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้น สัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดื่มสุรา
3. ตระหนักต่อการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา

**แนวความคิด**

รูปแบบความคิด (Cognitive model) เป็นรูปแบบพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affect) และพฤติกรรม(Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้ามีสิ่งกระตุ้นเร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ด้วย

การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละช่วงของการดื่มได้ชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนการดื่ม ขณะดื่ม และผลภายหลังการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด ส่งผลอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราที่เกิดขึ้นและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนนำเข้าสู่ขั้นการดำเนินการ

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน “สิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” โดยให้อภิปรายร่วมกัน

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากงานที่มอบหมายให้ทำ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือ

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างเหตุการณ์ใกล้ๆ ตัวที่เกิดขึ้นแต่ละเหตุการณ์ และถามผู้ป่วยว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น อารมณ์/ความรู้สึกเป็นอย่างไร และเราทำอย่างไร (พฤติกรรม) เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อมีความคิดต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกก็แตกต่างกันไปด้วย

**ตัวอย่างของเหตุการณ์**

**เหตุการณ์แรก** กลางดึกของคืนวันหนึ่งขณะที่นอนหลับอยู่ เราสะดุ้งตื่นขึ้นมาเพราะได้ยินเสียงดังกอกแกรกๆ อยู่ที่หน้าบ้าน

**เหตุการณ์ที่สอง** ขณะขับรถอยู่บนถนน อยู่ๆ ก็มีรถขับแซงขึ้นมาอย่างรวดเร็วปาดหน้ารถของเราไปอย่างกระชั้นชิด

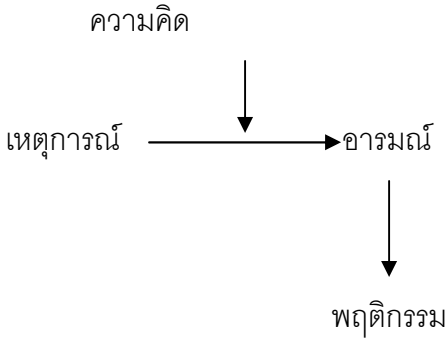
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำ ใบงานที่3 “แผนที่ความคิด” โดยให้ผู้ป่วยเลือกทำเพียงคนละ 1 สถานการณ์ โดยกำหนดให้ในสถานการณ์ ดังนี้

1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา

2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา

ในสถานการณ์ที่กล่าวมา ให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าถ้าตนเองตกอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ผู้ป่วยมีความคิดอะไรเกิดขึ้น ความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์อย่างไร และมีการกระทำหรือพฤติกรรมอะไรตามมา ให้เขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

3. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า บุคคลส่วนใหญ่มักคิดว่าเหตุการณ์จะมีผลต่อ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก แต่แท้ที่จริงแล้วหากพิจารณาให้ดีจะพบว่าระหว่างเหตุการณ์ และอารมณ์จะมีความคิดเกิดขึ้นแทรกอยู่ ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันนี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ดังนั้นในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกันบุคคลกลับมีอารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับความคิดของผู้ดื่มสุรา กับผู้ไม่ดื่มสุราจะมีความคิดการรับรู้ต่อการดื่มแตกต่างกัน ผู้วิจัยเขียนภาพรูปแบบของความคิดประกอบการบรรยาย




4. ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 2-3 คนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ที่นำมาก่อนดื่ม ขณะดื่ม และภายหลังการดื่มในใบงานที่4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

5. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการดื่มสุรา และสัญญานอันตราย

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และให้สอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทำในใบงานที่5“ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ฟลิบชาร์ต, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบงานที่3, 4 และ5
4. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

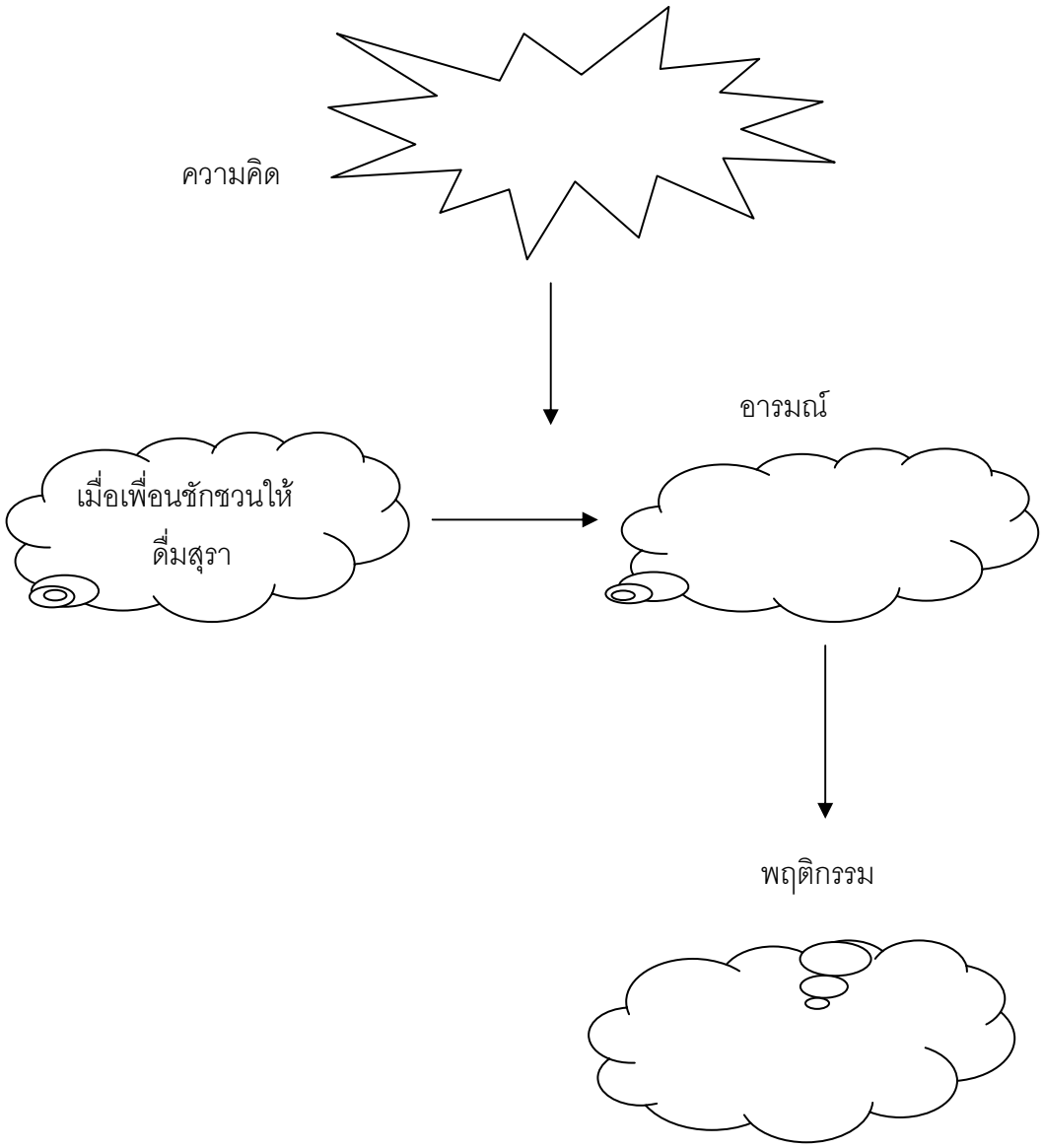
**การประเมินผล**

1. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
2. จากผลการวิเคราะห์การดื่มสุรา
3. การที่ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้น และสัญญานอันตรายที่นำไปสู่การดื่มสุรา
4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอภิปรายแสดงความคิดเห็น

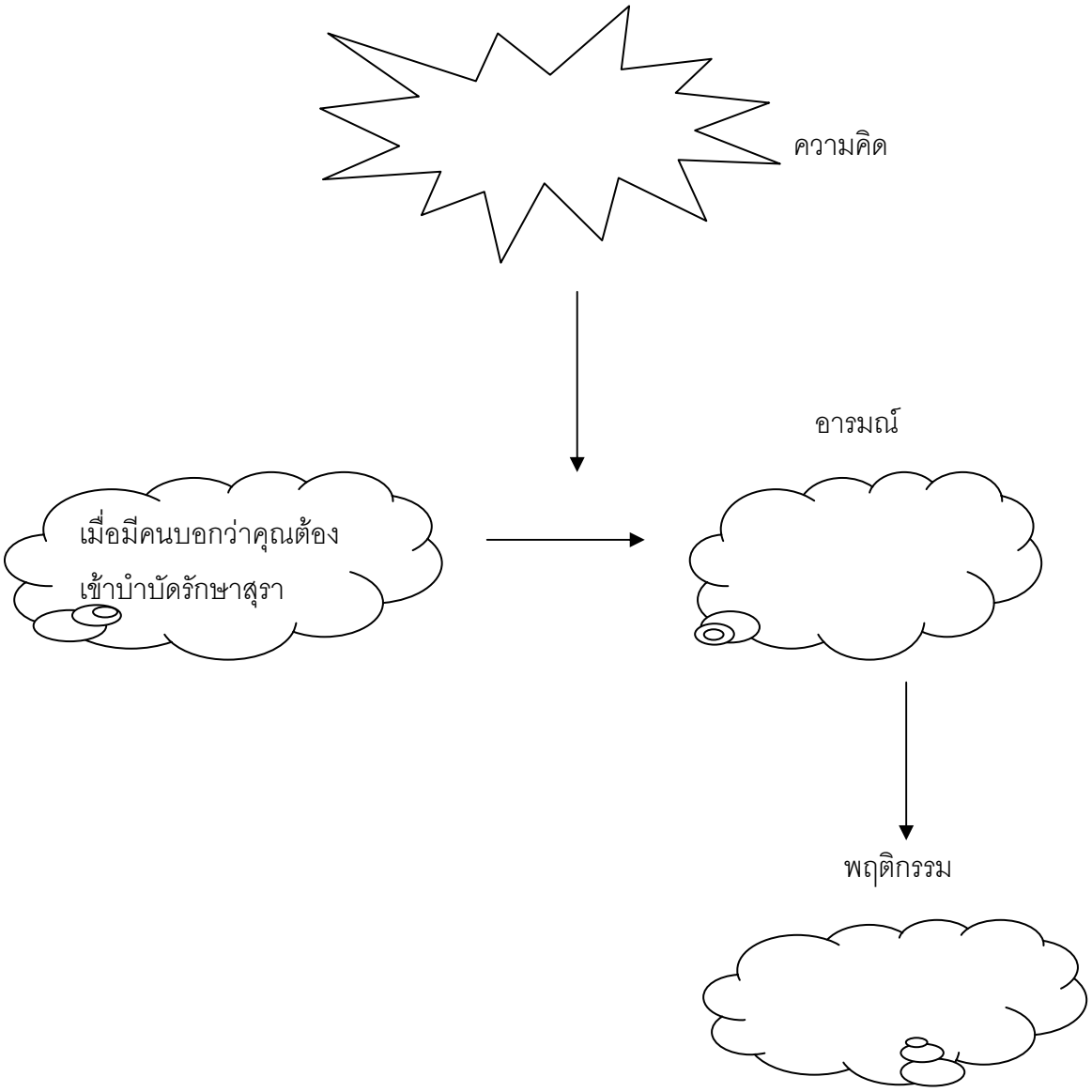
# ใบงานที่ 3 “แผนที่ความคิด”

**คำชี้แจง** ให้ท่านเขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยกำหนดให้ในสถานการณ์ ดังนี้

1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา



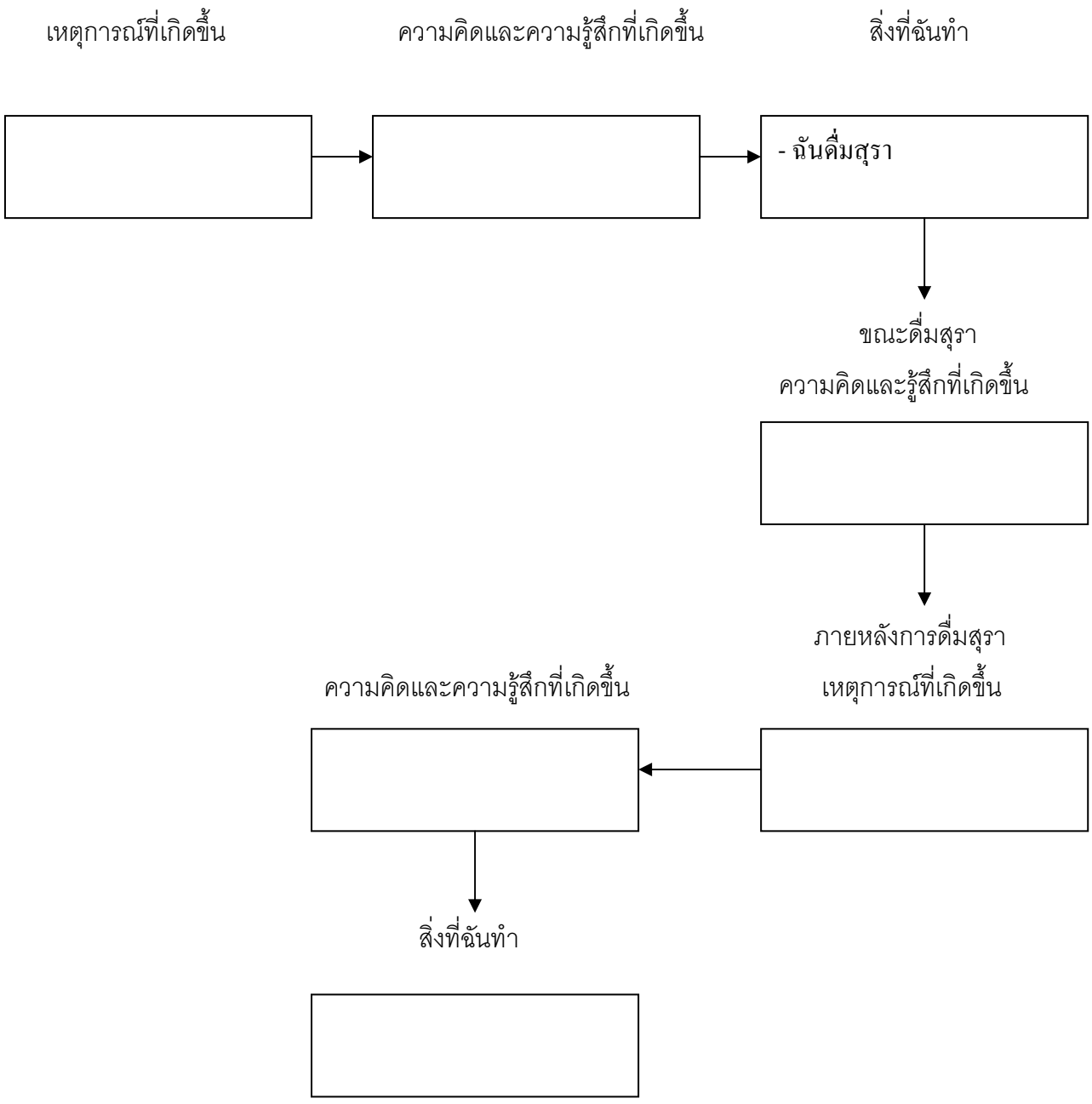
2)เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา



## ใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

**คำชี้แจง** ให้ท่านนึกถึงเหตุการณ์ในการดื่มครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาว่ามีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกิดขึ้น และเขียนลงในกรอบ

**วันนั้นที่ฉันดื่มสุรา**



# ใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

**คำชี้แจง** ให้ท่านพิจารณาข้อความข้างล่างนี้ ว่าเป็นข้อความประเภทใด 1.ความคิด 2. อารมณ์/ความรู้สึก และ 3. พฤติกรรม

| ข้อความ | ประเภท |
|---|---|
| 1. หงุดหงิด | …….. |
| 2. คุยกับเพื่อน | ……. |
| 3. กระวนกระวายใจ | …….. |
| 4. เลิกดื่มเหล้าได้ ชีวิตคงดีขึ้น | ……. |
| 5. เบื่อ | …….. |
| 6. ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดี | ……. |
| 7. เดินไปเดินมา | …….. |
| 8. พูดคุยกับเพื่อน | ……. |
| 9. โกรธ | …….. |
| 10. เขาเดินมาหาเราทำไม | ……. |
| 11. นั่งอยู่กับเพื่อนๆ | …….. |
| 12. สบายใจ | ……. |
| 13. ขว้างปาสิ่งของ | …….. |
| 14. กินข้าว | ……. |
| 15. คราวนี้เราจะเลิกเหล้าให้ได้ | …….. |

**ครั้งที่** 3

**ชื่อกิจกรรม: ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทางการเลิกสุรา
2. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุรา

**แนวความคิด**

การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนเองในการหยุดดื่มได้ โดยการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบเพื่อนที่อยู่บำบัดรักษาแล้วสามารถหยุดดื่มได้ มีการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันในบรรยากาศของความเข้าใจกัน มีความเป็นกันเอง รู้สึกถึงความเป็นกลุ่มเป็นเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน มีความต้องการในการที่จะหยุดหรือพยายามที่จะเลิกดื่มสุราเหมือนกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย สอบถามเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกกับเหตุการณ์ต่างๆในช่วงวันที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านที่ได้รับมอบหมายในใบงานที่5“ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่าประสบการณ์ของแต่ละคนในครั้งที่หยุดดื่มสุราได้ ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ หรือสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา
3. ผู้วิจัยนำผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุราที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุราได้ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองในการดำเนินชีวิตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอ พร้อมกับบอกถึงตัวแบบหรือวิธีการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองในการเลิกดื่มสุราได้

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วย ทำใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ฟลิบชาร์ต, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วีดิทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน”
4. ผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบในการเลิกดื่มสุรา
5. ใบงานที่5 และ6
6. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ หรือสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา

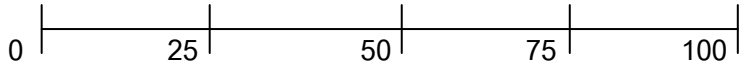
2. ประเมินผลจากข้อความที่เป็นคำพูด ที่แสดงถึงแรงจูงใจ ความตั้งใจ หรือความเชื่มมั่นในการที่อยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด หรือในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การหยุดดื่มสุรา

2. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

# ใบงานที่ 6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

**คำชี้แจง** ให้ท่านประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่อไปนี้ว่ามีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใดที่จะไม่ดื่มสุราจากคะแนน 0-100 (0=ไม่มั่นใจเลย (ดื่มเหล้าแน่นอน) 50=ไม่แน่ใจ 100=มั่นใจมาก (ไม่ดื่มเหล้า)

**สถานการณ์** **ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา**




**ไม่มั่นใจเลย** **ไม่แน่ใจ** **มั่นใจมาก**

1. อยู่บ้านตามลำพัง ……..
2. มีเงินอยู่กับตัว ……..
3. คบเพื่อนที่ดื่มเหล้า ……..
4. หงุดหงิดไม่สบายใจ ……
5. มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ……
6. อยู่ในสถานที่ขายเหล้า …….
7. มีอาการอยากดื่ม ……....
8. นอนไม่หลับ ……..

**ครั้งที่** 4

**ชื่อกิจกรรม: ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. มีแรงจูงใจในการบำบัด
2. มีเป้าหมายในชีวิต

**แนวความคิด**

แรงจูงใจในการบำบัด มีความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสุรา ค้นหาการบำบัดรักษา การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การอยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด จนกระทั่งออกจากสถานบำบัด โดยผู้ที่มีแรงจูงใจในการบำบัดจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมสอดคล้องกับแรงจูงใจของตน นอกจากนี้แรงจูงใจยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงการยืนหยัดในพฤติกรรม และเป็นพลังที่มีทิศทาง ในการนำไปสู่เป้าหมาย

แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska และ DiClementi เป็นการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาว่ามีตั้งแต่ขั้นที่ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตระหนักในปัญหา จนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง การเสริมแรงจูงใจในการบำบัดโดยการให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวที่รู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลัง มีความมุ่งหวัง มีกำลังใจในการเริ่มต้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปสู่สิ่งที่ปรารถนาอย่างมีเป้าหมาย

**ระยะเวลา** 120 นาที

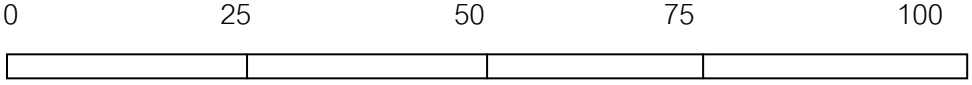
**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา
2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินแรงจูงใจในการบำบัดของตนเอง ในช่องคะแนนที่กำหนดให้และพูดคุยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแจงจูงใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน




| ไม่มีแรงจูงใจ | มีแรงจูงใจปานกลาง | มีแรงจูงใจมาก |
|---|---|---|
| ไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลง | ลังเลที่จะเปลี่ยนแปลง | พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง |

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหลับตา อยู่ในท่านั่งที่สบาย เปิดเพลงบรรเลงเบาๆ เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย และให้ผู้ป่วยค่อยๆ นึกย้อนถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รัก หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ซึ่งคอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่เสมอๆ เป็นเสมือนแรงยึดเหนี่ยวจิตใจในการบำบัด บุคคลนั้นคือใคร

3. ผู้ป่วยบอกถึงบุคคลสำคัญที่ตนเองนึกถึง และเล่าประสบการณ์หรือเหตุการณ์สิ่งประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้นแลกเปลี่ยนกัน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” เขียนถึงเรื่องราวประทับใจ หรือสิ่งดีๆ ที่เป็นความในใจและอยากจะบอกกับบุคคลสำคัญใส่ในจดหมาย เพื่อจะมอบให้ในวันที่มาร่วมกิจกรรมครั้งที่9

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแต่ละคนคิดถึงสิ่งที่บุคคลสำคัญจะบอกกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้หยุดสุราได้ว่าคืออะไร และให้จดไว้เพื่อใช้พูดเตือนตนเอง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และให้นำเสนออภิปรายร่วมกันถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมาย วิธีการ และปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ นำเสนอแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการที่ยังคงดื่มสุราอยู่จะเป็นอุปสรรคต่อการนำตนเองไปสู่เป้าหมาย

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายงานให้ผู้ป่วย ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ดินสอ
2. แผ่น CD เพลงบรรเลง
3. ใบงานที่7, 8 และ 9
4. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. ประเมินผลจากคำพูด หรือการแสดงออกถึงแรงจูงในการที่อยู่บำบัดรักษา หรือความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการหยุดดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ใบงานที่ 7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน”

วันที่.....

ถึงคุณ.....

สิ่งประทับใจในตัวคุณ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความในใจที่อยากจะบอกคุณ

.....

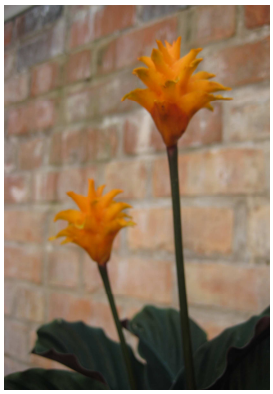
.....

.....

.....

.....

.....



ชื่อ.....

# ใบงานที่ 8 “เป้าหมายในชีวิต”

**คำชี้แจง**: ให้ท่านเขียนถึงเป้าหมายในชีวิต

เป้าหมายในชีวิตของท่าน

| | |
|---|---|
| เป้าหมายระยะยาว | |
| เป้าหมายระยะสั้น | |

| วิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย | ปัจจัยสนับสนุน | ระยะเวลา |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

# ใบงานที่ 9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

**คำชี้แจง**: ให้ท่านเขียนถึงแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

……

……

……

……

……

……

บุคคลที่จะช่วยเหลือท่านในการเลิกดื่มสุรา

……

……

……

……

……

……

สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือ

……

……

……

……

……

……

**ครั้งที่** 5

**ชื่อกิจกรรม: การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. รู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด
2. สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ
3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้

**แนวความคิด**

การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา โดยการฝึกโต้แย้งความคิด

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน
2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถาม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่าเมื่อเห็นภาพแล้ว มีความคิดอะไรเกิดขึ้น

**ภาพที่**1 ผู้หญิงยืนเท้าสะเอวหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยืนถือขวดเหล้า

**ภาพที่**2 ผู้ชายยื่นแก้วเหล้า

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ โดยความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำในใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำสู่การดื่มสุรา”

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยค้นหา ความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุราว่ามีอะไรบ้าง และความคิดอัตโนมัติทางด้านบวกและทางด้านลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรานั้นส่งผลเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปความคิดทางลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และอธิบายเพิ่มเติมของความคิดทางลบของผู้ติดสุรามีดังนี้ 1) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self efficacy) ว่าไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ หรือบางคนเชื่อมั่นมากเกินไปว่าควบคุมจิตใจตนเองว่าไม่ให้ไปดื่มสุราได้ ทำให้เกิดความ

ประมาทและกลับไปดื่มสุราอีก 2) มีความคาดหวังต่อการดื่มสุราว่าจะทำให้ตอบสนองความพึงพอใจหรือความต้องการได้ (Outcome expectancies) 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเองในการดื่มสุรา (Attribution of causality) 4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การดื่มสุรา (Decision making)

5. ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง

6. ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 2-3 คน ให้ทำใบงานที่10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา” และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

7. ผู้วิจัยฉาย power point ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานในแต่ละขั้นตอน

8. อภิปรายร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยทำใบงานที่12 “แบบสำรวจตนเอง”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ฟลิปชารต์, ปากกาเคมี
2. กระดาษ , ปากกา
3. ใบความรู้ที่2
4. ใบงานที่10 ,11 และ12
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. จากการที่ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติ และบอกได้ว่าอะไรเป็นความคิดอัตโนมัติ
2. จากการที่ผู้ป่วยสามารถหาข้อโต้แย้งความคิดอัตโนมัติได้อย่างเหมาะสม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำสู่การดื่มสุรา”

ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากความเชื่อ หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดนี้จะเกิดขึ้นทันทีและหายไปอย่างรวดเร็ว จนเราไม่ทันรับรู้ว่าความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น ความคิดนี้ จึงมักจะขาดการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ถึงข้อเท็จจริงหรือความเป็นเหตุเป็นผล แต่กลับพบว่าความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลทำให้บุคคลเชื่อตามความคิดที่เกิดขึ้น และส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย

ความคิดอัตโนมัติจึงมักมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดเนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบ หรือผิดบิดเบือนไปจากผู้ที่ไม่ได้ติดสุราและสารเสพติด ในลักษณะของการคาดหวังผลของการดื่มในทางบวก ความคิดในการอธิบายเหตุผลที่เอื้อต่อการธำรงการดื่มอย่างต่อเนื่อง

การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบได้ รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นที่มาของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น และการฝึกฝนให้ผู้ป่วยจดจำความคิดอัตโนมัติทางลบ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาความคิดที่เป็นลบ และไม่เป็นประโยชน์ให้เป็นไปทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ จะสามารถช่วยในการเลิกดื่มสุราได้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบ

1. เมื่อมีความคิดทางลบเกิดขึ้น ให้หยุดความคิดของตนเองโดยการตระหนักรู้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น

2. ถามตัวเอง เช่น ความคิดนี้ถูกต้องไหม ? แปลความผิดไปหรือเปล่า? เป็นความคิดที่ด่วนสรุปหรือเปล่า?

แทนที่ความคิดทางลบให้เป็นทางบวกเพิ่มขึ้น เช่น “ฉันสามารถลองทำสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตได้” “การหยุดดื่มเหล้า ไม่ยากเกินไปที่ฉันจะทำได้”

3. ผลที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นในเชิงบวกมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

## ใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา”

**คำชี้แจง**: แบ่งกลุ่มๆละ 2-3 คน ช่วยกันระดมสมองในการหาข้อโต้แย้งกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา

| ความคิดอัตโนมัติ | ข้อโต้แย้ง |
|---|---|
| 1.**ได้เบียร์เย็น ๆ สักแก้วก็ดีนะ** | |
| 2.**ดื่มซะหน่อยจะได้รู้สึกดีขึ้น** | |
| 3.**ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก** | |

# ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด”

**คำชี้แจง**: ให้ท่านวิเคราะห์ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และผลที่ตามมา เมื่อมีการปรับความคิด และเขียนลงในช่องว่าง

| **การปรับเปลี่ยนความคิด** | **ความคิด** | |
|---|---|---|
| | **ความคิดเดิม** | **การปรับความคิด** |
| **-สถานการณ์ที่1** | **หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า** | **หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า** |
| **-ความคิด** | -ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดีนะ | |
| **-อารมณ์** | | |
| **-ผลที่ตามมา** | | |

| **การปรับเปลี่ยนความคิด** | **ความคิด** | |
|---|---|---|
| | **ความคิดเดิม** | **การปรับความคิด** |
| **-สถานการณ์ที่2** | **เพื่อนชวนดื่มเหล้า** | **เพื่อนชวนดื่มเหล้า** |
| **-ความคิด** | -ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก | |
| **-อารมณ์** | | |
| **-ผลที่ตามมา** | | |

# ใบงานที่ 12 “แบบสำรวจตนเอง”

**คำชี้แจง**: ให้ท่านสำรวจตนเองโดยเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ลงในช่องว่าง

| **สถานการณ์/ เหตุการณ์** | **ความคิด** | **อารมณ์** | **พฤติกรรม** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ครั้งที่** 6

**ชื่อกิจกรรม: การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. มีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่ม
2. สามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม
3. สามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้

**แนวความคิด**

ความเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของความรู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม โดยการจดจำสิ่งกระตุ้นว่าคืออะไรและพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นนั้น หรือเมื่อผชิญกับความรู้สึกอยากดื่ม สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิผล เช่น การเบี่ยงแบนไปทำกิจกรรมอื่น(Distraction) การใช้คำพูดกับตนเอง (Self talk) และการโต้กับความรู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing)

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้จัยทักทาย สอบถามเพื่อสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา
2. นำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมปัญหาอุปสรรค

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3 “ความรู้สึกอยากดื่ม”

2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้นมันรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร

3. ฝึกให้ผู้ป่วย

1) จดจำสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นโดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนจะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีอะไรบ้าง และเขียนลงบนกระดาษ เพื่อเตือนตนเองให้หลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้นเหล่านั้น

2) เมื่อเผชิญหน้ากับความรู้สึกอยากดื่ม เราต้องมีสติรู้ว่าความรู้สึกนี้เกิดขึ้นแล้ว และธรรมชาติของมันจะสามารถหมดไปได้โดยไม่ต้องดื่ม ซึ่งมีวิธีการจัดการดังนี้

- เมื่อมีอาการทางร่างกาย เช่นอยากดื่มแล้วมือสั่น ให้เอาขวดพลาสติกมาบีบ กดแรงๆ ไปมาสักครู่หนึ่ง จะทำให้รู้สึกดีขึ้น เพราะเราได้ระบายความรู้สึก และถ่ายทอดความรู้สึกไปที่ขวดพลาสติก หรือถ้ามีอาการหายใจเร็ว ใจเต้นแรงเพราะรู้สึกอยากดื่ม ให้พยายามหากิจกรรมที่ออกแรงมากๆ เช่น ยกของหนักๆ วิ่ง เตะบอล ต่อยกระสอบ ให้เหงื่อออกมา ร่างกายเหนื่อยล้าลง ความรู้สึกอยากดื่มก็จะหมดไป

- ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) หากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำ โดยเฉพาะทำกิจกรรมที่เราชอบก็จะทำให้มีความสุข เพลิดเพลิน

- ให้พูดบอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ ว่าเรามีความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อให้เขาช่วยเหลือ เช่น อยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลให้กำลังใจ พาเราออกไปจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกอยาก

-ให้ผู้ป่วยฝึกการโต้กับความรู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing) โดยให้มีสติรู้ถึงความรู้สึกอยากดื่ม และกำหนดจิตเฝ้าดูอาการที่เกิดขึ้นในร่างกายว่าเป็นอย่างไร ความรู้สึกคล้ายอะไร มันมีพลังต่อตัวผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน มีการแคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างไร ให้ตามความรู้สึกและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น

-ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) โดยมีความรู้สึกต่อสิ่งที่พูดนั้นจริงๆและฝึกให้พูดกับตนเองอย่างเข้มแข็งมีพลังพอที่จะกระทบความรู้สึกของตนเอง

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จทำใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นของกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่3
4. ใบงานที่13 และ14
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มได้ถูกต้อง
2. สังเกตจากความสนใจ ความใส่ใจในการฝึกจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 3 “ความรู้สึกอยากดื่ม”

ความรู้สึกอยากดื่มเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในช่วงของการบำบัดรักษาโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกที่หยุดดื่มสุรา ความรู้สึกอยากดื่มอาจเกิดขึ้นมีระยะเวลายาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความกระวนกระวายใจ ความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่กำลังจะหยุดดื่มสุราเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามความรู้สึกอยากดื่มไม่ใช่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ติดสุราและสารเสพติด แต่เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดทุกชนิดซึ่งเราควรจะต้องเรียนรู้กับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีความรู้และเข้าใจปรากฏการณ์นี้ว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะของการเกิดขึ้น การคงอยู่ และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นได้

สำหรับตัวกระตุ้นการดื่ม หรือความอยากดื่ม เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เห็นรอบๆ ตัวทั้ง บุคคล สถานที่ เวลา สิ่งของ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม สัญญาณที่แสดงออกทางร่างกาย ทางจิตใจ รวมทั้งความคิดที่มีต่อการดื่มสุรา ความทรงจำในอดีตเมื่อดื่มสุรา การวางแผนการถึงวิธีการที่จะได้ดื่ม ความรู้สึกถึงความจำเป็นที่จะต้องดื่ม

ความรู้สึกอยากดื่มสุรา เมื่อถูกกระตุ้น จะมีช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอย่างจำกัด ซึ่งบางคนเกิดขึ้นเพียง 2-3 นาที หรืออาจมีอยู่นานถึง 2- 3 ชั่วโมง ความรู้สึกอยากดื่มจะมีเพิ่มมากขึ้นๆ จนกระทั่งรู้สึกเหมือนว่าไม่สามารถทนทานได้ หลังจากนั้นความรู้สึกนี้จะค่อยๆ ลดลงใน 2-3 นาที และหมดไปในที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะคล้ายๆ กับการเกิดของคลื่น ที่ค่อยๆ ก่อตัวรุนแรงมากขึ้นๆ และมันก็ค่อยๆ สงบลง ดังนั้นเมื่อเราสามารถเรียนรู้และเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านี้ว่าความรู้สึกอยากดื่มจะเกิดขึ้นและหมดไปได้เอง ในช่วงเวลานี้จึงต้องมีสติรับรู้ว่ามีความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้น และเฝ้าดูความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรู้เท่าทัน โดยไม่คิดปรุงแต่ง ความรู้สึกอยากดื่มจะค่อยๆ หมดไป ซึ่งมักจะใช้เวลาไม่นานนัก การฝึกฝนอยู่บ่อยๆ จะช่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่มได้ดีขึ้น และจะพบว่าสิ่งกระตุ้นที่เคยมีอิทธิพลทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มจะมีความถี่และความเข้มลดลง

**วิธีการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม**

1. จดจำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยง

   -วางแผนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่นไม่ไปฉลองในงานเลี้ยง หรือร้านที่มีบริการเหล้า

   -มีแผนในวันหยุด หรือช่วงเวลาที่ดื่มเป็นประจำ ว่าจะมีกิจกรรมทำอะไร

2. เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่ม

   - เบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น เช่น ออกไปวิ่ง เดิน ทำงานต่างๆ เพื่อทำให้รู้สึกผ่อนคลายและจิตใจจดจ่อกับกิจกรรมนั้น
   - บอกให้คนที่เรารู้สึกไว้ใจได้รับรู้ว่ามีความรู้สึกอยากดื่ม
   - มีสติตามความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้น ว่าส่งผลต่อร่างกายอย่างไร รับรู้ว่ามีมากน้อยแค่ไหน ให้จินตนาการความรู้สึกอยากดื่มเหมือนการเล่นโต้คลื่น
   - ใช้คำพูดบอกกับตัวเองในทางบวกที่ไม่นำพาไปสู่การดื่มเหล้า เช่น “อดทนไว้เดี๋ยวความรู้สึกนี้จะหมดไป” “ฉันต้องเอาชนะความรู้สึกนี้ให้ได้”

# ใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

**คำชี้แจง**: แบ่งกลุ่ม 2-3 คน ให้ทบทวนประสบการณ์ ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีลักษณะอย่างไร และเขียนลงในช่องว่าง

**เมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้น**

**-การรับรู้และติดตามความรู้สึกอยากดื่ม**

ความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งใดกระตุ้น……..

……

……

……

ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร……..…….

……

……

……

ความรู้สึกอยากดื่มเปลี่ยนแปลงอย่างไร……..……

……

……

……

……

**-คำพูดหรือข้อความที่ใช้เตือนตนเอง**

……

……

……

……

# ใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

**คำชี้แจง**: ให้ท่านเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม ความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออก และผลที่ตามมา ลงในแบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม

| **สถานการณ์/เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม** | **คุณคิดอะไรและรู้สึกอย่างไร** | **พฤติกรรม** | **ผลที่ตามมา** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ครั้งที่** 7

**ชื่อกิจกรรม: การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา
2. สำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
3. สามารถมีแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสม

**แนวความคิด**

การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้จากอดีตและชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาดนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุราทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยให้เห็นถึงการตัดสินใจในบางสถานการณ์ซึ่งดูเหมือนจะไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่การดื่มสุรา ทั้งนี้จากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ละเลย และไม่ได้ตระหนักถึงความคิดบางอย่างที่ซ่อนเร้นในใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”

2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนึกย้อนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกันในประเด็นทางเลือกการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยให้แบ่งกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยมีหลักในการพิจารณาดังนี้คือ

- พิจารณาเงื่อนไขของตนเองที่มีอยู่
- พิจารณาถึงผลที่จะตามมา ทั้งทางบวกและทางลบ

- เลือกหนึ่งทางเลือก โดยเป็นการตัดสินใจที่ปลอดภัยและมีความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มน้อยที่สุด

- ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่า อะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการอย่างไร

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำในใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

**สื่อและอุปกรณ์**

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่4
4. ใบงานที่14 และ 15
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. จากการที่ผู้ป่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์ในชีวิตของตนที่มีการตัดสินใจในเรื่องที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำตนเองไปสู่การดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากหลักการพิจารณาการตัดสินใจที่เหมาะสมของผู้ป่วย
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”

ในช่วงของการหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงที่ไม่เผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามในหลายๆ ครั้งของเหตุการณ์ก็พบว่าผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยที่ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้เป็นผลจากการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ

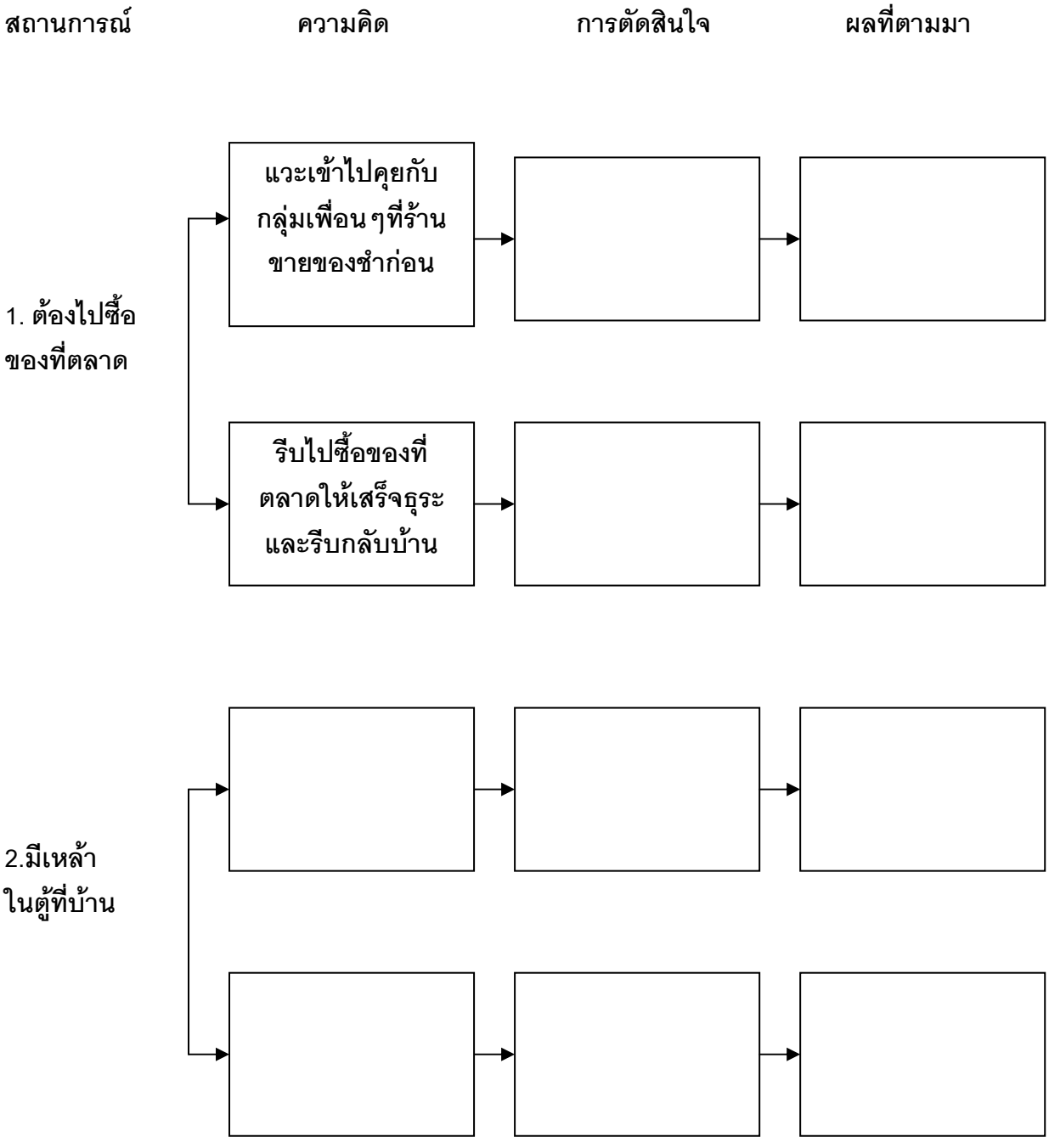
การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เป็นการตัดสินใจที่ไม่ได้นำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยงโดยตรง แต่เป็นการตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ค่อยๆ เคลื่อนเข้าไปใกล้ชิดกับสถานการณ์เสี่ยง และเข้าไปสู่การดื่มสุราในที่สุด จึงเป็นเหมือนปฏิกริยาลูกโซ่ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจผิดพลาดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็จะส่งผลต่อไปเรื่อยๆ จนนำไปสู่การดื่มสุรา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคิดว่าตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์นั้นด้วยความบังเอิญ ไม่ได้ตั้งใจ เพราะเขาไม่ได้คิด หรือจดจำถึงการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านมาที่นำมาสู่ผลในวันนี้

ในการแก้ไขปัญหานี้ผู้ป่วยควรที่จะต้องคิดอยู่ในใจเสมอถึงเงื่อนไข และหนทางต่างๆ ที่เป็นไปได้สามารถนำไปสู่การดื่มสุรา ดังนั้นการตื่นตัวพิจารณาอย่างรอบคอบในทุกๆ เรื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อปฏิบัติบ่อยๆ สิ่งเหล่านี้ก็จะเป็นไปโดยธรรมชาติ อัตโนมัติไม่ยุ่งยากเหมือนในช่วงแรกๆ ก็จะทำให้มีการควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา

สำหรับวิธีการตัดสินใจนั้นควรเลือกในทางที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ หรือถ้ามีความจำเป็นที่ต้องเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงก็ควรมีการวางแผนในการป้องกันตนเองในสถานการณ์นั้นๆ อย่างดี

# ใบงานที่ 15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม”

**คำชี้แจง**: จากสถานการณ์ต่อไปนี้ ให้ท่านพิจารณาตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากโอกาสที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา



**ครั้งที่** 8

**ชื่อกิจกรรม: การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. เรียนรู้วิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง
2. ฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง

**แนวความคิด**

ผู้ป่วยที่พยายามจะเลิกดื่มสุรา ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายที่เป็นการกระตุ้นเชิญชวน หรือเป็นแรงกดดันให้กลับไปดื่มสุรา ทั้งจากสถานการณ์เสี่ยงที่คาดการณ์ได้ ได้แก่การเข้าไปในร้านขายสุรา การคบเพื่อนที่ดื่มด้วยกัน การเห็นคนอื่นกำลังดื่ม และจากสถานการณ์เสี่ยงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ได้แก่ เมื่อมีการรวมตัวของครอบครัว งานกีฬา งานเลี้ยงต่างๆ ซึ่งก็อาจถูกชวนให้ดื่มจากญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน บุคคลที่รู้จัก ซึ่งเขาอาจไม่รู้ว่าผู้ป่วยกำลังเลิกดื่มสุรา ในการเชิญชวนให้ดื่มมีทั้งการชวนเพียงครั้งเดียวหรือมีการคะยั้นคะยอให้ดื่ม สถานการณ์ที่พบจะมีความยุ่งยากแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งการที่จะหลีกหนี หรือเลี่ยงไม่เผชิญทำได้เป็นบางกรณีเท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ในสถานการณ์เสี่ยงดังที่กล่าวมา ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิผลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำสู่การดื่มสุราและประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มสุรา

2. ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา”ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ในประเด็นต่อไปนี้

- สถานที่ดื่มสุรา (เรียงลำดับสถานที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
- สถานการณ์ทางสังคม (เรียงลำดับสถานการณ์ที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
- บุคคลที่คาดว่าจะพบกันในช่วง 90 วันเมื่อกลับบ้าน (เรียงลำดับบุคคลที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุดหรือไม่ดื่มเลย) เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิเสธ

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงบุคคล และสถานการณ์เสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และให้แต่ละคนได้แสดงบทบาทสมมุติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญในการปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่5 “ทักษะการปฏิเสธ”

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติอีกครั้ง และสลับคู่ฝึกกับผู้ป่วยท่านอื่น

6. ผู้ป่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองที่มีประสิทธิภาพ

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

7. ผู้วิจัยและผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

8. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป

**สื่อและอุปกรณ์**

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่5
4. ใบงานที่ 16
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. ประเมินผลจากการการฝึกทักษะการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ
2. สังเกตจาการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 5 “ทักษะการปฏิเสธ”

เมื่อผู้ป่วยถูกเชิญชวนให้ดื่มสุรา อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต้องทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลที่มาชวนให้ดื่มเป็นใคร และเขาชวนในลักษณะใด ซึ่งบางครั้งการปฏิเสธง่ายๆว่า “ไม่ดื่ม” ก็อาจปฏิเสธได้สำเร็จ แต่บางครั้งก็จำเป็นที่ต้องเพิ่มกลวิธีต่างๆ เช่นในบางกรณี การบอกให้รู้ว่าที่ผ่านมาเรามีปัญหาการดื่มสุราอย่างไรก็ทำให้ผู้ชวนเราดื่มเข้าใจและให้การสนับสนุน แต่วิธีการนี้อาจไม่ใช่จะประสบความสำเร็จเสมอไป ในสถานการณ์ทางสังคม บุคคลอื่นๆจะไม่รู้ว่าเราดื่มหรือไม่ และส่วนใหญ่ที่พบก็จะไม่ได้ดื่ม ดังนั้นเราก็มีสิทธิที่จะไม่ดื่มได้และยืนยันในสิทธิของเราด้วยการปฏิเสธ

ในการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองนั้น ให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจสภาพจิตใจ และความคิดภายในของตนเองออกมาเป็นรูปธรรมให้ชัดเจนขึ้น และมีการฝึกสนทนาโต้ตอบ พร้อมกับแสดงท่าทางของการปฏิเสธช่วยทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น โดยมีหลักการพื้นฐานของการปฏิเสธการใช้สารเสพติดและสุราดังนี้คือ

1. ปฏิเสธการดื่มอย่างชัดเจน ด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ไม่ลังเล โดยเราต้องสบสายตากับคู่สนทนาเพื่อแสดงให้เห็นความมุ่งมั่น จริงจัง และสื่อให้เขารู้ว่าเราหมายความตามสิ่งที่พูด ซึ่งทำให้การปฏิเสธมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. หลังจากการปฏิเสธการไม่ดื่มสุรา ควรที่จะเปลี่ยนหัวข้อในการสนทนาไปในเรื่องอื่น
3. เสนอแนะทางเลือก

เสนอแนะให้ทำสิ่งอื่นๆ เช่นเดินกันไปคุยกันไปดีกว่าที่จะนั่งดื่มไปคุยไป

เสนอแนะสิ่งอื่นที่จะดื่มหรือกิน เช่น ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม

4. บอกถึงความต้องการที่เราจะะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เมื่อถูกคะยั้นคะยอให้ดื่ม เช่นผู้ชวนดื่ม “ดื่มหน่อย เพื่อสัมพันธภาพ” เราก็ตอบว่า “ถ้าคุณยังต้องการเป็นเพื่อนกับผม กรุณาอย่าชวนผมดื่ม”
5. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดลักษณะการขอโทษ หรือการหาข้ออ้าง เช่น ผมไม่ค่อยสบายกินยาแก้ไข้อยู่ และหลีกเลี่ยงคำตอบที่คลุมเครือ เช่น “คืนนี้ไม่ดื่ม หรือ โอกาสหน้านะ” ซึ่งสิ่งที่ยกตัวอย่างมามีนัยที่แสดงถึงช่องทางหรือโอกาสที่จะดื่มในครั้งต่อๆ ไป

# ใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา”

**คำชี้แจง**: จากประสบการณ์ที่ผ่านมาให้ท่านวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงที่มีต่อการดื่มสุราของท่าน (ให้เรียงลำดับจากที่มีอิทธิพลมากไปน้อย)

| สถานการณ์เสี่ยงสูง | ความถี่/เดือน | โอกาสดื่มสุรา |
|---|---|---|
| **สถานที่**<br>1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5.<br>**สถานการณ์ทางสังคม**<br>1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5.<br>**บุคคลที่คาดว่าจะพบใน 3 เดือนหลังกลับบ้าน**<br>1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5. | | |

**ครั้งที่** 9

**ชื่อกิจกรรม: แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา**

**วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย**

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญ
2. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ
3. มีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษากับบุคคลสำคัญและผู้บำบัด

**แนวความคิด**

การติดสุราของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นไปด้วยสาเหตุ ปัจจัยใด ปัญหาย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดรักษานับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยได้ โดยการบำบัดรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือช่วยเหลือของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจาก ผู้ป่วย บุคคลสำคัญ และนักบำบัด ที่มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะเป็นแรงสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยติดสุราเป็นระยะเวลานานมักเกิดความตึงเครียด มีปัญหาขัดแย้งและไม่เข้าใจกัน จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี มีความห่างเหินกัน แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราที่เคยมีจึงน้อยลงไป ดังนั้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญมากในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีความตั้งใจต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ดีมากขึ้น โดยเฉพาะในการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตบนเส้นทางการเลิกสุรา ที่ต้องใช้ศักยภาพ ความสามารถของตนอย่างเต็มที่และประคับประคองตนเองในการผ่านพ้นสภาวะการณ์ต่างๆ

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วมกิจกรรมแนะนำตัว
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และเปิดโอกาสให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกที่

เกิดขึ้น และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การช่วยเหลือ ในใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นสภาพ”

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

6. ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนตนเองว่า
   - ในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบ มีความสุข
   - มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวล ไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน

**สื่อและอุปกรณ์**

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ , ปากกา
3. ใบความรู้ที่6
4. ใบงานที่17
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. จากคำพูดและการแสดงออกของผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ
2. สังเกตจาการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นสภาพ”

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นสภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะบนเส้นทางการเลิกสุราของผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาดังนี้

1. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุราได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างที่ดี โดยผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราที่ผ่านมาได้อย่างสร้างสรรค์ และจัดการกับความยุ่งยากในสถานการณ์ต่างๆ ที่เคยเป็นตัวกระตุ้นต่อการดื่ม

2. เพื่อนที่ยังดื่มสุรา ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยุดดื่ม ในช่วงแรกผู้ป่วยจึงรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวและเหมือนไม่มีสังคมกับเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะพบปะกับบุคคลอื่นๆ และสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ซึ่งจะช่วยไม่ให้หวนกลับไปเข้าสู่สังคมที่มีการดื่มสุรา

3. ผู้ป่วยบางคนที่รู้สึกว่าการดื่มสุราช่วยในการเข้าสังคมได้ดีขึ้น จึงเป็นเรื่องยุ่งยากลำบากใจที่จะพบปะกับเพื่อนใหม่ๆ หรือเข้าสังคมโดยไม่ดื่มสุรา ผู้ป่วยบางคนหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคมหรือพบปะผู้คน จึงทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่าย และแยกตัว ซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ

# ใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ

**คำชี้แจง**: ให้ท่านเขียนคำตอบลงในคำถามข้างล่าง

1. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรในการเลิกดื่มสุรา

……

……

……

……

……..

2. บุคคลใดที่สามารถช่วยเหลือท่านได้

……

……

……

……

……..

3. อะไรบ้างที่ท่านอยากให้เขาช่วยทำให้

……

……

……

……

……..

4. คุณทำอย่างไรเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือ

……

……

……

……

……..

**ครั้งที่** 10

**ชื่อกิจกรรม: ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน**

**วัตถุประสงค์**

1. ทบทวนแผนการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัด
2. เพื่อยุติในการทำกลุ่มและนัดหมายติดตามผล

**แนวความคิด**

ในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ติดสุราและยาเสพติด การใช้กำลังใจไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ทำความเข้าใจความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของตนเองที่บิดเบือนไป แตกต่างไปจากผู้ที่ไม่ติดสุรา รวมทั้งการได้ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เกิดการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง

การเตรียมความพร้อมโดยการวางแผนสำหรับตัวเองเป็นการซ้อมแผนของตนเองก่อนพบกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะมีความเข้มข้นของเหตุการณ์และตัวกระตุ้นจะมีอิทธิพลมากต่อจิตใจ จึงมีความสำคัญที่ต้องเข้าใจในหลักการและฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างชำนาญ เพื่อสามารถนำมาใช้ได้ในทันที

**ระยะเวลา** 120 นาที

**วิธีการดำเนินการ**

**ขั้นเริ่มต้น** (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบ มีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน

**ขั้นดำเนินการ** (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีความสำคัญในการสร้างความสมดุลของการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องกลับบ้าน อาจมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันไปบ้างเพื่อการธำรงอยู่ของการไม่ดื่มสุรา โดยกิจกรรมนั้นต้องมีความสมดุลระหว่างกิจกรรมที่เราต้องการทำ ทำแล้วชอบ มีความสุข สบายใจ กับกิจกรรมที่ควรทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นภาระหน้าที่ซึ่งต้องรับผิดชอบทำให้บรรลุเป้าหมาย ก็จะส่งผลให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เป็นคนที่มีประโยชน์ ขณะเดียวกันก็จะไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความเหงา หรือโดดเดี่ยว โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราก็น้อยลง เพราะมีกิจกรรมอื่นที่น่าสนใจและสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การมีกิจกรรมกับครอบครัว หรือเพื่อนใหม่

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ

4. อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย ซักถามข้อสงสัย

**ขั้นสรุป** (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผลเพื่อมาพบกันในอีก 3 ครั้ง

**สื่อและอุปกรณ์**

1. Flip chart, ปากกาเคมี

2. กระดาษ, ปากกา

3. คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว

**การประเมินผล**

1. จากการมีแผนปฏิบัติการ และเป้าหมายที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่นำสู่การปฏิบัติจริง

2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยง และการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

3. สังเกตจาการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

# ภาคผนวก ฉ

- เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์**
**60 ถ.พหลโยธิน ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี โทร** 02-5310080-8 **ต่อ** 499, 503

.....

**เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย**

1. **ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย**

**ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)** ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

**ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)** The Effect of Cognitive–Behavioral Therapy Program,with Social Support, on Readiness for Early Relapse Prevention and Non – Relapse of Alcohol use Disorder Patients

2. **ชื่อผู้วิจัย** (นาย, นาง,**นางสาว**)..... สุกุมา แสงเดือนฉาย .....

**หลักสูตร** ..... วิทยาศาตรดุษฎีบัณฑิต.....

**คณะ** ..... สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.....

3. **หน่วยงานที่สังกัด**..... สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์.....

4. **ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย** :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองโครงการวิจัย ( ) ไม่รับรอง

5. **วันที่ที่ให้การรับรอง** 24 สิงหาคม พ.ศ.. 2552 วันที่ที่หมดอายุ 23 สิงหาคม พ.ศ.. 2553

ลงนาม ..... ลงนาม.....

(นายแพทย์ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช) (นางสำเนา นิลบรรพ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย** (Research Subject Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** : ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา

**วันที่ชี้แจง** .....

**ชื่อผู้วิจัย**

นางสาวสุกุมา แสงเดือนฉาย ผู้วิจัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยเรื่องนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างโครงการวิจัยนี้

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจตลอด ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปอ่านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน ให้ช่วยคิดว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้ จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จริง คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

**โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการ**

ในปัจจุบันมีผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากและดื่มอย่างต่อเนื่อง จนไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จากการประมาณการจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแบบแผนการดื่มต่างๆ ในเวลา 10 ปี ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน และผู้ที่ดื่มประจำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มว่าผู้มีพฤติกรรมการดื่มประจำเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่ดื่มประจำมีการย้ายจากการดื่มทุกเดือนเป็นการดื่มทุกสัปดาห์และทุกวัน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป จนต้องเข้าสู่การบำบัดรักษา และจากผลการบำบัดรักษาพบว่าเป็นผู้ป่วยเก่า ที่กลับไปติดซ้ำถึงร้อยละ 45-60

จากการศึกษาพบว่าการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ร่วมกับการป้องกันการติดซ้ำ เป็นรูปแบบที่นิยม และประสบความสำเร็จอย่างมาก เพราะมีผลทำให้ผู้เสพหยุดเสพได้ยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้เพื่อเป็นการป้องกันการติดซ้ำสำหรับผู้ป่วยสุรา และช่วยให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากขึ้น

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาสุรา ระยะบำบัดด้วยยา
2. มีความยินดีและเต็มใจสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม
3. เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

**ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้**

1. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ มีการทำงานของตับและไตผิดปกติขั้นรุนแรง
2. เสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา สารระเหย และยาเสพติดอื่นๆ

**สถานที่ทำโครงการวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

สถานที่ทำโครงการวิจัยนี้คือ ตึกบำบัดยา สถาบันธัญญารักษ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยประมาณ 80 คน

**ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้ง**

ระยะเวลาที่ท่านต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยคือ 14-16 สัปดาห์ โดยมี 2 ระยะ คือ
ระยะที่ 1 ขณะบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ เข้าร่วมกิจกรรม 10 ครั้ง (ทุกวัน)
ระยะที่ 2 ติดตามผล ซึ่งจะต้องพบผู้วิจัย 3 ครั้ง คือ เดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3 ในระยะนี้ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ถึงท่านเพื่อแจ้งเตือนนัด วัน เวลาที่พบนักวิจัย

**หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านจะได้รับการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจเลือดดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ประเมินการทำงานของตับ และปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด ประมาณ 10 ซีซี รวมทั้งตรวจปัสสาวะ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการวิจัย ประเมินระดับการดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าสู่เงื่อนไขการทดลอง 2 เงื่อนไขคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ที่เข้ากลุ่มทดลองจะได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 10 ครั้ง ทุกวัน ใช้เวลาวันละ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดติดตามผลการเลิกดื่มสุราของท่าน 3 ครั้ง คือ เดือนที่1 2 และเดือนที่3 ส่วนผู้ที่เข้ากลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดตามมาตรฐานปกติ โดยในการติดตามผล เดือนที่1 2 และเดือนที่ 3 ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าชดเชยการเสียเวลาครั้งละ 200 บาทต่อครั้ง เมื่อท่านมาพบผู้วิจัยตามนัดท่านจะได้รับการตรวจร่างกาย ประเมินสภาพปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือ ประเมินผลการเลิกสุราจากบันทึกการดื่มสุรา และตรวจเพื่อดูปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัยและวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

**ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยและการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้เตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

ท่านมีโอกาสที่จะเกิดอาการเจ็บ เลือดออก อาการบวมช้ำบริเวณที่เจาะเลือด ซึ่งสามารถใช้การประคบเย็นในบริเวณนั้นเพื่อบรรเทาอาการบวมช้ำได้ หรือถ้ามีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ให้ท่านนั่งพักสักครู่หนึ่งอาการก็จะดีขึ้น

**ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย**

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับจากการวิจัย คือ จะได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้น ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดแอลกอฮอล์ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อการรับรู้ต่อการดื่มสุราให้มีความถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา และฝึกฝนทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ หรือสิ่งยั่วยุที่นำสู่การดื่ม รวมทั้งเรียนรู้พฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำ

ประโยชน์ที่อาจจะได้รับจากการวิจัยต่อส่วนรวมคือ ได้ทราบถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความพร้อมของผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำ และการมีพฤติกรรมติดซ้ำ ซึ่งจะนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา และสามารถนำผลการวิจัยนี้มาพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ ขยายผลต่อไป

**ค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบระหว่างโครงการวิจัย**

ค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบระหว่างโครงการวิจัยคือ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอื่นๆ ที่ท่านรักษาอยู่เป็นประจำโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ส่วนที่ท่านจะได้รับจากโครงการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายคือ ค่าตรวจเลือดหาปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด และในการเดินทางมาติดตามผลที่สถาบันธัญญารักษ์ ในเดือนที่1, 2 และเดือนที่3 ผู้วิจัยจะให้ค่าตอบแทนการเสียเวลาครั้งละ 200 บาท

**หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นคือ จะได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติของสถาบันธัญญารักษ์ ได้แก่ การได้รับการดูแล การให้ความรู้ คำแนะนำและวิธีปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุรา

**หากมีอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นจะติดต่อกับใครและจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตามหมายเลขโทรศัพท์ข้างล่างนี้

นางสาวสุกุมา แสงเดือนฉาย หมายเลขโทรศัพท์ 081-8234043

**หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่**

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันธัญญารักษ์ โทร.0-2531-0080 ต่อ 492, 503

**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆตามมา และท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการกรณีที่ท่านเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามขั้นตอนของการดำเนินการของงานวิจัย

**หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัย**

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย** (Consent form)

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา"

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

**ลงชื่อ**.....**ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่** .....
(.....**ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง**)

**ลงชื่อ**.....**ผู้ดำเนินการโครงการวิจัย วันที่** .....
(.....**ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง**)

**ลงชื่อ**.....**พยาน วันที่** .....
(.....**ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง**)

# ประวัติย่อผู้วิจัย

# ประวัติย่อผู้วิจัย

| | |
|---|---|
| ชื่อ ชื่อสกุล | สุกุมา แสงเดือนฉาย |
| วันเดือนปีเกิด | วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2514 |
| สถานที่เกิด | กรุงเทพมหานครฯ |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | 11 ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี |
| ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |

ประวัติการศึกษา

| | |
|---|---|
| พ.ศ. 2536 | พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้น1<br>จากวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ |
| พ.ศ. 2539 | สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข)<br>จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| พ.ศ. 2542 | วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข)<br>จากมหาวิทยาลัยมหิดล |
| พ.ศ. 2553 | วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต<br>(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)<br>จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |