

ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว  
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-CONTROL WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM  
ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF ALCOHOL DEPENDENCE

Mr. Jittaphan Kamonrat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วม
	ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา
โดย	นายจิตภัณท์ กมลรัตน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

จิตภรณ์ กมลรัตน์ : ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา (THE EFFECT OF SELF-CONTROL WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF ALCOHOL DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 158 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคติดสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวช และผู้ดูแลหลักจำนวน 40 ครอบครัว ได้รับการจับคู่ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 3) แบบวัดการควบคุมตนเอง 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .82 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรารายหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677161036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-CONTROL WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM / ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR / ALCOHOL DEPENDENCE PATIENTS USING ALCOHOL

JITTAPHAN KAMONRAT: THE EFFECT OF SELF-CONTROL WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 158 pp.

The purposes of this study were to compare alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients using alcohol before and after received self-control with family participation program, and to compare alcohol drinking behavior among alcohol dependence patients using alcohol who received self-control with family participation program and those who received regular caring activities. The subjects were forty male patients who received diagnose alcohol dependence receiving services in inpatient of Psychiatric Hospital and their families. Who met the inclusion criteria by alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients with number of admit were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 families in each group. The Research instruments were: 1) The self-control with family participation program, 2) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 3) The self-control schedule (SCS), 4) Family participation of alcohol use questionnaire. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd, 3rd and 4th instruments were reported by Cronbach's Alpha as of .81, .82 and .81 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t - test.

Major findings were as follow:

1. Alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients who received self-control with family participation program was significantly lower than that before, at p.05 level.

2. Alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients who received Self control with family participation program was significantly lower than those who received regular caring activities, at p.05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหัส พยายามทำการ ศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุดผู้วิจัยมีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนได้เครื่องมือการวิจัยที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด พี่ๆ น้องๆ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่อง การศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และศึกษาการใช้เครื่องมือ บุคลากรทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ปวยตติสุรารวมถึงผู้ดูแลหลักทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา.....	27
3. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง.....	33
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสุรา.....	39
5. โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	42
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	55
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	70
ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	71
การกำกับกับการทดลอง.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	102
สรุปผลการวิจัย .....	108
อภิปรายผลการวิจัย .....	109
ข้อเสนอแนะ .....	115
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก .....	124
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	125
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ .....	127
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	145
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	158



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการบูรณาการโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว .....	43
ตารางที่ 2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามจำนวนครั้งของการเข้าบำบัดรักษา ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	57
ตารางที่ 3	กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับครอบครัวมีส่วนร่วม แบบรายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม .....	73
ตารางที่ 4	คะแนนการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการ ควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว .....	88
ตารางที่ 5	คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยหลังได้รับ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	90
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ.....	94
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว จำนวนครั้งของการมา รับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และผู้ดูแลหลัก .....	95
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับสถานภาพกลุ่มตัวอย่าง .....	96
ตารางที่ 9	คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test ) และหลัง (Post-test).....	98
ตารางที่ 10	คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test).....	99
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	100
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) .....	101

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับความนิยมในการดื่มด้วยเหตุผลต่างๆทำให้มีการดื่มสุราที่เพิ่มมากขึ้น (สตูดิ น้อยกรณ, 2552) ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรทั่วโลกดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2 พันล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก เฉลี่ยแล้วดื่มคนละ 6.13 ลิตรต่อปี สำหรับในประเทศไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและเป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ประเทศไทยถูกจัดอันดับการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทเป็นอันดับที่ 40 ของโลก โดยเฉพาะเหล้ากลั่นเป็นอันดับ 5 ของโลก ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโดยรวมและป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อลดอันตรายจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง และปัญหาสุขภาพ โดยการกำหนดระยะเวลาในการจำหน่ายและห้ามจำหน่ายให้แก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 54.8 ล้านคน ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Current drinker) จำนวน 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า กลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 38.2, 25.2 และ 18.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย จิตใจ ปัญหาครอบครัว รวมทั้งปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) สำหรับผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้แก่ กลุ่มโรคที่เกิดจากสุราโดยตรง เช่น โรคติดสุราเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง โรคจิตจากสุรา ประสาทเสื่อมจากสุรา กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากการดื่มสุรา เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ โรคเลือดออกในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว โรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2011 อ้างในศุภย์บำบัด ยาเสพติดเชียงใหม่, 2553) จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บประชากรไทย พบว่าสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายคือ ภาวะติดสุราซึ่งสูงถึงร้อยละ 22.6 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) ส่วนปัญหาครอบครัวพบว่า

ทำให้เกิดความเครียดของสมาชิกครอบครัว ทำลายความสัมพันธ์กับคู่สมรส เกิดการหย่าร้างแยกกันอยู่ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงตามมา เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน (บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ, 2550) ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ จากการสำรวจผลกระทบทางสังคมแสดงให้เห็นว่า ประชาชนพบเห็นปัญหาจากการดื่มเป็นเรื่องปกติ โดย 3 ใน 4 เคยเห็นการทะเลาะกันจากการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 1 ใน 3 เคยพบเห็นการทำร้ายร่างกายในครอบครัวจากการดื่ม เกิดการทะเลาะวิวาท การขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน เป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชน ด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระในการดูแล เกิดผลกระทบต่อประเทศชาติที่ต้องเสียงบประมาณในการรักษา นอกจากนี้สุราเป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคิดเป็นร้อยละ 90 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

การดื่มสุราส่งผลกระทบเล็กน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและลักษณะของการดื่ม โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรว่าเป็นการกระทำที่แสดงถึงรูปแบบหรือลักษณะการดื่มสุรา โดยพิจารณาจากปริมาณและความถี่ในการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม ความรู้สึกเสียใจหลังการดื่ม การจำเหตุการณ์หลังการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่ม และการได้รับความหวังเอยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่ม สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกการดื่มแบบมีความเสี่ยง (Hazardous drinking) เป็นลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น กลุ่มที่สองการดื่มแบบอันตราย (Harmful use) เป็นลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม และกลุ่มที่สามการดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ โดยใช้ AUDIT ฉบับแปลภาษาไทยพบว่าร้อยละ 22.7 เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 3.1 เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย และร้อยละ 1.9 เป็นผู้ดื่มแบบติด (สาวิตรี อัจฉนางค์กรชัย, 2552) และจากข้อมูลระดับชาติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2551 ได้ศึกษาความชุกเกี่ยวกับความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่าคนไทยประมาณ 5.3 ล้านคน มีความผิดปกติของการดื่มแบบภาวะติดสุราประมาณ 3.2 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.2 (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) ซึ่งกลุ่มที่มีภาวะติดสุราเป็นกลุ่มที่มีปัญหาต้องได้รับดูแลบำบัดรักษา เนื่องจากเกิด ผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ของสังคม ซึ่งถือว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณมากและเวลานาน ต้องเข้ารับการ

บำบัดในสถานบริการสุขภาพเป็นจำนวนมากในแต่ละปี (กงจักร สอนลา, 2555) และจากสถิติการให้บริการกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ามีผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน 385 รายในปี พ.ศ. 2556 และจำนวน 455 รายในปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2557)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราจากการศึกษาพบว่ามี 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจากภายในตัวบุคคลเอง เช่น การไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและทนต่ออาการขาดสุรา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) การขาดแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนในการเลิกดื่มสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2550) การที่ไม่สามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองที่เหมาะสม จากการศึกษาของ วาสนา คงสมบัติ(2554) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราร้อยละ 12.20 และการที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) การรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ การขาดทักษะการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยง การไม่สามารถปฏิเสธกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548; สุกุม่า แสงเดือนฉาย และคณะ, 2554) และ 2) ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคล เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งส่งผลให้ได้รับแรงกดดันจากสังคม รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวนทำหยาให้ดื่ม (สุกุม่า แสงเดือนฉาย และคณะ, 2554) การดื่มสุราเพราะต้องการเข้าสังคมมีสมาคมกับกลุ่มเพื่อน และจำเป็นต้องดื่มเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ (ญาดา จีนประชา, 2550)

ในกระบวนการบำบัดรักษานอกจากจะให้การรักษาตัวผู้ป่วยติดสุราเองแล้ว ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั้งระหว่างที่รักษาและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาของ พิชัย แสงชาญชัย (2544) พบว่าปัจจัยในครอบครัวเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสมหรือการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่สามีหรือของพ่อที่ดีได้ ภรรยาหรือลูกของผู้ป่วยเองก็มีความเครียดอย่างมาก ในขณะเดียวกันการเลิกสุราก็ต้องอาศัยกำลังใจและการเอาใจใส่จากครอบครัวเช่นกัน การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษามีความสำคัญ จากการศึกษาของ Copello et al. (2005) พบว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น และช่วยส่งเสริมในขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบกระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Friedman, 2003) เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ต่อเนื่อง และปรากฏตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ในการปรับพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสมครอบครัวเป็นแหล่งสุขศึกษาที่

สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมาก ที่จะทำการดูแลรักษาสุขภาพของตนในแต่ละระยะ(รุจา ภูไพบูลย์, 2541; จันทรจรรย์ ถือทอง, 2550) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย มีปัญหาทางด้านสุขภาพจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่อสมาชิกที่มีความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป (Campbell, 2000; Friedman, 2003) จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุรากลับไปดื่มซ้ำ(ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2547) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ก็มีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำ สาเหตุมาจากการไม่เอาใจใส่ ไม่เข้าใจ ไม่เห็นใจ ไม่ให้กำลังใจ ขาดความไว้วางใจ ไม่ได้ให้การดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดดื่ม (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2550) พบว่าบุคคลที่ใกล้ชิดคือคนในครอบครัว มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานออกไปและสามารถเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด โดยการดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้การยอมรับ และไว้วางใจ รวมทั้งให้การสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่างๆในระหว่างที่หยุดดื่ม ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองมีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในด้านบวก เข้าใจตนเองและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราประกอบด้วย การบำบัดด้านร่างกาย และการบำบัดด้านจิตสังคม การบำบัดด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราผ่านพ้นอาการถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย และการบำบัดด้านจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ พฤติกรรม รวมถึงการแก้ไข ปัญหาต่างๆที่เป็นสาเหตุให้ผู้ติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ รูปแบบที่นิยมใช้มีลักษณะเป็นการจัดการเรียนรู้ทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม เช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (พิชชราวัลย์ กนก-จรรยา, 2554) การบำบัดโดยใช้แนวคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) แม้ระบบการรักษาในปัจจุบันมีรูปแบบที่เอื้อให้ผู้ติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่พบว่าผู้ติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร (พงศรัชต์ธวัช วิวังสุ, 2555)พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดสุราจะมีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำภายในระยะเวลา 4 ปีของการติดตามหลังเข้ารับการรักษา และยังไม่มีการศึกษาใดสามารถทำนายผลของวิธีบำบัดรักษาวิธีหนึ่งวิธีใดหรือหลายๆวิธีร่วมกันในการ ป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำในผู้ติดสุราได้ (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2557)

จากการศึกษาของ Hull and Stone (2004) พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเองในการคงสภาวะการหยุดดื่มให้ได้อย่างต่อเนื่อง Pokhrel, Sussman, Rohrbach and Sun (2007) สนับสนุนว่าการควบคุมตนเอง (Self-Control) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้ โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมลดการดื่มสุราในระดับที่มากขึ้น (Piquero, Gibson and Tibbetts, 2002) สอดคล้องกับ Slattery et al (2003) พบว่าการฝึกการควบคุมตนเองส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรมลดการดื่มสุรา สามารถใช้ได้ทั้งทางคลินิกและมีความคุ้มค่าประสิทธิผลในกลุ่มผู้ติดสุราหลัง

ถอนพิษแล้ว และการศึกษาของ ปันดดา ชีระเชื้อและคณะ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราโดยใช้แนวคิดของ Rosenbaum (1990) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราได้ และในกระบวนการบำบัดรักษานอกจากผู้ติดสุราแล้ว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลมีส่วนในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือในการรับรู้ภาวะโรคของตนเอง ตั้งแต่การป้องกัน การประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย (Friedman, 2003) เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูจิตสังคมมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ติดสุรา การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษายังมีน้อย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดจิตสังคมผู้ติดสุรา เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่ม และจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญห พฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำในผู้ติดสุรา

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา เป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ซึ่งรวมถึงระยะเวลาและสถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่ม ความถี่ของการดื่ม ตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุร่าซ้ำอีก เกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (Hull and Stone, 2004) โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับที่มากขึ้น (Piquero, Gibson and Tibbetts, 2002) การควบคุมตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลถูกควบคุมอย่างตั้งใจและอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ Rosenbaum(1990) โดยแบ่งเป็นการควบคุม 2 ชนิด ได้แก่ การสามารถควบคุมตนเองได้อีกครั้ง (redressive self-control) มีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ได้กลับคืนมาซึ่งการทำงานที่ปกติของร่างกาย และการปฏิรูปการควบคุมตนเอง (reformative self-control) มีเป้าหมายที่จะหยุดนิสัยที่คิดว่าไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพดีกว่าขึ้นมาแทน ซึ่งการควบคุมตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ กัน โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นความเชื่อในการเลือกตัดสินใจกระทำพฤติกรรมซึ่งเป็นผลดีของตนเองและผู้อื่นได้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ขั้นที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด การรับรู้ การใช้ความคิด และการประเมินตนเองต่อสถานการณ์ ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย ขั้นที่ 3 การประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นมาใช้ในการควบคุมตนเอง เช่น การวางแผน การให้คำจำกัดความของปัญหา การประเมินทางเลือกต่างๆ และการคาดหมายถึงผลที่จะเกิดตามมา ขั้นที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นภายในเป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อทำให้พฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ และขั้นที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง การผ่อนคลาย การยืดเวลาความพึงพอใจ และพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ติดสุรามีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานมากขึ้น (พิทักษ์สุริยะใจ, 2550) จากเหตุผลดังกล่าว การที่จะบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราได้ (Carey et al., 1990) และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น และช่วยส่งเสริมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (Copello et al., 2005)

ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวความคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ที่กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นความเชื่อในการเลือกตัดสินใจกระทำพฤติกรรมซึ่งเป็นผลดีของตนเองและผู้อื่นได้ ร่วมกับแนวความคิดมีส่วนร่วมของของครอบครัวของ Friedman (2003) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลต่อการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล เพื่อการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมและมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจที่จะดูแลรักษาสุขภาพ ประกอบด้วย 6 บทบาท ดังนี้ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการเจ็บป่วย 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ดูแล รักษาพยาบาล 4) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมสุขภาพ 5) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ และสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องการดูแลเป็นบุคคลที่พึ่งพา 6) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 8 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว ครั้งละ 10 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยติดสุราได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อผู้ป่วยติดสุราได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายผู้ป่วยติดสุราเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ณ แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมมีดังนี้

**ระยะที่ 1** ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมระหว่างที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดังนี้

#### **สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง**

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว** การตั้งเป้าหมายเล็กดีเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ร่วมกับให้ผู้ติดสุราและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา ถ้าหากมีตั้งเป้าหมายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเป็นไปได้อย่างจะทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุราได้สำเร็จ ทำให้คงเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดขึ้น (Hester, 2003) ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีเป้าหมายที่ชัดเจน อีกทั้งยังทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ติดสุราที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาที่พบ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และเพื่อพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการลดหรือเลิกพฤติกรรมติดสุรา การมีส่วนร่วมในการค้นหาการ



เจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ติดสุราสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

**กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันเป็น** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว ตระหนักถึงการรู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รับผิดชอบต่อความสามารถของตนเอง สามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ ผ่านกระบวนการที่ทำให้ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเองในใบกิจกรรมถึงสิ่งที่ภาคภูมิใจ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นความไว้วางใจของแต่ละบุคคลต่อความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ Bandura (1977 อ้างใน Sotthiyapai, 2002) อีกทั้งในกิจกรรมนี้ยังเป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดสุราทั้งในมุมมองของครอบครัวและผู้ป่วย และได้ร่วมกันมองถึงผลที่จะเกิดขึ้นถ้าหากเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุรารับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (Friedman, 2003) เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การดื่มสุราได้

### **ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด**

**กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน** เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นพัฒนาความสามารถในการคิด ฝึกให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะสามารถแยกแยะความคิดทางลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง โดยการให้ความรู้และความเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม (Rosenbaum, 1990) โดยให้ผู้ป่วยติดสุรานึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดื่มสุราก่อนมารักษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราก่อนพามารักษาครั้งนี้ ประเมินความถี่และกำหนดเป้าหมายสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างความคิดใหม่ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการประเมินระดับความจริง หรือตรวจสอบความเป็นจริงในความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือพฤติกรรม ตลอดจนปฏิบัติทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์อันนำไปสู่ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวค้นพบความคิดใหม่ๆ ทำให้สามารถประเมินตนเองต่อสถานการณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุราได้

## ลัปตาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา

**กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหานำพาสุข** เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิด ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นขั้นตอน ฝึกทักษะสังเกตการเชื่อมโยงของสมองส่งผลต่อการแสดงออกทางร่างกายเมื่อเกิดปัญหา เช่น หัวใจเต้นแรง การตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติเมื่อเกิดปัญหาในการหาทางออกของปัญหา ด้วยการตีความหรือการแสดงพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสม ผ่านการสอนและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องปัญหาของการตีความ ผ่านเรื่องราวประสบการณ์ที่เกี่ยวกับสุราของสมาชิก วิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับ และให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาย่อยว่าเป็นอย่างไร อธิบายวิธีการแก้ปัญหาที่รอบคอบและมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Rosenbaum, 1990) อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาของครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ปัญหา รับฟังในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาย่อยได้สำเร็จ ลดความเสี่ยงในแก้ปัญหาย่อยด้วยการตีความได้

## ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น

**กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น** เป็นการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตีความของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการตีความ ซึ่งมีเป้าหมายกิจกรรมเพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และสิ่งกระตุ้นภายนอก การค้นหาสิ่งกระตุ้นที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อมีพฤติกรรมการตีความมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุกระตุ้นที่แท้จริง และร่วมกันวางแผนแก้ไข หาแนวทางป้องกันได้อย่างครอบคลุมผ่านใบกิจกรรมแบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทำให้ลดความเสี่ยงในการกลับไปตีความซ้ำอีก รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการป้องกันและส่งเสริมภาวะสุขภาพ (Firedman, 2003) ทำให้ผู้ป่วยติดสุรา มีความสามารถวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นในสถานการณ์นั้นๆ และทบทวนถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การตีความ เมื่อจัดการสิ่งกระตุ้นได้จะส่งผลการตีความของตนเองลดลง

## ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

**กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีความ โดยการฝึกให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ รู้จัก เข้าใจ ถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง และเรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ เข้าใจอารมณ์ และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมการตีความ สำรวจพฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม โดยวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ นั้นจะแตกต่างกันไปแต่

ละบุคคล การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการดื่มสุรา เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เป็นต้น อีกด้านเป็นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆตัวให้ดีขึ้น โดยครอบครัวเข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการตอบสนองการเจ็บป่วย การส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม (Friedman, 2003) ดำเนินกิจกรรมโดยการสอน สาธิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์ แสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุราได้ แล้วสรุปกิจกรรมและทบทวนการฝึกการควบคุมตนเองครั้งที่ 1-6 ประเมินความรู้ความเข้าใจในความพร้อมของการนำทักษะไปใช้กับสถานการณ์จริง ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งนัดหมายร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

**ระยะที่ 2** การติดตามพฤติกรรมควบคุมตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน โดยการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยใน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 3

**กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุรา บอกความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา เพื่อหาวิธีหรือแนวทางในการปฏิเสธจากสถานการณ์ที่เสี่ยง การเอาชนะแรงกดดันต่างๆจากกลุ่มเพื่อนที่เชิญชวนให้ดื่ม โดยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิเสธการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรมปฏิเสธการดื่มสุราในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวให้สามารถปฏิเสธได้สำเร็จ (Friedman, 2003) ผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์สมมติและการฝึกปฏิบัติจริงทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ ถ้ามีทักษะการปฏิเสธและมีการฝึกฝนที่ดี จะทำให้กล้าแสดงออก และมีความมั่นใจในการปฏิเสธคำเชิญชวนจากผู้ดื่มสุรา จะทำให้สามารถป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำอีกได้ โดยการให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวใช้ศักยภาพของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผล เพื่อนำมาใช้ในการปฏิเสธการดื่มสุราจากการใช้เทคนิคต่างๆในการปฏิเสธ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและกำลังใจผู้ป่วยติดสุรา ขณะมีการฝึกในกลุ่ม การพัฒนาทักษะนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความมั่นใจในการปฏิเสธสถานการณ์เสี่ยงในการดื่มสุราได้

#### สัปดาห์ที่ 4

**กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุรา ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ติดสุราและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะการควบคุมตนเองที่ผ่านมา ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-7 และเป็นการประเมินผลหลังนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ความมั่นใจ อุปสรรคและปัญหาจากการนำทักษะไปใช้จริง การติดตามประเมินผล การเสริมแรงด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำผ่านใบกิจกรรม การให้ความรู้ตามใบความรู้ในเรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยมีพยาบาลคอยแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมาย และเพิ่มเติมเทคนิคในการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จ การทบทวนหลังบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางหรือทักษะในระหว่างการบำบัดนั้น ทำให้เกิดการทบทวนความรู้แล้วนำไปปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ เมื่อต้องเจอสถานการณ์จริงอีกครั้ง จะทำให้ระลึกถึงวิธีการหลักการที่ได้รับการฝึกฝนระหว่างการบำบัดไปใช้เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมๆแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswig, Sbraga and Harris, 2003) นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

**ประชากร** คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยครอบครัวละ 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโรงพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน และผู้ดูแล จำนวนครอบครัวละ 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมการดื่มสุรา** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในการศึกษานี้ได้แบ่งพฤติกรรมการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ คือ กลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย และกลุ่มที่ดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) แปลโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

**โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว** หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ติดสุราเป็นรายกลุ่ม โดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา จากแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ดังนี้ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการเจ็บป่วย 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาล 4) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมสุขภาพ 5) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ และสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องการดูแลเป็นบุคคลที่พึ่งพา 6) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็น

กิจกรรมสำหรับพยาบาลใช้ในการฝึกการควบคุมตัวเองของผู้ป่วยติดสุราโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการฝึกการควบคุมตัวเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน โดยพยาบาลดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว เป็นรายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยติดสุราศึกษาที่แผนกผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ชุมชน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง** หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว เพื่อให้ผู้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา การให้ครอบครัวเล่าประสบการณ์และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ติดสุราที่ผ่านมา ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ติดสุราสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ได้วิเคราะห้และรู้จักตนเอง ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด จุดดี จุดด้อย ข้อจำกัด และความสามารถของตนเอง สิ่งที่ต้องปรับปรุง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม ครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด** หมายถึง การฝึกให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะสามารถแยกแยะความคิดทางด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง โดยการให้ความรู้และเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยติดสุรานึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนมารักษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ก่อนพามารักษาครั้งนี้ ฝึกเทคนิคการหยุดความคิด และการมองมุมใหม่ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราค้นพบความคิดใหม่ๆ และการได้รับกำลังใจและสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นตัวเสริมแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

**ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา** หมายถึง การพัฒนาทักษะกระบวนการคิด วิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เน้นให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มีสาเหตุ วิธีการจัดการเป็นอย่างไร และผลกระทบเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยฝึกผ่านสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมาในแต่ละครอบครัว บอกวิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับ แล้วให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาว่าเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้ได้เรียนรู้

วิธีการมองปัญหาในแง่มุมใหม่และการแก้ปัญหาที่รอบคอบ ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีการใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด

**ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น** หมายถึง การพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหงา สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ผ่านแบบสำรวจสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้เข้าใจตรงกันถึงสาเหตุที่แท้จริงและวางแผนแก้ไขที่ถูกต้องรวมทั้งได้เรียนรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา

**ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง** หมายถึง การฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว รับรู้ เข้าใจอารมณ์ และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา สำรวจพฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม การฝึกให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ บอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกในการปฏิเสธคำเชิญชวนให้ดื่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยติดสุราในการปฏิเสธคำเชิญชวนให้ดื่ม ผ่านการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันวางแผนและคิดแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมาย

**ผู้ป่วยติดสุรา** หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคติดสุรา(F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ครอบครัว** หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่ เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ติดสุราชายได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) การพยาบาลระยะแรก ได้แก่ การสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยงจากการดื่มสุรา

2) การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอาการขาดสุรา ภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) การรักษาด้วยยา โดยผู้ติดสุราจะได้รับสารน้ำและยาเพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา 3) การพยาบาลระยะฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การบำบัดจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคมด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivation Enhancement Therapy) และการให้คำปรึกษาครอบครัวตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย 4) การพยาบาลระยะหลังการรักษา ได้แก่ การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาจากชุมชนหรือญาติที่เกี่ยวข้องจากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและการมาพบแพทย์ตามนัด หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นรูปแบบสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
2. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุราในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญหายุติกรรมการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อเป็นองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ติดสุรา



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา

- 1.1 ความหมายของการติดสุรา
- 1.2 การวินิจฉัยการติดสุรา
- 1.3 สาเหตุของการติดสุรา
- 1.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
- 1.5 การพยาบาลผู้ติดสุรา

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

- 2.1 ความหมายพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.3 ผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง

- 3.1 ความหมายของการควบคุมตนเอง
- 3.2 ทฤษฎีและแนวคิดการควบคุมตนเอง
- 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมตนเอง
- 3.4 เทคนิคการฝึกควบคุมตนเอง

#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสุรา

- 4.1 ความหมายของครอบครัว
- 4.2 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 4.3 บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
- 4.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันพฤติกรรมการกลับไปดื่มซ้ำในระยะ

ติดตามรักษา

#### 5. โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา

### 1.1 ความหมายของการติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้ให้ความหมายของการติดสุรา คือ ความผิดปกติของการดื่มสุราจนทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ต่อสังคม ถือเป็นอาการเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มาก และเป็นเวลานาน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008 อ้างใน มะลิ แสงผล, 2556) ให้ความหมายการติดสุรา คือ ภาวะที่ผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากรูปแบบการดื่มสุราที่มากกว่าบุคคลปกติโดยทั่วไป โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึงความต้องการอย่างมากที่จะดื่มสุรา เป็นการเสพติดทางกายที่แสดงถึงอาการขาดสุราหรือทนต่อฤทธิ์ของสุรา และไม่สามารถควบคุมตนเองในการดื่มสุราที่เป็นสารเสพติดทางจิตใจได้ หากหยุดดื่มสุราจะหยุดได้ในระยะเวลาสั้นๆ และจะกลับไปดื่มสุราซ้ำในเวลาที่ยาวเร็ว

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า การติดสุรา หมายถึงการดื่มสุราจำนวนมากและเป็นเวลานาน ดื่มจนไม่สามารถยับยั้งซึ่งใจทำให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรา รวมทั้งมีการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ และต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า การติดสุรา คือ การที่ผู้เสพติดต้องพึ่งพาสุราอย่างต่อเนื่อง เลิกไม่ได้ เกิดการพึ่งพาเพื่อผลทางกายหรือผลทางด้านจิตใจทำให้มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบบต่อร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม จนมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา

จากความหมายของการติดสุราที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การติดสุรา เป็นลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราที่ความผิดปกติ โดยดื่มในปริมาณมากและเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ และยังมีอาการต่อเนื่องถึงแม้จะรู้ว่ามึผลกระทบบ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม หากลดหรือหยุดดื่มจะมีอาการถอนพิษสุราเกิดขึ้น

### 1.2 การวินิจฉัยการติดสุรา

การวินิจฉัยการติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder IV-TR (DSM-IV -TR), 2005) ระบุว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่า 3 อาการในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

1. มีระดับความทนต่อการดื่มสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 1.1 มีความต้องการการดื่มเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
  - 1.2 ฤทธิ์ของการดื่มสุราที่มีต่อร่างกายลดลง ในขณะที่มีการดื่มสุราเท่าเดิม
2. มีอาการถอนพิษสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 2.1 มีอาการขาดสุรา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีเหงื่อออกมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หูแว่ว ประสาทหลอน รวมไปถึงอาการชักจากการขาดสุรา
  - 2.2 เมื่อดื่มสุรา สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าระยะเวลาที่เคยกำหนดไว้
4. มีความต้องการดื่มสุราตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. มีการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
6. มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง เนื่องจากดื่มสุรา
7. ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่ามีการดื่มสุรามีผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจได้แก่ ยังคงดื่มสุราอยู่ แม้ว่าการดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือยังคงดื่มสุราโดยทราบว่ามีการดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดอาการหูแว่วประสาทหลอนเมื่อขาดสุรา

การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ( International Classification Diagnostic [ ICD-10], 1999 ) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

- F 10.0 Acute Intoxication ภาวะพิษสุราเฉียบพลัน
- F 10.1 Harmful Use การใช้สุราอย่างอันตราย
- F 10.2 Dependence Syndrome กลุ่มอาการติดสุรา
- F 10.3 Alcohol withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา
- F 10.4 Alcohol withdrawal with delirium ภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง
- F 10.5 Alcohol- induced psychotic disorder โรคจิตจากสุรา
- F 10.6 Alcohol- reduced persisting amnestic disorder อาการหลงลืมจากการสุรา
- F 10.7 Alcohol- induced residual and late- onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง
- F 10.8 Alcohol-induced mood disorder function กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมอื่นๆ

F 10.9 Alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นที่ไม่ได้ระบุจำแนกไว้ชนิดใดชนิดหนึ่งดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ( International Classification Diagnostic [ ICD-10], 1999 )ที่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ที่ติดสุรา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) F 10.2 ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ( ICD-10) ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันอย่างน้อยนาน 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) มีความต้องการอยากดื่มสุรามาก หรือต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำๆ
  - 2) มีการควบคุมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งในปริมาณการดื่ม การหยุดดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากดื่มตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มสุรา แต่ทำไม่สำเร็จ
  - 3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดสุรา หรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือหากดื่มสุรา หรือสารใกล้เคียง จะช่วยบรรเทาอาการขาดสุราที่เกิดขึ้นได้
  - 4) มีการทนต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้นได้แก่ ต้องการดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ของการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม
  - 5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มสุรา โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม หรือเคยสนใจ
  - 6) ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งที่ทราบว่าเกิดผลกระทบที่อันตรายจากการดื่มสุราเกิดขึ้น
- สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) F 10.2 ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ( ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### 1.3 สาเหตุของการติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการติดสุราเกิดการปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

#### 1.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่

1.3.1.1 พันธุกรรม ในผู้ติดสุรากล่าว ร้อยละ 50 พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมด้วย โดยมียีนบางชนิดที่บ่งบอกถึงผลของสุราที่จะมีผลต่อร่างกาย และส่งผลให้ผู้ดื่มบางรายต้องดื่มปริมาณมาก จึงจะเกิดฤทธิ์ที่ต้องการ

1.3.1.2 Neurochemical mechanism โดยมีความเกี่ยวข้องกับ reinforcement rewarding system ใน limbic area โดยสุราจะกระตุ้นให้ผู้ดื่มรับรู้ว่าการดื่มสุรา

เป็นเสมือนกับความต้องการที่มีตามธรรมชาติ (innate drive) ของคนเรา เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศทำให้เกิดความติดใจ และมีความต้องการที่มอยุ่เรื่อยๆ จนบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการตามธรรมชาติ

1.3.1.3 Neurotransmitters โดยสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น หรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่ม ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะการพึ่งพิง (Dependence) ตามมา

1.3.1.4 พื้นฐานทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพ กล่าวคือ ลักษณะบุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ dependence คือ impulsivity, dependency need ที่สูง การควบคุมอารมณ์ที่บกพร่องและบุคลิกภาพแบบ antisocial

1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยปัจจัยในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สารเสพติด การชักชวนของกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่สำคัญในการติดสุรา

1.3.3 ปัจจัยด้าน Learning และ Conditioning ผลบวจากการดื่มสุรา เช่น มีความสุข (euphoric effect), ลดความเครียด และลดอาการทรมานจากการขาดสุรา (withdrawal symptom) จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลยังคงพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนการกลับมาดื่มสุราซ้ำอาจเกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ก็อาจจะทำให้เกิดคิดถึงและเกิดอาการอยากกลับไปดื่มสุราอีก

1.3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดสุรา สรุปได้ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549)

1.3.4.1 เพศ การเสพติดสุราเป็นปัญหาที่พบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง โดยการดื่มสุราในเพศหญิงมีเพียงส่วนน้อยที่จะกลายเป็นผู้ติดสุรา หากเกิดภาวะเสพติดก็มักไม่ค่อยต่อ เนื่องจากในเพศชาย ความแตกต่างด้านอุปติการณและ ความชุกในเพศหญิงและเพศชาย มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่านิยมทางสังคม สถานะทางสังคม ขนาดของรูปร่าง กระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย มีผลทำให้ปริมาณการดื่มและการติดสุราในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย

1.3.4.2 อายุ พบว่าความชุกของการดื่มสุราจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นเนื่องจากมีผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยที่เริ่มมีปัญหาการดื่มสุราในวัยนี้ และกว่าปัญหาการติดสุราจะได้รับการแก้ไขผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดสุราก็อาจเสียชีวิตไปก่อน อีกนัยหนึ่งในผู้สูงอายุความชุกของการดื่มสุราจะต่ำอาจเนื่องมาจากอุปติการณการเกิดโรคลดลงตามช่วงชีวิตที่เพิ่มขึ้นช่วงเวลาการเกิดโรคลึ้นลง อาจเนื่องมาจากการมีอัตราการหายใจที่สูงขึ้น หรือมีอายุขัยที่สั้นลง หรือมาจากทั้งสองสาเหตุ

1.3.4.3 ประวัติครอบครัว เป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและการอาศัยในสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ครอบครัวที่มีปัญหาการติดสุรามีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

1.3.4.4 อาชีพและการจ้างงาน ผู้ที่ว่างงาน ตั้งแต่ 6 เดือน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จะมีความชุกของการติดสุราและความผิดปกติจากสุราสูง ดังนั้น การติดสุราจึงมักพบในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ

1.3.4.5 สถานภาพสมรส ความชุกของปัญหาการติดสุราจะพบสูงในผู้ที่มีปัญหาหย่าร้างหรือผู้ที่เป็นโสด อีกทั้งพบว่า ชายหญิงที่อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงานจะมีความชุกชั่วชีวิตของการดื่มสุรามากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วและมีครอบครัวที่เป็นปกติสุข

1.3.4.6 การศึกษา การดื่มสุราในปริมาณมากมักพบในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือในเด็กที่ถูกพักการเรียนหรือให้ออกจากโรงเรียน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสียหายของการติดสุราเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

#### 1.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราประกอบด้วย 2 ด้าน คือ (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

1.4.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological Intervention) เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขหรือลดอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งอาการนี้จะเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดดื่มสุรา โดยเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำลง ทั้งนี้อาการอาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน เพ้อสับสน (Delirium) หรือชักได้ ภาวะถอนพิษสามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือถ้าเริ่มมีอาการก็สามารถควบคุมให้ดีขึ้นได้เร็วด้วยการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา และทำให้ผู้ติดสุรามีอาการสงบลง รายละเอียดยานี้ยืมใช้ มีดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549)

1.4.1.1 ยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (Long Half-Life Benzodiazepine) เช่น Diazepam หรือ Chlordiazepoxide นิยมใช้เพราะจะทำให้ควบคุมอาการได้ดีกว่า ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางเป็นสารที่จับเข้ากับ Benzodiazepine Receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABA<sub>A</sub> Receptor และ Chloride Channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาททำให้ GABA<sub>A</sub> Receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ Chloride Channel เปิดยอมให้ Chloride Ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการขัดขวางการส่งกระแสประสาทและยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวลทำให้ง่วงหลับ ด้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ

1.4.1.2 ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short Half-Life Benzodiazepine) เช่น Lorazepam ออกฤทธิ์เหมือนกับ Diazepam หรือ Chlordiazepoxide ใช้ในกรณีผู้ป่วยติดสุราที่มีความบกพร่องในการทำงานของตับหรือผู้สูงอายุ ซึ่งยายังคงทำงานได้ตามปกติ แม้การทำงานของตับจะบกพร่องบางส่วน

1.4.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยติดสุราได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มสุราให้ได้ยาวนานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยรูปแบบของการรักษามีหลายรูปแบบ การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยติดสุรามุ่งนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1.4.2.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นกระบวนการที่มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน โดยผสมผสานการปรับเปลี่ยนความคิดและการปรับพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเอง และฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด สามารถให้การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มได้ผล ลักษณะที่ดีของ CBT สัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) และการให้ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม

1.4.2.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI and Motivation Enhancement Therapy: MET) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (client-centered counseling) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self-perception therapy) ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้คุยกับตนเอง (self-talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivation Statement: SMS) ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงในการบำบัด รักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง 2) ระยะสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเองและวางแผนเปลี่ยนแปลงตนเอง 3) ระยะสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น

1.4.2.3 การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นการให้ข้อมูลถึงผลเสียของการดื่มสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้ (Education) การให้คำแนะนำ (Advice) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้ผู้ติดสุราลดการติดสุราให้อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำจนถึงเลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

1.4.2.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) พฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพในผู้ติดสุรา ได้แก่ Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) เป็นการบำบัดที่เริ่มต้นโดยการช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดก่อน เหมาะสมกับกรณีผู้ติดสุราที่ยังไม่ยอมเข้าสู่การบำบัด รักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ช่วยลดความรุนแรงในครอบครัว ลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ช่วยเตรียมญาติถึงวิธีการแนะนำผู้ป่วยให้เข้าสู่การบำบัดรักษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา และเตรียมญาติให้คอยสนับสนุนผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ญาติได้รับการฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา และระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา

1.4.2.5 การดูแลรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่ได้มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ เพื่อช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่ม และจูงใจผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป

1.4.2.6 การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation: TSF) เป็นการให้คำปรึกษาที่อิงหลักของผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มกันเพื่อหยุดดื่มสุราที่เรียกว่า กลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcohol Anonymous: AA) ใช้ได้ผลดีในผู้มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมากๆ ผู้มีปัญหาด้านจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาด้านการขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

#### **การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ใช้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในรายบุคคล เมื่อผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดในกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด ได้รับการประเมินคัดกรองภาวะถอนพิษสุรา อยู่ในระดับเล็กน้อย (AWS < 5 คะแนน) และประเมินความผิดปกติทางสมองโดยวัดด้วย Mini Mental Status Examination (MMSE) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 18 จะได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยยึดรูปแบบการเปลี่ยนแปลง 3 ระยะ (อัครเดซ กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2557) คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเล และเสริมศักยภาพในตนเองเป็นการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาสะท้อนกลับ และใช้เทคนิคการสนทนา และกลยุทธ์ในการจูงใจต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม เพื่อช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 2 เป็นการสนทนาเพื่อช่วยผู้ติดสุราให้คำนึงสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเองและวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้บำบัดช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนไปสู่ขั้นที่ 4 คือ ลงมือแก้ไขตนเอง



ระยะที่ 3 เป็นการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความมั่นใจของแรงจูงใจ และให้แรงจูงใจใหม่ในกรณีที่แรงจูงใจถดถอย วิธีการบำบัดขึ้นอยู่กับผู้บำบัดแต่ละคน บางคนอาจทำการบำบัดโดยใช้เวลาพบกับผู้ติดยาเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ในขณะที่บางคนอาจได้รับการบำบัด 2-3 ครั้ง (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2557) จากรายงานผลการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่ามีผู้ติดยาได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) จำนวน 223 ราย และ 281 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.15 และ 70.50 ตามลำดับ ที่เหลือร้อยละ 37.85 และ 29.50 เป็นการบำบัดแบบสั้น (BI) และให้สุขภาพจิตศึกษา ผลที่ตามมาคือการกลับไปมีพฤติกรรมการติดยาจนต้องกลับมารักษาซ้ำในอัตราที่สูงกว่าเป้าหมาย

### 1.5 การพยาบาลผู้ติดยา

การประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหาในผู้ติดยา มักมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุมีส่วนร่วมในการเกิดปัญหา ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่หรือผลกระทบจากการติดยา ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ควรต้องประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยจะต้องประเมินตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย เช่น ประเมินทั้งพฤติกรรม การติดยา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลภาวะโรคร่วมทั้งโรคทางกายและโรคจิตเวช ความพร้อมของผู้ติดยาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างการติดยากับปัญหาในชีวิตด้านอื่นๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงในการกลับติดยา รวมทั้งปัญหาครอบครัว สังคม การทำงาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหาอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนช่วยเหลือ (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553) โดย

1. การซักประวัติ: จากผู้ป่วยและญาติ โดยซักประวัติการติดยา เช่น ชนิดของสาร ระยะเวลาปริมาณ และลักษณะการติดยา เวลาและปริมาณที่ติดยาครั้งสุดท้าย อาการขาดสาร การชัก ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการที่นำส่ง อาการปัจจุบัน กรรมพันธุ์รวมทั้งประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย: เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มี บาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น เช่น CBC with differential count, Liver Function Test, Electrolyte, BUN, Cr และCXR

3. การประเมินสภาพจิต: อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา ภาวะถอนพิษสุรา หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเวชร่วมซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อยๆ ทั้งนี้มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น ในผู้ดื่มเรื้อรังมักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคจิตเวชมักมีการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดอื่นร่วมเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย

#### 4. การประเมินทางด้านจิตสังคม:

ประเมินตัวผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ภัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านทัศนคติ ความเชื่อค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าดื่มสุราไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองและสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดดื่มสุรา หรือการดื่มสุราคือการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยบำรุงร่างกายบำรุงโลหิต รักษาอาการปวดเมื่อย ทำให้เจริญอาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยที่ยังมีความเชื่อนี้มักจะกลับไปดื่มซ้ำ

ประเมินครอบครัวชุมชน เช่น ในครอบครัวผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุราและมีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีการเลียนแบบคนในครอบครัวที่ดื่มสุราหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจจนเครียด ดื่มสุรา เป็นต้น ส่วนในชุมชนมีความเชื่อว่าสุราเป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลองและงานประเพณีต่างๆ แทบทุกงานในหมู่บ้านจะต้องมีสุราร่วมด้วยเสมอมีร้านขายสุราในหมู่บ้านหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำได้ง่าย

การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ ขั้นตอนการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระยะตามมาตรฐานการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553) คือ

1. การพยาบาลระยะแรก (Early intervention) เป็นการคัดกรองและให้การพยาบาลในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลทุกคน มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการลุกลามต่อไป การพยาบาลระดับนี้สามารถทำได้ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย (Alcohol screening) เพื่อจำแนกกว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระดับใด และค้นหาผู้ที่มีปัญหาให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วิธีการคัดกรองอาจอาศัยการสัมภาษณ์ทางคลินิกการใช้แบบสอบถามซึ่งมีทั้งแบบถาม-ตอบด้วยตนเอง แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ การคัดกรองการติ่มสุราควรจะทำกับผู้ป่วยทุกคนที่มาที่สถานบริการ ณ จุดบริการทางคลินิกจุดแรกที่พบผู้ป่วย เช่นที่ห้องฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยใน

2. การพยาบาลระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย/ทางจิต (Alcohol Detoxification and Medical/Psychiatric Complication) การพยาบาลในระยะนี้มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่างๆ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าให้การพยาบาลล่าช้าและไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยอาจสูญเสียชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยในระยะนี้มีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 15-30 เพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หรือจากอุบัติเหตุรุนแรงได้

ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะถอนพิษสุราในทุกรายควรได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราหากพบว่ามีปัญหาการติ่มแบบเสี่ยงสูงหรือแบบอันตราย ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อลด ละ เลิกติ่ม ส่วนในผู้ป่วยที่สงสัยว่าติ่มสุราหรือผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นติ่มสุราแต่เข้ามารับการรักษาด้วยปัญหาทางกาย ควรจะได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการขาดสุรา ควรเฝ้าระวังอาการขาดสุราภายใน 7 วันแรกหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้แบบประเมินอาการขาดสุราภาวะถอนพิษสุรา เช่น AWS หรือ CIWA-Ar หากพบว่าเริ่มมีอาการขาดสุราให้การบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสุราหรือตามแผนการรักษาและการรักษาภาวะโรคร่วม หลังอาการสงบแล้วให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดเฉพาะทางต่อเนื่อง และติดตามต่อที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เช่น PCU หรือสถานเฝ้าระวัง ส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยอาการขาดสุราให้การบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสุรา

การให้การพยาบาลในระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย/ทางจิตเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงจัดเป็นการดูแลระยะเฉียบพลัน(acute phase) พยาบาลต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด ครอบคลุม แล้วนำผลการประเมินมาวางแผนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การพยาบาลระยะนี้ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือประเมินอาการด้านร่างกายประเมินอาการด้านจิตใจและประเมินอาการด้านจิตสังคม

3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หลังผ่านพ้นการพยาบาลระยะถอนพิษสุราแล้ว จะต้องให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปติ่มสุราซ้ำ ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูมีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแต่ละสถานที่บำบัด โดยต้องประเมินเพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4. การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare service) การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่

ดื่มหรือมีการดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งอาจให้กระบวนการดูแลตนเองหรือการบำบัดเสริมแรงโดยชุมชน บุคลากรสุขภาพอาจเป็นผู้ริเริ่มงานในระดับนี้ โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชนหรือญาติที่เกี่ยวข้องการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยได้มีการโอนย้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ขณะที่บางส่วนยังมีอาการหลงเหลือที่ต้องการการติดตามบำบัดดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพอยู่ การวางแผนการดูแลหลังการรักษาในการวางแผนการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรารายต่อเนื่องในชุมชน มีลักษณะงานที่จำเป็น 3 ลักษณะได้แก่การบำบัดดูแลการฟื้นฟูสภาพและการสนับสนุนประคับประคอง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

### 2.1 ความหมายพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

World health organization (2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าว่าเป็นการกระทำที่แสดงถึงรูปแบบหรือลักษณะการดื่มสุรา โดยพิจารณาจากปริมาณและความถี่ในการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม ความรู้สึกเสียใจหลังการดื่ม การจำเหตุการณ์หลังการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่ม และการได้รับความหวังเอยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่ม สามารถจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติด

Summers et al. (2003) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายซึ่งเกี่ยวกับลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาที่ร่วมดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม และความถี่ในการดื่ม

Community Health Sciences (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มสุราเพื่อสังคม

สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า เป็นการปฏิบัติตนของบุคคล ที่ทำให้เป็นผู้ดื่มหรือติดสุร่า ประกอบด้วย สาเหตุของการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณ และความถี่ในการดื่ม

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยติดสุร่าจากการดื่มสุร่า แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย และกลุ่มที่ดื่มแบบติด

สรุปได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุร่า จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บ

จากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง และผู้อื่น ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ คือ กลุ่มที่ดื่มแบบ มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย และกลุ่มที่ดื่มแบบติด ประเมินโดย แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) แปลโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มสุราของผู้ติดสุราเกิดจากปัจจัย ต่างๆ หลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล สามารถสรุปได้ ดังนี้

### 2.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล

2.2.1.1 อาการอยากสุรา(Craving) ซึ่งเกิดจากอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท Dopamine ในสมอง โดย การดื่มสุราในระยะยาวจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบชีววิทยาประสาทในตัวบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และอาจจะเกิดขึ้นอย่างถาวร ดังนั้นเมื่อหยุดการดื่มสุรา บุคคลจะเกิดความ อยากขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับความสมดุลของสมองซึ่งมีตัวกระตุ้นคือ ความไม่สมดุลของสมองจากการ หยุดการใชสุราก่อนหน้านี้ ตามด้วยอาการถอนพิษสุรา และผลของความ เครียดที่มีต่อความทรงจำที่ แสดงออกทางระบบประสาทที่ควบคุมความอยาก (Robinson and Berridge, 1993 อ้างใน กงจักร สอนลา, 2555) ซึ่งอาการอยากสุรา (Craving) สามารถส่งผลให้ผู้ติดสุรามีการดื่มสุราได้ (พิชัย แสงชาญชัย , 2548)

2.2.1.2 ขาดทักษะในการผ่อนคลายอารมณ์ ได้แก่ การมีอารมณ์เครียด โกรธ เศร้า เสียใจ การวิตกกังวล การขาดทักษะในการเผชิญความเครียด หรือผลทางบวกที่เกิดจาก การดื่มสุรา ส่งผลให้ผู้ติดสุรามีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Suktrakul, 2011) เนื่องจากผู้ติดสุราไม่สามารถ จัดการกับสิ่งที่ตนเองเผชิญอยู่

2.2.1.3 การขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง เช่น การขาดทักษะใน การปฏิเสธคำชักชวน และเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ดื่มสุรา (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548)

2.2.1.4 ขาดการควบคุมตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการติดสุรา เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้ติดสุรากลุ่มนี้ คือ ดื่มสุราในปริมาณที่เพิ่มขึ้นและดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่ สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ แม้ว่าการดื่มนั้นจะส่งผลกระทบต่อตนเอง และผู้อื่น (Fauman, 2002) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ติดกลุ่มนี้ ขาดความสามารถในการควบคุม ตนเอง (Hull and Stone, 2004) หากบุคคลขาดการควบคุมตนเองจะส่งผลให้มีการดื่มสุรามากขึ้น (Pokhrel, Sussman, Rohrbach and Sun, 2007)

## 2.2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล

2.2.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว ในการติดตามหลังจากผู้ติดยาหลังจากได้รับการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าส่วนใหญ่จะกลับไปติดยาซ้ำอีก เนื่องจากผู้ติดยากลับไปดำเนินชีวิตประจำวันกับครอบครัวเหมือนก่อนเข้ามาบำบัด และมีปัญหาเรื่องเดิมๆ ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มักพบเป็นปัญหามาจากครอบครัวแตกแยก บิดามารดาทะเลาะวิวาทกัน (อัจฉราพร นัดสาสาร, 2548) โดยเฉพาะการได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอของครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่มีกฎเกณฑ์ ทนสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีการดูค่าไม่ได้ขาดที่พึงพอใจ ถูกทอดทิ้งจากคนในครอบครัว (บุญรัตน์ สดใส, 2545 อ่างใน สดุดี น้อยกรณ, 2552)

2.2.2.2 มีสมาชิกในครอบครัวติดยาในขณะที่ผู้ติดยาเลิกติดยาได้แล้ว จะเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ติดยาเกิดความอยากติดยา และไม่สามารถหลีกเลี่ยงการติดยาได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดยากลับไปติดยาซ้ำอีก (นิศานาถ โชคเกิด, 2545 อ่างใน สดุดี น้อยกรณ, 2552)

2.2.2.3 อิทธิพลจากเพื่อน ผู้ติดยาติดยาเพราะต้องเข้าสังคมมีสมาคมกับกลุ่มเพื่อน และจำเป็นต้องติดยาในโอกาสพิเศษต่างๆ (ญาดา จินประชา, 2550)

2.2.2.4 สภาวะแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ บริเวณใกล้เคียงบ้านมีร้านจำหน่ายสุรากลั่นอย่างแพร่หลาย หาซื้อได้ง่าย มีการแข่งขันกันทางธุรกิจ ใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงผู้ติดยามีการจูงใจในรูปแบบต่างๆ จึงทำให้เกิดการอยากติดยามากขึ้น (ญาดา จินประชา, 2550)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการติดยาของผู้ติดยามีหลายปัจจัย ที่สำคัญทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวผู้ติดยาเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อนำมาใช้จัดการกับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในที่จะส่งผลให้ผู้ติดยาสามารถลดหรือพฤติกรรมการติดยาได้

## 2.3 ผลกระทบของพฤติกรรมการติดยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบผลกระทบดังนี้

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การติดยาเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันและโปรตีนในตับ มีผลทำให้เกิดตับอักเสบ มะเร็งตับและตับแข็ง โดยพบว่ามีอัตราความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นกว่าอัตราการบริโภคที่เพิ่มขึ้น(ปริทรรศศิลป์กิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553)ในระบบทางเดินอาหาร ทำให้หลอดอาหารอักเสบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หรือเกิดกระเพาะทะลุได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2005) การติดยาเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดหัวใจวายได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการนอนหลับ จะทำให้หลับง่ายเนื่องจากมีผลในการลด Sleep Latency

แต่ผลเสียคือไปเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน คือ ลัดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกลอกลูกตา (REM) และระยะหลับลึก (NREM) ทำให้วงจรการนอนหลับขาดเป็นช่วงๆ เป็นผลให้หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ หรือไม่หลับทั้งคืน(ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น,2546 อ้างใน เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555)

2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองจึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและการเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาวนิชย์, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) โดยพบว่าผู้ติดสุราจะมีการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิในการทำงานลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ถึงร้อยละ 70 (Grater et al., 2002 อ้างใน พัทธราวลัย กนกจรรยา, 2554)

2.3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าผู้ที่ดื่มสุราต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการหาซื้อสุราดื่ม ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงานขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระในการดูแล (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ผลกระทบด้านสังคมทำให้ขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนเกิดการทะเลาะวิวาท การเป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชน และส่งผลให้สังคมเกิดการดูแลบุคคลเหล่านี้อีกด้วย (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2553)

โดยสรุป การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้ดื่มสุราทุกกราย ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาและส่งเสริมให้ผู้ติดสุราเกิดความสามารถในการควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา

## 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่เกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือการประเมินการบริโภคสุราที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

2.4.1 Quantity-Frequency Questionnaire (QF) เป็นเครื่องมือประเมินการพฤติกรรมการดื่มสุราที่พัฒนาโดยNIAAA (2004) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราโดยเฉลี่ยหรือลักษณะที่ดื่มเป็นประจำ และปริมาณมากที่สุดในการดื่มสุราในเดือนที่ผ่านมา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัญฉนงค์กรชัย(2552) เครื่องมือประเมินการดื่มสุรา (QF) เป็นการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา ซึ่งประเมินได้รวดเร็ว และมีเวลาจำกัด จะถามถึงความถี่และปริมาณของการดื่มสุราในระยะดังนี้

ความถี่: “โดยทั่วไป คุณดื่มสุราก็วันต่อสัปดาห์”

ปริมาณ: “ในแต่ละวันที่คุณดื่ม คุณดื่มมากเท่าไร”

ปริมาณมากที่สุด: “ในเดือนที่แล้ว ในวันที่คุณดื่มมากที่สุด คุณดื่มมากเท่าไร”

การแปลผล แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

หากคำตอบ ความถี่ X ปริมาณ แล้ว ในผู้ชาย  $\geq 14$  ต่ำมาตรฐาน ต่อสัปดาห์ ในผู้หญิง  $>7$  ต่ำมาตรฐาน ต่อสัปดาห์ ถือว่า Positive แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา

หากคำตอบ ปริมาณมากที่สุด ในผู้ชาย  $> 4$  ต่ำมาตรฐาน ต่อวัน ในผู้หญิง  $> 3$  ต่ำมาตรฐาน ต่อวัน ถือว่า Positive แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา

2.4.2 Michigan Alcoholism Screening test (MAST) เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถาม 24 ข้อ ต้นฉบับพัฒนาโดย Selzer (1971 อ้างใน พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556) พัฒนาขึ้นเพื่อค้นหาผู้ติดสุรารุนแรงรวมถึงอาการระยะเริ่มต้นของการติดสุราประโยชน์หลักที่ได้จากการคัดกรองคือได้คำตอบที่แสดงถึงปัญหาจากการดื่มสุราที่หลากหลายและอาการของการติดสุรา ข้อเสียหลักในการคัดกรองการดื่มแบบอันตรายหรือดื่มแบบเสี่ยงคือ เป็นการถามในชีวิตที่ผ่านมาเพียงว่า “ใช่หรือไม่” โดยไม่สนใจปริมาณการดื่มหรือปัญหาจากการดื่มที่มีมากน้อยต่างกันในช่วงระยะเวลาต่างๆ แบบทดสอบ MAST ฉบับย่อ 12 คำถามสามารถใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะผู้ติดสุราในผู้ป่วยไทย แต่แบบทดสอบฉบับนี้ยังใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราในชุมชนได้ไม่ดีนัก

2.4.3 CAGE เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาโดย Ewing (1984) เพื่อใช้คัดกรองภาวะติดสุรา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (2552) โดยประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

Cut down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณ โดยกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นครั้งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

การแปลผล

ใน 1 ปี ถ้าผู้ที่ตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปของ CAGE อาจมีภาวะติดสุราได้ ถ้าผู้ที่ตอบว่า “ไม่” ทุกข้อ ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงเพราะดื่มมาก โดยความจำเพาะ (specificity) ในการค้นหาภาวะติดสุราแบบอันตราย และภาวะติดสุราจะค่อนข้างสูง เท่ากับ 85%-95% ส่วนความไว (sensitivity) นั้นมีค่าค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 43%-94% ดังนั้นแม้ตอบ “ไม่” ทุกข้อ ผู้ป่วยอาจยังมีความเสี่ยงอยู่ ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ รูปแบบการดื่มสุรา และไม่สามารถแยกปัญหาการดื่มสุราในอดีตและปัจจุบันได้ แต่มีข้อเด่นคือง่าย ใช้เวลาน้อย และมี



ความจำเพาะค่อนข้างสูงในการเกิดอาการถอนพิษสุรา จึงมีการนำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยใน เพื่อเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุราระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

2.4.4 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แบบประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก เป็นแบบประเมินที่ต้องการจำแนกพฤติกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการดื่มแบบติด ออกจากกัน แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย สาวิตรี อัจฉนาครชัย ในปี พ.ศ. 2544 ฉบับปรับปรุงโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลักได้แก่

1. การดื่มแบบเสี่ยง ประเมินปริมาณที่ดื่มประจำและความถี่ในการดื่มหนัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3

2. การดื่มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนักปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การดื่มเพื่อถอนในตอนเช้า จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 6

3. การดื่มแบบอันตราย ประเมินความรู้สึกผิดหลังจากดื่มสุรา การจำเหตุการณ์ช่วงที่เมาสุรา การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา และการมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9 และ 10

แบ่งเป็นรูปแบบการดื่มในลักษณะดังต่อไปนี้

2.4.4.1 การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low - Risk drinking) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 0 -7 คะแนน หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 1 เป๊ก (1 เป๊ก ปริมาตรเท่ากับ 50 cc) หรือไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก โดยการดื่มลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มแบบปลอดภัยได้ ยกเว้นผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวาน ควรดื่มในปริมาณที่ต่ำกว่าหรือไม่ควรดื่มเลย

2.4.4.2 การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน เป็นการดื่มสุราในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่ม มีความเสี่ยงในการเกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการดื่มแบบ “Binge drinking” คือ การดื่มหนักมากติดต่อกัน ซึ่งการดื่มหนักเป็นสาเหตุทำให้เกิดพิษของสุราเฉียบพลันได้ ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือเป็นการดื่มมากกว่า 4 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

2.4.4.3 การดื่มแบบอันตราย (Harmful use) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน เป็นการดื่มสุรามากจนได้รับผลเสีย อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย

สุขภาพ จิต หน้าที่การทำงานหรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากการดื่ม เป็นการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

2.4.4.4 การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) โดยมีคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม (Alcohol Used Disorders) เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอยาก มาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรม อื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด เนื่องจากเป็นแบบประเมินเป็นเครื่องมือ ที่ได้รับความนิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากใช้ได้ง่าย ประหยัดเวลา เหมาะกับบริบทของสังคม ไทย (สาวตรี อัจฉรงค์กรชัย, 2552) เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานระดับนานาชาติ มุ่งประเด็น พฤติกรรมการดื่มสุราในปัจจุบัน และมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) และภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful alcohol use) ตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 โดยมีค่าความไวในการประเมินการดื่มแบบมีปัญหาที่ 0.95 และมีค่าจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง

#### 3.1 ความหมายของการควบคุมตนเอง

Kazdin (2000) ให้ความหมายของ การควบคุมตนเอง (Self-Control) คือ พฤติกรรมที่ บุคคลกระทำเพื่อให้ได้พฤติกรรมที่เหมาะสมที่ตนเองต้องการและต้องตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง

นวพรรษ เปรมปราศรัย (2551) ให้ความหมายของการควบคุมตนเอง (Self-Control) คือ กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธี เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จาก พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งบุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เลือกรูปวิธีการ และดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง

Rosenbaum (1990) ได้ให้คำจำกัดความของการควบคุมตนเองว่า เป็นการกระทำที่ถูกควบคุมในลักษณะของกระบวนการคิดที่มีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบ ด้วย

- 1) การควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ
- 2) การควบคุมของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดผลเสียกับ

ร่างกาย โดยการกระทำที่ถูกต้องมาแทนที่ ซึ่งการควบคุมตนเองในขณะที่มีปัญหามีเกี่ยวกับความเครียดหรือไม่สบายใจด้วยเรื่องใดก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ กันเพื่อจัดการกับปัญหานั้นๆ

โดยสรุป การควบคุมตนเอง คือ การควบคุมพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยการใช้กระบวนการใดกระบวนการหนึ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่เป็นเป้าประสงค์ โดยบุคคลเป็นผู้เลือกเป้าหมายและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง

### 3.2 ทฤษฎีและแนวคิดการควบคุมตนเอง

Rosenbaum (1990) ได้ให้ความหมายของแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) หมายถึง ทักษะทางพฤติกรรมและทักษะการรู้คิด ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผ่านการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไขตัวแบบ ประสบการณ์รวมทั้งจากการแนะนำอบรมสั่งสอนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ หรืออีกนัยหนึ่งแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) ก็อาจหมายถึง ชุดของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติบ่อยหรือทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Personality repertoire) ซึ่งทักษะเหล่านี้ประกอบด้วย ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control skill) ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทักษะต่างๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสานเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดทั้งทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง โดยการลด หรือขจัดความคิดความรู้สึกที่มารบกวนจิตใจเพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตนหรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

แหล่งทักษะภายในตนเองจะถูกเรียกขึ้นมาใช้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตหนึ่ง ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยตรงทำให้บุคคลต้องตกอยู่ในสภาวะเครียด หรือ สภาวะการณ์ที่คุกคามชีวิต บุคคลจะนำแหล่งทักษะภายในตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้บุคคลสามารถประเมินถึงสิ่งที่จะมากระทบกับความผาสุกของตนเองได้ และสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเหล่านี้ได้ ตลอดทั้งยังทำให้บุคคลทราบถึงแนวทางในการวางแผนเพื่อควบคุมตนเองต่อสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งชุดของทักษะนี้ประกอบด้วยทักษะต่างๆ ดังนี้ ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control skill) ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) (Rosenbaum, 1990) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2555)

1. ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control skill) หมายถึง ทักษะที่บุคคลสามารถลด (Minimization) หรือ ขจัด (Elimination) ความคิด ความรู้สึก หรือแรงผลักดันภายในจิตใจ (Impulse) เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความสามารถของตน ทักษะการควบคุมตนเองประกอบด้วย ทักษะการพูดกับตนเองในทางบวก (Positive self-statement) หรือทักษะการแนะนำตนเองในการเผชิญกับปัญหา (Self-instruction for coping) และความสามารถในการรอคอยผลตอบแทน (Ability to delay gratification) หรือการเลื่อนความต้องการความพึงพอใจในปัจจุบันเพื่อประโยชน์และความพึงพอใจที่มากกว่าในอนาคต (Postponement of immediate of need) ซึ่งทักษะการควบคุมตนเองมี 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 Redressive self-control หมายถึง การจัดการตนเองโดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาหรือดำรงอยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis) กล่าวคือ บุคคลใช้ Redressive self-control ในการพยายามจัดการ แก้ไขเพื่อให้กลับสู่ภาวะที่สามารถปฏิบัติหน้าที่และดำเนินชีวิตต่อไป การเกิดพฤติกรรม Redressive self-control จะเกิดขึ้นทันทีหากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่สามารถรบกวนการดำเนินชีวิต ชุดของพฤติกรรม Redressive self-control นั้นจะเป็นการควบคุมตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการภายในจิตใจ เช่น อารมณ์ ความเจ็บปวด และการรู้คิดที่มารบกวนการดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรม

1.2 Reformative self-control หมายถึง การจัดการตนเองเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง แม้จะขัดแย้งกับความคิดหรือพฤติกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ การเกิดพฤติกรรม Reformative self-control จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากบุคคลอื่นที่จะนำเข้าสู่สถานการณ์ที่พึงพอใจ เพื่อให้เกิดสิ่งที่เป็นประโยชน์ในภายภาคหน้า

2. ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) หมายถึง ทักษะที่ใช้เป็นกลวิธีในการแก้ปัญหา (Problem solving strategies) และการวางแผนพฤติกรรม (Planful behavior) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมในการคิด แนะนำตนเอง กำหนดแบบแผนในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Self-direction) ตลอดทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีกว่าเดิม

3. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1977 cited in Rosenbaum, 1990) หมายถึงการที่บุคคลมีการพิจารณาความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใดก็ต่อเมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ Rosenbaum ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของ Bandura (1977) มาผสมผสานเป็นชุดทักษะ ซึ่งรวมเรียกว่าเป็นแหล่งทักษะภายในตนเอง กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือสถานการณ์วิกฤติบุคคลจะประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถจัด

การณ์สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้หรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นส่งผลให้บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน บุคคลทั้งสองมีแนวโน้มที่จะแสดงออกหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้ในสมรรถนะในตนเองของบุคคล แต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันทั้งในเวลาและสภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือบุคคลเดียวกันถ้ารับรู้สมรรถนะของตนเองในแต่ละสภาวะการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นหมายรวมถึงความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectation)(Rosenbaum, 1990)

การทำงานของทักษะต่างๆ ในแหล่งทักษะภายในตนเองเหล่านี้ จำทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานก่อให้เกิดพฤติกรรมควบคุมตนเอง(Self-control behavior) ซึ่งพฤติกรรมควบคุมตนเองนั้นมิได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ หากแต่การเกิดพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจากกระบวนการรู้คิด(Process regulating cognition) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ การประมวลผล การรับรู้และประสบการณ์ การดำเนินการเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ(Target behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Health relate behavior) ที่บุคคลปฏิบัติเพื่อปรับตัวและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

Rosenbaum (1990) กล่าวถึงเทคนิคการควบคุมตนเองประกอบด้วย

1. การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Recording)
2. การใช้ความคิด การรับรู้ และการประเมินตนเองต่อสถานการณ์ ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย (Cognitive restructuring)
3. การประยุกต์กลวิธีในการแก้ ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นมาใช้ในการควบคุมตนเอง เช่น การวางแผน การให้คำจำกัดความของปัญหา การประเมินทางเลือกต่างๆ และการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมา (Problem analysis)
4. การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นภายในเป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อทำให้พฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (Increasing awareness of internal stimuli and behavior)
5. การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง การผ่อนคลาย การยืดเวลาความพึงพอใจ (Practising self-control exercises such as delaying gratification)

กระบวนการและรูปแบบของการควบคุมตนเองจะเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการสำรวจตนเอง ค้นหาความภาคภูมิใจ การสังเกตตัวเองการประเมินตนเอง การเสริมแรงด้วยตนเอง

การพูดกับตนเองในทางบวกการรับรู้ความสามารถของตนเองการฝึกสมาธิ การผ่อนคลาย การรอคอย ผลตอบแทน Rosenbaum (1990) ซึ่งขั้นตอนการควบคุมตนเองมีดังนี้

1. การติดตามกำกับตนเอง เป็นการให้ความรู้ในการติดตามกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) การดำเนินการเตือนตนเอง ประกอบด้วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน การฝึกให้สามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง และการประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. การประเมินตนเองต่อสถานการณ์ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย เป็นการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยเริ่มที่การสังเกตอารมณ์ตนเองที่เริ่มเปลี่ยนแปลง การคาดการณ์ผลดีหรือผลเสียของการแสดงอารมณ์นั้นออกมา การฝึกการควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การหายใจ การทำสมาธิ

3. การประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นมาใช้ในการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกหลักการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง โดยเริ่มที่การทำความเข้าใจปัญหา กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสม การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมได้อย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าของตนโดยประเมินเงื่อนไขและสภาพการณ์ที่ควบคุมพฤติกรรมอยู่ด้วยวิธีการแยกแยะสิ่งเร้าจากนั้นจึงเปลี่ยนแปลงหรือจัดระบบสภาพการณ์สิ่งเร้าใหม่เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ เป็นการฝึกการค้นหา จัดการและควบคุมสิ่งกระตุ้น ซึ่งการฝึกทักษะนี้จะทำให้มีความสามารถในการค้นหาตัวกระตุ้น วิเคราะห์ตัวกระตุ้นในสถานการณ์นั้นๆ และทบทวนถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการตัวกระตุ้น

5. การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง การปฏิเสธสิ่งยั่วยู่ทางอารมณ์ การเสริมแรงด้วยตนเอง การพูดกับตนเองในทางบวกการรับรู้ความสามารถของตนเอง การประเมินตนเอง และการฝึกทักษะการปฏิเสธ ให้ผู้ติดสุราได้เรียนรู้ขั้นตอนหลักการปฏิเสธ ได้แก่ ต้องปฏิเสธให้ชัดเจน บอกความรู้สึกตนเองให้ผู้ชวนทราบ การแสดงความขอบคุณเพื่อรักษาน้ำใจผู้ชวน และเมื่อถูกเข้าซ้ำต่อหรือสับประมาท ไม่ควรหวั่นไหว ให้เลือกวิธีต่อคือปฏิเสธซ้ำ การต่อรองและการผัดผ่อน จากนั้นให้สมาชิกฝึกการพูดปฏิเสธได้อย่างนุ่มนวลและมีประสิทธิภาพ

### 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมตนเอง

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2556) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมตนเอง 5 ปัจจัย ดังนี้

3.3.1 ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกรวมทั้ง การรับรู้ความรู้สึกและความคิด ความตระหนักรู้ไม่ใช่ความคิดแต่เป็นการรู้ถึงความคิด เมื่อบุคคลเกิด ความตระหนักรู้ก็จะนำมาสู่ความคิด ดังนั้นก็จะมีผลต่อการควบคุมตนเอง

3.3.2 การดำเนินการ (Intervention) เป็นการดำเนินการควบคุมการกระทำของ ตนเอง โดยการกระทำเพื่อควบคุมตนเองนั้น จะเริ่มต้นเมื่อบุคคลเกิดความตระหนักรู้และกระทำบางสิ่ง บางอย่างเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินการนั้นอาจทำโดยการเปลี่ยนความต่อเนื่องของ พฤติกรรม หยุดพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมอื่นทดแทน

3.3.3 ความรู้สึกแห่งตน (Sense of Self) เป็นปัจจัยที่ทำให้การควบคุมตนเองมี ประสิทธิภาพ 2 ประการ คือ การที่ทำให้บุคคลบิดเบือนการรับรู้เพื่อที่จะให้สอดคล้องกับความรู้สึก แห่งตน และความเชื่อของบุคคลว่าสามารถทำในสิ่งที่ปรารถนาได้หรือไม่ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวมีผลต่อ การควบคุมตนเองโดยตรง

3.3.4 ความรู้สึกแห่งปรารถนา (Sense of Will) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการ ตัดสินใจของการกระทำ นั่นคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าสามารถทำได้สิ่งที่จะทำให้บุคคลนั้นกระทำ ย่อมขึ้นกับความรู้แห่งปรารถนา ความปรารถนาสามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยผ่านการสร้างแรงจูงใจ ภายใน ซึ่งแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นได้เมื่อบุคคลรับรู้ความสำเร็จต่างๆ ที่ได้กำหนดด้วยตนเอง

3.3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของ ตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

### 3.4 เทคนิคการฝึกควบคุมตนเอง มีดังต่อไปนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556)

3.4.1 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพ แวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้

3.4.2 การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) เป็นเทคนิคหนึ่งของการควบคุมตนเอง หรือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมดที่เรียกว่าการจัดการตนเอง (Self-Management) การเตือนตนเองนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Recording) ประสิทธิภาพของการเตือนตนเอง ขึ้นอยู่กับความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม ลักษณะของผู้บันทึกและความยากง่ายของงานหรือ พฤติกรรมที่กระทำ

3.4.3 การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง (Self-Reinforcement and Self-Punishment) มี 2 ขั้นตอน คือการกำหนดตัวเสริมแรงหรือตัวลงโทษด้วยตนเองและกระบวนการ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมเพื่อตอบสนองเกณฑ์ในการเสริมแรงหรือการลง โทษด้วยตนเอง

3.4.4 การทำสัญญากับตนเอง (Self-Contraction) เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะทำให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองนั้นหลีกเลี่ยงจากสัญญาที่ทำไว้กับตนเอง มีการทำเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อป้องกันการกระทำที่ไม่สม่ำเสมอ

3.4.5 การฝึกการเปลี่ยนการตอบสนองตอบ (Alternative Response Training) เป็นวิธีที่สามารถระงับหรือเข้ามาแทนที่การสนองตอบที่ไม่เหมาะสม เช่น การคิดถึงเรื่องสนุกสนาน เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวล หรือการผ่อนคลายที่จะควบคุมความเครียด เป็นต้น

#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสุรา

##### 4.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (1998 อ้างใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ได้ให้นิยามครอบครัว (Family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิดการแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว

อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ (2549) ให้ความหมายของครอบครัว คือ กลุ่มที่มารวมตัวกันด้วยความรัก ความปรารถนา ความเอื้ออาทรหรือความผูกพันทางสายเลือด โดยอาจมีกฎหมายรองรับหรือไม่ก็ได้ สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ที่กระทำต่อกันก่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ซับซ้อน และพัฒนาชีวิตครอบครัวให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายครอบครัวว่าคือกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นใกล้ชิดซึ้งกัน และมีความรักซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกันทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ ดำเนินชีวิตร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพ ฟังฟังกันทางสังคมและเศรษฐกิจมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยแก่สมาชิก ซึ่งซับซ้อนและพัฒนาชีวิตให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม



## 4.2 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

Lee and Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า คือการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาล

ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดเชียงใหม่(2553) ให้ความหมายว่าเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้มีแนวทางในการช่วยเหลือ ตลอดจนสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

Friedman (2003) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยติดสุราตามแนวคิดของFriedman (2003) คือ การที่ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกระตุ้น ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับรู้ภาวะโรคของตนเองทุกๆ ภาวะสุขภาพ ตั้งแต่การประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

## 4.3 บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

Friedman (2003) ได้ให้ความสำคัญของบทบาทการมีส่วนร่วมของของผู้ดูแลหลักในทุกขั้นตอนของภาวะสุขภาพ เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ต่อเนื่อง และปรากฏตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการปรับพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสมครอบครัวเป็นแหล่งสุศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมาก ที่จะทำการดูแลรักษาสุขภาพของตนในแต่ละระยะ(รุจา ภู-ไพบูลย์, 2541 อังโน จันทรจूरีย์ ถือทอง, 2550) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย มีปัญหาทางด้านสุขภาพจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่อสมาชิกที่มีความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป (Campbell, 2000 cited in Friedman, 2003)

ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Doherty, 1992 cited in Friedman, 2003) ซึ่งขั้นตอนการมีปฏิสัมพันธ์ 6 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังนี้(จันทรจूरีย์ ถือทอง, 2550)

ขั้นตอนที่ 1. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าป้องกันอันตราย ความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (Health Promotion and Illness Prevention) เช่น การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะป้องกันโรค และรวมไปถึงการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย (Symptom Experience Stage) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่การประเมินพฤติกรรม การให้ความหมายของสุขภาพของการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของโรค ปัจจัยสำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือใส่ใจเมื่อมีอาการเกิดขึ้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) เมื่อครอบครัวมีความเจ็บป่วย เริ่มจากการสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดต้องการความช่วยเหลือ การตัดสินใจว่า สมาชิกที่เกิดความเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลที่บ้าน หรือโรงพยาบาล การต้องการข้อมูล คำแนะนำ การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพบว่าการต้องการความช่วยเหลือที่พบบ่อย คือ การต้องการข้อมูลในการดูแลตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมสุขภาพ (Medical Contact Stage) เพื่อช่วยให้สมาชิกที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค

ขั้นตอนที่ 5. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ และสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องการดูแลเป็นบุคคลที่พึ่งพา (Dependent Patient Stage) ระยะนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและรักษาร่วมกับแพทย์ พยาบาล รวมทั้งการรับทราบถึงการวินิจฉัยโรค และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับบทบาทการเจ็บป่วย (patient role) และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะโรค (patient role behaviors)

ขั้นตอนที่ 6. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation Stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมาชิกที่มีการเจ็บป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วย จะเห็นว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลได้ดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยติดสุราต้องส่งเสริมให้

ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้

#### 4.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในระยะติดตามรักษา

ผู้ติดสุราภายหลังการบำบัดรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ควรได้รับดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นเตือนเพื่อลดและเลิกดื่มสุราไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำอีก สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ติดสุรามากที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดสุรามีความสำคัญในการป้องกันการพฤติกรรมการกลับไปดื่มซ้ำในระยะติดตามรักษา ประกอบด้วยแนวทาง 6 ด้าน ดังนี้ (ญาติา จินประชา, 2550)

1. ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ติดสุราที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ จัดอาหารที่มีประโยชน์ให้รับประทาน การดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนนอนหลับ วันละ 6-8 ชั่วโมง กระตุ้นให้ออกกำลังกาย และพาผู้ติดสุรามาพบแพทย์ตามนัด
2. ด้านการจัดการกับสถานะความเสี่ยงสูง ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ติดสุราให้หลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับสถานะเสี่ยง และแนะนำให้ผู้ติดสุราจัดการกับอาการอยากดื่มสุรา
3. ด้านการจัดระเบียบชีวิตใหม่ ได้แก่ การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ติดสุราในการวางแผนดำเนินชีวิตประจำวันที่ปราศจากการดื่มสุรา และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
4. ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ได้แก่ การแนะนำผู้ติดสุราในการประเมินสถานะอารมณ์ที่เกิดขึ้น และสอนวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยเทคนิคต่างๆ
5. ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา ได้แก่ การช่วยเหลือและแนะนำผู้ติดสุราในการปฏิเสธสุรา การสนับสนุนคำให้กำลังใจในการปฏิเสธสุรา การบอกให้ผู้ติดสุราทราบถึงประโยชน์และโทษที่เกิดจากการดื่มสุรา
6. ด้านการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ได้แก่ การให้คำปรึกษา ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ติดสุราในการแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง

#### 5. โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา การมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการควบคุมตนเองแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่เป็นการบูรณาการระหว่างการฝึกการควบคุมตนเองกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้รูปแบบการฝึกการควบคุมตนเองประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดของ Rosenbaum (1990) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามกำกับตนเอง 2) การปรับเปลี่ยนความคิด 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น 4) การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่ง

กระตุ้น และ 5) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง การสามารถรอคอยผลตอบแทนหรือการเลื่อนความ ต้องการความพึงพอใจในปัจจุบันเพื่อประโยชน์และความพึงพอใจที่มากกว่าในอนาคต ร่วมกับการให้ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดสุราตามแนวคิดของ Friedman (2003) โดยมุ่งเน้น การเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา สำหรับรูปแบบ กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากรูปแบบการฝึกการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม Friedman(2003) ดังแสดงในตาราง ที่ 1

**ตารางที่ 1** สรุปรูปการบูรณาการโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p><b>กิจกรรมที่ 1</b></p> <p>การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา และตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b></p> <p>สิ่งที่ฉันทั้งเป็น</p>	<p><b>การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum(1990)</b></p> <p>-การติดตามกำกับตนเอง</p> <p><b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของFriedman(2003)</b></p> <p>-การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>-การค้นหาอาการเจ็บป่วย</p> <p>- การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ</p> <p>- การให้ได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพ</p> <p>-การส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง</b> การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว เพื่อให้ผู้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคติดสุราสาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา การให้ครอบครัวเล่าประสบการณ์และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ติดสุราที่ผ่านมา ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ติดสุราสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเอง ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด จุดดี จุดด้อย ข้อจำกัด และความสามารถของตนเอง สิ่งที่ต้องปรับปรุง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม ครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง</p>

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>ปรับความคิด</p> <p>ชีวิตเปลี่ยน</p>	<p><b>การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum(1990)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด</li> </ul> <p><b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของFriedman(2003)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การค้นหาอาการเจ็บป่วย</li> <li>- การตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ</li> </ul>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด</b></p> <p>การฝึกให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะสามารถแยกแยะความคิดทางด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง โดยการให้ความรู้และเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยติดสุรานึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนมาปรึกษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนพามาปรึกษาครั้งนี้ ฝึกเทคนิคการหยุดความคิด และการมองมุมใหม่ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราค้นพบความคิดใหม่ๆ และการได้รับกำลังใจและสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นตัวเสริมแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p>
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>ร่วมใจแก้ปัญหา</p> <p>นำพาสุข</p>	<p><b>การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum(1990)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การฝึกทักษะการแก้ปัญหา</li> </ul> <p><b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของFriedman(2003)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ</li> <li>-การส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ</li> </ul>	<p><b>ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา</b> การพัฒนาทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เน้นให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุรา มีสาเหตุ วิธีการจัดการเป็นอย่างไร และผลกระทบเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยฝึกผ่านสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมาในแต่ละครอบครัว บอกวิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับ แล้วให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาว่าเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้ได้เรียนรู้วิธีการมองปัญหาในแง่มุมใหม่และการแก้ปัญหาที่รอบคอบ ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่าง</p>

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
		เป็นขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีการใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น</p>	<p><b>การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum(1990)</b></p> <p>-การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น</p> <p><b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของFriedman(2003)</b></p> <p>- การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- การค้นหาอาการเจ็บป่วย</p> <p>- การส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น</b> การพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนงา สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ผ่านแบบสำรวจสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้เข้าใจตรงกันถึงสาเหตุที่แท้จริงและวางแผนแก้ไขที่ถูกต้อง รวมทั้งได้เรียนรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา</p>
<p>กิจกรรมที่ 6</p> <p>รู้เท่าทันอารมณ์</p> <p>กิจกรรมที่ 7</p> <p>ปฏิเสธอย่างไรดี</p> <p>กิจกรรมที่ 8</p> <p>การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ</p>	<p><b>การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum(1990)</b></p> <p>-การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง</p> <p><b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของFriedman(2003)</b></p> <p>- การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- การค้นหาอาการ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง</b> การฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว รับรู้ เข้าใจ อารมณ์ และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา สสำรวจพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม การฝึกให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ บอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกในการปฏิเสธคำเชิญชวนให้ดื่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยติดสุราในการปฏิเสธคำเชิญ</p>

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
	เจ็บป่วย - การตัดสินใจ วางแผน การรักษาร่วมกับทีม สุขภาพ - การส่งเสริมการปรับ ตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ	ชวนให้ทีม ผ่านการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปตีซ้ำ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันวางแผนและคิดแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมาย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรม รายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยติดสุรารักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ชุมชน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ รวม 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1

#### ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว การตั้งเป้าหมายเลิกดื่ม**  
 เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ร่วมกับให้ผู้ติดสุราและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา ถ้าหากมีตั้งเป้าหมายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเป็นไปได้อย่างน้อยจะทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้สำเร็จ ทำให้คงเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดขึ้น (Hester, 2003) ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีเป้าหมายที่ชัดเจน อีกทั้งยังทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ติดสุราที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาที่พบ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และเพื่อพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการลดหรือเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การมีส่วนร่วมในการค้นหาการ

เจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ติดสุราสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

**กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันเป็น** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว ตระหนักถึงการรู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ได้รับความสามารถของตนเอง สามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ ผ่านกระบวนการที่ทำให้ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเองในใบกิจกรรมถึงสิ่งที่ภาคภูมิใจ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นความไว้วางใจของแต่ละบุคคลต่อความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ Bandura (1977 อ้างใน Sotthiyapai, 2002) อีกทั้งในกิจกรรมนี้ยังเป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดสุราทั้งในมุมมองของครอบครัวและผู้ป่วย และได้ร่วมกันมองถึงผลที่จะเกิดขึ้นถ้าหากเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุรารับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (Friedman, 2003) เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การดื่มสุราได้

### **ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด**

**กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน** เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นพัฒนาความสามารถในการคิด ฝึกให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะสามารถแยกแยะความคิดทางลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง โดยการให้ความรู้และความเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม (Rosenbaum, 1990) โดยให้ผู้ป่วยติดสุรานึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดื่มสุราก่อนมารักษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราก่อนพามารักษาคั้งนี้ ประเมินความถี่และกำหนดเป้าหมายสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างความคิดใหม่ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการประเมินระดับความจริง หรือตรวจสอบความเป็นจริงในความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือพฤติกรรม ตลอดจนปฏิบัติทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์อันนำไปสู่ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวค้นพบความคิดใหม่ๆ ทำให้สามารถประเมินตนเองต่อสถานการณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุราได้



## สัปดาห์ที่ 2

### ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา

**กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหานำพาสุข** เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิด ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ฝึกทักษะสังเกตการเชื่อมโยงของสมองส่งผลต่อการแสดงออกทางร่างกายเมื่อเกิดปัญหา เช่น หัวใจเต้นแรง การดึงเครียดของกล้ามเนื้อ เชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติเมื่อเกิดปัญหาในการหาทางออกของปัญหา ด้วยการตีمسุราหรือการแสดงพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสม ผ่านการสอนและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องปัญหาของการตีمسุรา ผ่านเรื่องราวประสบการณ์ที่เกี่ยวกับสุราของสมาชิก วิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับ และให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหว่าเป็นอย่างไร อธิบายวิธีการแก้ปัญหาที่รอบคอบและมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Rosenbaum, 1990) อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรม การแก้ปัญหาของครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ปัญหา รับฟังในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาลงสำเร็จ ลดความเสี่ยงในแก้ปัญหาลงด้วยการตีمسุราได้

### ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น

**กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น** เป็นการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตีمسุราของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตีمسุราและครอบครัว ร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการตีمسุรา ซึ่งมีเป้าหมายกิจกรรม เพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และสิ่งกระตุ้นภายนอก การค้นหาสิ่งกระตุ้นที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อมีพฤติกรรมการตีمسุรามากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยตีمسุราและครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุกระตุ้นที่แท้จริง และร่วมกันวางแผนแก้ไข หาแนวทางป้องกันได้อย่างครอบคลุมผ่านใบกิจกรรมแบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทำให้ลดความเสี่ยงในการกลับไปตีمسุราซ้ำอีก รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการป้องกันและส่งเสริมภาวะสุขภาพ(Firedman, 2003) ทำให้ผู้ป่วยตีمسุรามีความสามารถวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นในสถานการณ์นั้นๆ และทบทวนถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การตีمسุรา เมื่อจัดการสิ่งกระตุ้นได้จะส่งผลการตีمسุราของตนเองลดลง

### ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

**กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยตีمسุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีمسุรา โดยการฝึกให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ รู้จัก เข้าใจ ถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง และเรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ เข้าใจ อารมณ์ และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมการตีمسุรา สสำรวจพฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม โดยวิธีการ

จัดการกับอารมณ์และความเครียดเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ นั้นจะแตกต่างกันไปแต่ ละบุคคล การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการดื่มสุรา เช่น การ ปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออก กำลังกาย เป็นต้น อีกด้านเป็นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และ ความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆตัวให้ดีขึ้น โดยครอบครัวเข้าใจถึงอารมณ์และ ความเครียดที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการตอบสนองการ เจ็บป่วย การส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม(Friedman, 2003) ดำเนินกิจกรรมโดยการสอน สาธิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถประเมิน สถานการณ์ แสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญ ภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมติดสุราได้ แล้วสรุปกิจกรรมและทบทวนการฝึกการควบคุม ตนเองครั้งที่ 1-6 ประเมินความรู้ความเข้าใจในความพร้อมของการนำทักษะไปใช้กับสถานการณ์จริง ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งนัดหมายร่วมกิจกรรมครั้ง ต่อไป

### สัปดาห์ที่ 3

**กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะ ในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมติดสุรา บอกความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าภายใน และภายนอกที่นำไปสู่พฤติกรรมติดสุรา รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่ติดสุรา เพื่อหาวิธีหรือแนวทางในการ ปฏิเสธจากสถานการณ์ที่เสี่ยง การเอาชนะแรงกดดันต่างๆจากกลุ่มเพื่อนที่เชิญชวนให้ดื่ม โดย สามารถควบคุมพฤติกรรมติดสุราของตนเองได้ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิเสธการดื่มสุราได้อย่าง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรมปฏิเสธการดื่มสุราในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวให้สามารถปฏิเสธได้สำเร็จ(Friedman, 2003) ผ่านการเรียนรู้จาก สถานการณ์สมมติและการฝึกปฏิบัติจริงทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ ถ้ามีทักษะ การปฏิเสธและมีการฝึกฝนที่ดี จะทำให้กล้าแสดงออก และมีความมั่นใจในการปฏิเสธคำเชิญชวนจาก ผู้ดื่มสุรา จะทำให้สามารถป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมติดสุราซ้ำอีกได้ โดยการให้ผู้ป่วยติดสุรา และครอบครัวใช้ศักยภาพของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผล เพื่อนำมาใช้ในการปฏิเสธการดื่มสุรา จากการใช้เทคนิคต่างๆในการปฏิเสธ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและกำลังใจผู้ป่วยติดสุรา ขณะมีการฝึกในกลุ่ม การพัฒนาทักษะนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความมั่นใจในการปฏิเสธสถานการณ์ เสี่ยงในการดื่มสุราได้

#### สัปดาห์ที่ 4

**กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุรา ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ติดสุราและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะการควบคุมตนเองที่ผ่านมา ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-7 และเป็นการประเมินผลหลังนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ความมั่นใจ อุปสรรคและปัญหาจากการนำทักษะไปใช้จริง การติดตามประเมินผล การเสริมแรงด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำผ่านใบกิจกรรม การให้ความรู้ตามใบความรู้ในเรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยมีพยาบาลคอยแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมาย และเพิ่มเติมเทคนิคในการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จ การทบทวนหลังบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางหรือทักษะในระหว่างการบำบัดนั้น ทำให้เกิดการทบทวนความรู้แล้วนำไปปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ เมื่อต้องเจอสถานการณ์จริงอีกครั้ง จะทำให้ระลึกถึงวิธีการหลักการที่ได้รับการฝึกฝนระหว่างการบำบัดไปใช้เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมๆแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswig, Sbraga and Harris, 2003) นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hester and Delaney (1997) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ที่ดื่มหนักโดยใช้โปรแกรมการฝึกผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่าง 40 คน บำบัดเป็นรายบุคคลเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ ก่อนการรักษา และติดตามระยะ คือ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ระยะเวลา 20 สัปดาห์ และ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 37 คน มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Koerke et al. (2002) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง 58 คน บำบัดเป็นรายกลุ่มเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงโดยเฉลี่ย 50% อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถพิสูจน์ได้ถึงผลสำเร็จในการบำบัดหลังจากที่ระยะเวลาผ่านไปแล้ว 1 ปี 10% ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ที่หยุดบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด

Koerke (2006) ศึกษาผลของการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองสำหรับผู้บริโภคแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาในเยอรมัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 คน ใช้ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมด 10 สัปดาห์ และติดตามผลที่ระยะเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 43 ราย (81% ของผู้เข้าร่วม 53 ราย) ได้รับการบำบัดครบทุกขั้นตอน 45% มีการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Thomas, Michael, Jody and Don (2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการสนับสนุนของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนต่อการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา กัญชา) ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลจากครอบครัวจะทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ ลดความเสี่ยงในการเข้าถึงการใช้สารเสพติด ส่วนกลุ่มเพื่อนจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สารเสพติด

Sottiyapai (2002) ศึกษาผลของกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่ใช้แอมเฟตามีนจำนวน 20 คน ประกอบด้วย การฝึก 3 ทักษะ 3 คือ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการควบคุมตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการฝึกทักษะการควบคุมตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการควบคุมตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะการควบคุมตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ.05

Suktrakul (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ศึกษาในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพศชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษ สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ จำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ปนัดดา ธีระเชื้อ และคณะ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ศึกษาในผู้ติดสุราที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุรา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มะลิ แสงผล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดด้วยยา จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย พบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการบริโภคแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการพัฒนาของบุคคลในด้านการควบคุมตนเองให้ดีขึ้นนั้นควรมีลักษณะการควบคุมตนเองจากภายใน ซึ่งการควบคุมตนเองเป็นการใช้กระบวนการใด กระบวนการหนึ่งที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพโดยบุคคลนั้นเป็นผู้เลือกพฤติกรรมเป้าหมายเอง (Rosenbaum, 1990) โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้สำเร็จ และการที่จะทำ ให้ผู้ป่วยติดสุราเลิกดื่มสุราได้สำเร็จนั้น การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาช่วยให้ ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหา รุนแรงมากขึ้น และช่วยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (Copello et al., 2005) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือในการรับรู้ภาวะโรคของตนเอง ตั้งแต่การป้องกัน การ ประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย (Friedman, 2003) การบำบัดจิตสังคมใน ผู้ป่วยติดสุราในปัจจุบันยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถ ควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกดื่มสุราให้สำเร็จ จึงพัฒนาเป็นโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการ มีส่วนร่วมของครอบครัว ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไปนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โดยใช้แนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว Friedman (2003)

#### ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดยาและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดยา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่น่าสนใจ

#### ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring)

กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน

#### ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem analysis)

กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหา นำพาสุข

#### ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (Increasing awareness of internal stimuli and behavior)

กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น

#### ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control practice)

กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์

กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี

กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

หมายเหตุ ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมบำบัด โดยในแต่ละกิจกรรมเน้นทักษะที่ต้องใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยติดยาและครอบครัว และมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยติดยาในการทำการบ้านและใบงานที่ได้รับมอบหมาย เกี่ยวกับการนำทักษะต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้

พฤติกรรม  
การดื่ม  
สุรา  
(AUDIT)

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง (The Pretest –Posttest Control Group Design) (Polit & Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตัวแปรตาม คือพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราชายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราชายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราชายในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราชายในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยติดสุราเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา(F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน

กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสุรา มารยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์พิจารณาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา ( Inclusion Criteria) มีดังนี้

#### **ผู้ป่วยติดสุรา**

1. ผู้ป่วยเพศชาย อายุตั้งแต่ 20-59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และไม่มีโรคจิตอื่นร่วมด้วย
2. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนคือมีพฤติกรรมการดื่มแบบติดสุรา
3. อาการถอนพิษสุราทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

#### **ครอบครัว**

1. เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรา อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรวิจัย

#### **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในงานวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ



คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมากจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสุรามาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในของ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยติดสุรา จากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ในช่วงเดือนธันวาคม 2558 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 40 คน

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่อาการถอนพิษสุราทุเลา มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัย

- 2.1 จากนั้นผู้วิจัยสอบถามครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

- 2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนเข้าร่วมในการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (Pre-test)

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การจับคู่ผู้ป่วยที่มี

จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษาเท่ากัน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมาก จะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

4. จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทีละคู่ โดยใช้วิธีการจับฉลากจนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามจำนวนครั้งของการเข้าบำบัดรักษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษา	จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษา
1	1 ครั้ง	1 ครั้ง
2	1 ครั้ง	1 ครั้ง
3	1 ครั้ง	1 ครั้ง
4	2 ครั้ง	2 ครั้ง
5	4 ครั้ง	4 ครั้ง
6	1 ครั้ง	1 ครั้ง
7	2 ครั้ง	2 ครั้ง
8	1 ครั้ง	1 ครั้ง
9	1 ครั้ง	1 ครั้ง
10	1 ครั้ง	1 ครั้ง
11	2 ครั้ง	2 ครั้ง
12	5 ครั้ง	5 ครั้ง
13	1 ครั้ง	1 ครั้ง
14	2 ครั้ง	2 ครั้ง
15	3 ครั้ง	3 ครั้ง
16	1 ครั้ง	1 ครั้ง
17	2 ครั้ง	2 ครั้ง
18	1 ครั้ง	1 ครั้ง
19	4 ครั้ง	4 ครั้ง
20	1 ครั้ง	1 ครั้ง

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยติดสุราชาย ซึ่งรับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาบำบัดเท่ากัน คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง จำนวน 11 คู่ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 2 ครั้ง จำนวน 5 คู่ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 3 ครั้ง จำนวน 1 คู่ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 4 ครั้ง จำนวน 2 คู่ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 5 ครั้ง จำนวน 1 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการควบคุมตนเองของRosenbaum (1990) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของFriedman (2003)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) ของ WHO (2001) แปลโดยปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธัญญา กิตติรัตน์-ไพบุลย์ (2552)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดการควบคุมตนเองของRosenbaum (1980) แปลภาษาไทยโดยรุ่งนภา ภาณินรัตน์ (2544) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยของสดุดี น้อยกรณ (2552)

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของการควบคุมตนเองของRosenbaum (1990) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบ ด้วย 5 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการระหว่างที่ผู้ติดสุราได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อผู้ติดสุราได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมจำนวน 2 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ที่กล่าวว่า การควบคุมตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลถูกควบคุมอย่างตั้งใจและอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ โดยแบ่งเป็นการควบคุม 2 ชนิด ได้แก่ การสามารถควบคุมตนเองได้อีกครั้ง (redressive self-control) มีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ได้กลับคืนมาซึ่งการทำงานที่ปกติของร่างกาย และการปฏิรูปการควบคุมตนเอง (reformative self-control) มีเป้าหมายที่จะหยุดนิสัยที่คิดว่าไม่

เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพดีกว่าขึ้นมาแทน ซึ่งการควบคุมตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นความเชื่อในการเลือกตัดสินใจกระทำพฤติกรรมซึ่งเป็นผลดีของตนเองและผู้อื่นได้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง ขั้นที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด ขั้นที่ 3 การแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น ขั้นที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าสิ่งหรือสิ่งกระตุ้น ขั้นที่ 5 การควบคุมตนเอง การผ่อนคลาย การยืดเวลาความพึงพอใจ จากแนวคิดนี้จะทำให้ผู้ติดยาเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในการลดหรือเลิกดื่มพฤติกรรมการดื่มสุราและคงสภาวะการหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำหรือช่วยสอนผู้ติดยาให้มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองร่วมด้วย การให้ครอบครัวแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวคิดของ Friedman (2003) ซึ่งมี 6 บทบาท ดังนี้ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าป้องกันอันตราย ความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ดูแล รักษาพยาบาล 4) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมสุขภาพ 5) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ และสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องการดูแลเป็นบุคคลที่พึ่งพา 6) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมให้สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มในผู้ติดยามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สร้างคู่มือโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) รูปแบบกลุ่ม โดยกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยา กำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 8 กิจกรรม โดยทุกขั้นตอนของการวิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และจัดทำเอกสารที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring)**

##### **กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ติดยาและครอบครัวการตั้งเป้าหมายเลิกดื่ม**

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดยาและครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดยาและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้ความรู้เรื่องโรคติดยา สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ร่วมกับให้ผู้ติดยาและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกติดยา ถ้าหากมีตั้งเป้าหมายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเป็นไปได้ย่อมจะทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติดยาได้สำเร็จ ทำให้คงเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดขึ้น (Hester, 2003) ทำให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวมีเป้าหมายที่ชัดเจน อีกทั้งยังทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ติดยาที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาที่พบ การให้ข้อมูลป้อนกลับ(feedback) ให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และเพื่อพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการติดยา การมีส่วนร่วมในการค้นหาการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ติดยาสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

## กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่น่าสนใจ

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การจัดกิจกรรมนี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวตระหนักถึงการรู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ ผ่านกระบวนการที่ทำให้ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเองในใบกิจกรรมถึงสิ่งที่น่าสนใจ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดยาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติดยา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาจิต, 2549) และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นความไว้วางใจของแต่ละบุคคลต่อความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ Bandura (1977 อ้างใน Sotthiyapai, 2002) อีกทั้งในกิจกรรมนี้ยังเป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดยาทั้งในมุมมองของครอบครัวและผู้ป่วย และได้ร่วมกันมองถึงผลที่จะเกิดขึ้นถ้าหากเลิกติดยาได้สำเร็จ ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยติดยามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ติดยารับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง(Friedman, 2003) เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การติดยาได้

**ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring)**

## กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** กิจกรรมนี้เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นพัฒนาความสามารถในการคิด ฝึกให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะสามารถแยกแยะความคิดทางลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง โดยการให้ความรู้และความเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม(Rosenbaum, 1990) โดยให้ผู้ป่วยติดสุรานึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดื่มสุราก่อนมารักษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราก่อนพามารักษาคั้งนี้ ประเมินความถี่และกำหนดเป้าหมายสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างความคิดใหม่ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการประเมินระดับความจริง หรือตรวจสอบความเป็นจริงในความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือพฤติกรรม ตลอดจนปฏิบัติการทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์อันนำไปสู่ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวค้นพบความคิดใหม่ๆ ทำให้สามารถประเมินตนเองต่อสถานการณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้

### ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem analysis)

#### กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหาหน้าพาสุข

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 )

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิด ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ฝึกทักษะสังเกตการเชื่อมโยงของสมองส่งผลต่อการแสดงออกทางร่างกายเมื่อเกิดปัญหา เช่น หัวใจเต้นแรง การตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติเมื่อเกิดปัญหาในการหาทางออกของปัญหา ด้วยการดื่มสุราหรือการแสดงพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสม ผ่านการสอนและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องปัญหาของการดื่มสุรา ผ่านเรื่องราวประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องสุราของสมาชิก วิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับ และให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาว่าเป็นอย่างไร อธิบายวิธีการแก้ปัญหาที่รอบคอบและมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Rosenbaum, 1990) อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาของครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ปัญหา รับฟังในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ลดความเสี่ยงในแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุราได้

### ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (Increasing awareness of internal stimuli and behavior)

#### กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 )

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การฝึกกิจกรรมนี้เป็นการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยติ่มสุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการติ่มสุรา ซึ่งมีเป้าหมายกิจกรรมเพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และสิ่งกระตุ้นภายนอก การค้นหาสิ่งกระตุ้นที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการติ่มสุรามากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยติ่มสุราและครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุกระตุ้นที่แท้จริง และร่วมกันวางแผนแก้ไข หาแนวทางป้องกันได้อย่างครอบคลุมผ่านใบกิจกรรมแบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทำให้ลดความเสี่ยงในการกลับไปติ่มสุราซ้ำอีก รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการป้องกันและส่งเสริมภาวะสุขภาพ(Friedman, 2003) ทำให้ผู้ป่วยติ่มสุรามีความสามารถวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นในสถานการณ์นั้นๆ และทบทวนถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การติ่มสุรา เมื่อจัดการสิ่งกระตุ้นได้จะส่งผลการติ่มสุราของตนเองลดลง

### ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control practice)

#### กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 )

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติ่มสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการติ่มสุรา โดยการฝึกให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ รู้จัก เข้าใจ ถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง และเรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ เข้าใจอารมณ์และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมการติ่มสุรา สำรวจพฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม โดยวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ นั้นจะแตกต่างกันไปแต่บุคคล การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการติ่มสุรา เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เป็นต้น อีกด้านเป็นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆตัวให้ดีขึ้น โดยครอบครัวเข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดที่เสี่ยงต่อการติ่มสุราของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการตอบสนองการเจ็บป่วย การส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม(Friedman, 2003) ดำเนินกิจกรรมโดยการสอน สาธิต พร้อมการฝึกปฏิบัติจริง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยติ่มสุราและครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์ แสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการติ่ม

สุราได้ แล้วสรุปกิจกรรมและทบทวนการฝึกการควบคุมตนเองครั้งที่ 1-6 ประเมินความรู้ความเข้าใจ ในความพร้อมของการนำทักษะไปใช้กับสถานการณ์จริง ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งนัดหมายร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 )

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การจัดกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา บอกความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้า ภายในและภายนอกที่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา เพื่อหาวิธีหรือแนวทางในการปฏิเสธจากสถานการณ์ที่เสี่ยง การเอาชนะแรงกดดันต่างๆจากกลุ่มเพื่อนที่เชิญชวนให้ดื่ม โดยสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิเสธการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิเสธการดื่มสุราในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวให้สามารถปฏิเสธได้สำเร็จ (Friedman, 2003) ผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์สมมติและการฝึกปฏิบัติจริงทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ ถ้ามีทักษะการปฏิเสธและมีการฝึกฝนที่ดี จะทำให้กล้าแสดงออก และมีความมั่นใจในการปฏิเสธคำเชิญชวนจากผู้ดื่มสุรา จะทำให้สามารถป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำอีกได้ โดยการให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวใช้ศักยภาพของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผล เพื่อนำมาใช้ในการปฏิเสธการดื่มสุรา จากการใช้เทคนิคต่างๆในการปฏิเสธ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและกำลังใจผู้ป่วยติดสุรา ขณะมีการฝึกในกลุ่ม การพัฒนาทักษะนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความมั่นใจในการปฏิเสธสถานการณ์เสี่ยงในการดื่มสุราได้

### กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 )

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ติดสุราและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะการควบคุมตนเองที่ผ่านมา ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-7 และเป็นการประเมินผลหลังนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ความมั่นใจ อุปสรรคและปัญหาจากการนำทักษะไปใช้จริง การติดตามประเมินผล การเสริมแรงด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำผ่านไบบกิจกรรม การให้ความรู้ตามใบความรู้ในเรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว



ในการป้องกันการกลับไปดื่มสุรารั่ว โดยมีพยาบาลคอยแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมาย และเพิ่มเติมเทคนิคในการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จ การทบทวนหลังบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางหรือทักษะในระหว่างการบำบัดนั้น ทำให้เกิดการทบทวนความรู้แล้วนำไปปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ เมื่อต้องเจอสถานการณ์จริงอีกครั้ง จะทำให้ระลึกถึงวิธีการหลักการที่ได้รับการฝึกฝนระหว่างการบำบัดไปใช้เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

แต่การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswig, Sbraga and Harris, 2003) นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโครงสร้างของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่สร้างขึ้น นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมแล้วนำไปแก้ไขตามที่อาจารย์เสนอแนะ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวแบบรายกลุ่มครอบครัวมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1.1 ปรับชื่อกิจกรรมให้ดูน่าสนใจ ไม่เป็นวิชาการมากเกินไป

1.2 ควรเน้นบทบาทของครอบครัวที่แท้จริงในงานวิจัย และควรมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

1.3 เนื้อหาค่อนข้างมาก ถ้าทำได้ควรกระชับให้มากขึ้น และบางกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน

1.4 การใช้คำว่า “ผู้ป่วยติดสุรา” อาจดูเป็น stigma/negative อาจใช้คำว่า “ผู้รับการบำบัด” หรือคำอื่นที่เป็น positive แทน

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

**2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยติดสุราและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครอบครัว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทดลองใช้โปรแกรมจนครบทั้ง 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ตามโปรแกรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ตลอดจนประเมินความชัดเจนของเนื้อหาของกิจกรรม ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิด หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง พบว่า ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ แต่บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และการดำเนินกิจกรรมในกิจกรรมที่ 3 พบว่าครอบครัวยังขาดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนความคิดที่จะเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราว่าจะทำได้จริงหรือไม่ จึงได้มีการปรับให้มีการดำเนินกิจกรรม โดยให้ผู้ติดสุราและครอบครัวจับมือกันพูดสัญญากัน เพื่อสร้างบรรยากาศการให้ความมั่นใจและกำลังใจภายในครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวให้ความร่วมมือเพิ่มมากขึ้น

หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อการสร้างโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์และใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

## **2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการมารักษา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุรา (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ	1	คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	2	คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	3	คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	4	คะแนน

การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)

8-15 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

16-19 หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)

≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เปรียบเทียบกับคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ สอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างแต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ครั้งนี้พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.81

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยPanitrat (2001) มีข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วย Self-control skill มี 12 ข้อ Problem-solving strategies มี 11 ข้อ Delay Immediate Gratification มี 4 ข้อ และ Perceived self-efficacy มี 9 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 25 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Likert scale) 6 ระดับ สำหรับการให้คะแนนมีดังต่อไปนี้

ข้อความ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันมากที่สุด	6	1
ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันมาก	5	2
ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันปานกลาง	4	3
ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันปานกลาง	3	4
ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันมาก	2	5
ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันเลย	1	6

#### การแปลผล

คะแนนช่วง 36.00-96.00 หมายถึง ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ

คะแนนช่วง 96.01-156.00 หมายถึง ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเองปานกลาง

คะแนนช่วง 156.01-216.00 หมายถึง ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเองสูง

คะแนนรวมของแหล่งทักษะภายในตนเองสามารถบ่งชี้ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเอง คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีทักษะในการควบคุมตนเองสูง จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการแบ่งการมีออกเป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/3

#### เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้ป่วยติดสุราต้องมีช่วงคะแนนแหล่งทักษะภายในตนเองหรือคะแนนการควบคุมตนเองอยู่ในช่วงมากกว่า 156 คะแนน ซึ่งถือว่ามีแหล่งทักษะภายในตนเองสูงหรือมีคะแนนการควบคุมตนเองสูง จึงแสดงว่ามีทักษะการควบคุมตนเองเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าช่วงคะแนนการควบคุมตนเองไม่

เป็นไปตามเกณฑ์ช่วงคะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีช่วงคะแนนการควบคุมตนเองถึงเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการควบคุมตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ ความสอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างแต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2553) จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบวัดการควบคุมตนเองที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พัฒนาโดย สดุดี น้อยกรณ์ (2552) จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง 6 ข้อ ด้านการจัดการกับสภาวะความเครียดสูง 4 ข้อ ด้านการจัดระเบียบชีวิตใหม่ 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 6 ข้อ ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธสุรา 5 ข้อ และด้านการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา 6 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สำหรับการให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

#### การแปลผล

คะแนนช่วง 34.00-79.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อย

คะแนนช่วง 79.34-124.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมของครอบครัวปานกลาง

คะแนนช่วง 124.68-170.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก

คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการแบ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้งหมด ออกเป็น 3 ระดับคือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/3 (ประครอง กรรม-สูตร, 2542 อ่างในสดุติ น้อยกรณ์, 2552)

#### เกณฑ์กำกับการทดลอง

ครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราต้องมีช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 124.68 คะแนน ซึ่งถือการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก (สดุติ น้อยกรณ์, 2552) จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ช่วงคะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวถึงเกณฑ์ที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ ความสอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่าง

แต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป(Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ติดสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง และผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิชาการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ ข้อมูลไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผล กระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการ บันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้ว สอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และได้รับอนุมัติเมื่อ 23 ธันวาคม 2558

## ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมดังต่อไปนี้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองแบบกลุ่ม เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จัดโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้วิจัยยังปฏิบัติงานที่กลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยติดสุราและญาติในหอผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN) ประกอบกับผู้ศึกษามีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษามีทักษะและความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินการฝึกการควบคุมตนเองแบบกลุ่มร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยติดสุราเพื่อลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราได้

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการศึกษา ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติด และหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา



1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับครอบครัวมีส่วนร่วมแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คนและครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา และการรักษาด้วยยา และสารน้ำต่างๆ การบำบัดด้านจิตสังคม กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัว ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดไว้

**ตารางที่ 3** กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับครอบครัวมีส่วนร่วมแบบ  
รายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ 4 ม.ค.59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<b>ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring)</b> <u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดยาและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดยา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่ม ยา
สัปดาห์ที่ 1 วันพุธ 6 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<u>กิจกรรมที่ 2</u> สิ่งที่ดีขึ้นเป็น
สัปดาห์ที่ 1 วันศุกร์ 8 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<b>ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring)</b> <u>กิจกรรมที่ 3</u> ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน
สัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์ 11 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<b>ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา(problem analysis)</b> <u>กิจกรรมที่ 4</u> ร่วมใจแก้ปัญหาหน้าพาส
สัปดาห์ที่ 2 วันพุธ 13 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<b>ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (increasing awareness of internal stimuli and behavior)</b> <u>กิจกรรมที่ 5</u> ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น
สัปดาห์ที่ 2 วันศุกร์ 15 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<b>ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control practice)</b> <u>กิจกรรมที่ 6</u> รู้เท่าทันอารมณ์
สัปดาห์ที่ 3 วันจันทร์ 18 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	<u>กิจกรรมที่ 7</u> ปฏิเสธอย่างไรดี

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 วันจันทร์ 25 ม.ค. 59	09.30 - 11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 13.00-14.30 น. (กลุ่มที่ 2)	กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไป ดื่มซ้ำ
สัปดาห์ที่ 8 วันจันทร์ 22 ก.พ. 59		การประเมินผล

#### สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การกำกับตนเอง

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดยาและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดยา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกติดยา

**สถานที่** ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยติดยาและครอบครัว

**ระยะเวลา** 90 นาที

**รูปแบบ** ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัวเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของผู้ป่วยติดยาและครอบครัวในกลุ่ม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคติดยา

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมได้
2. ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวมีการสร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการทำกลุ่ม
3. ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวบอกแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดยาได้

## สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มเป็นกับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้อให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ประกอบด้วยการกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เข้าใจตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ และประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดสุรา ทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านมา ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเด็นปัญหาที่พบ ในการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา เพื่อลดความขัดแย้ง และมีเป้าหมายร่วมกัน เพิ่มความร่วมมือและสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ติดสุรา และเป็นการพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ(Friedman, 2003) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการดื่มสุรา การมีส่วนร่วมในการค้นหาการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 “รู้เขารู้เราเรื่องสุรา”
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 “ผลกระทบจากสุรา”
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 “เป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา”
5. ใบความรู้ที่ 1.1 “ความรู้เรื่องโรคติดสุรา”
6. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา
7. ผลคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT

## การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่างๆ การสังเกตจากบรรยากาศในการทำกิจกรรม ผ่อนคลาย ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เข้าใจในวัตถุประสงค์ของกิจกรรม บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรมได้ ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นประสบการณ์เกี่ยวกับโรคติดสุรา สาเหตุ ผลกระทบ การรักษา รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดสุราได้ ทำให้ได้ทราบว่าไม่ได้เกิดผลกระทบกับตนเพียงคนเดียว ทำให้มี

กำลังใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีเป้าหมายเดียวกันในการเลิกดื่มสุราและอธิบายแนวทางในการเลิกดื่มสุราที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังคำพูด

“ผมคิดว่าผมติดสุราเพราะผมมีความอยากดื่มสุราทุกวันในเวลาปกติที่เคยดื่ม เช่น หลังเลิกงาน ถ้าหาไม่ได้ดื่มแล้วจะรู้สึกหงุดหงิด สาเหตุตอนแรกผมดื่มเวลามีปัญหาจากนั้นก็ดื่มจนเป็นนิสัย ครอบครัวไม่เข้าใจเลยใช้สุราในการแก้ปัญหา ทำให้ครอบครัวแตกแยก สุขภาพทรุดโทรม มีกลิ่น ไปทำงานไม่ได้ จากนั้นผมจะหากิจกรรมบางอย่างทำ เช่น ไปหาปลา เล่นกีฬา ปลูกผัก ไม่ปล่อยให้ตัวเองว่างเพื่อคลายความอยาก และครอบครัวคอยดูแล ตักเตือน เวลาที่ผมจะดื่มสุรา”

“ผมดื่มสุราทุกวัน ถ้าไม่ได้ดื่มจะคิดมากกระวนกระวาย เครียด และโมโหง่าย ทำให้ทะเลาะกับภรรยาและแม่ยาย รู้สึกน้อยใจ กลับไปอยู่กับแม่ก็ถูกตำหนิอีก ผมเลยใช้สุราเป็นทางออกเรื่อยมา ทำให้ทะเลาะกับภรรยาหลายครั้ง มีการทำลายสิ่งของในบ้าน ผมอยากเลิกดื่มสุรา ผมตั้งใจจะมาบำบัดที่โรงพยาบาล”

### สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง

#### กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันเป็น

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัว เลื่อนนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราเรียนรู้การรู้จักตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดความตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุรามีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราบอกบุคลิกลักษณะของตนเองได้
2. ผู้ป่วยติดสุราพูดถึงการยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่นได้ตามความเป็นจริง

#### สาระสำคัญ

การจัดกิจกรรมนี้เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้สำรวจตนเอง ยอมรับตนเอง และผู้อื่นผ่านกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราได้วิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยผู้วิจัยให้ได้ฝึกการเรียนรู้และรับรู้ตนเองทั้งทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด จุดดี จุดด้อย ข้อจำกัด และความสามารถของตนเอง ซึ่งการ

รับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาและกำกับตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Rosenbaum, 1990) ซึ่งกิจกรรมนี้ดำเนินโดยการฝึกตามขั้นตอนในใบความรู้และใบกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม พร้อมการให้คำชมเชยและกำลังใจแก่ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในการทำกลุ่ม ซึ่งการฝึกทักษะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถรับรู้ความสามารถของตนเอง สังเกตพฤติกรรมของตนเอง และสามารถกำกับตนเองให้ดำเนินพฤติกรรมตามเป้าหมายในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมในการสนับสนุน ซึ่งชมให้กำลังใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น และมีบทบาทในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (Friedman, 2003) เพื่อให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 “สิ่งที่ฉันเป็น”
3. ใบกิจกรรมที่ 2.2 “การดูแลผู้ป่วยติดสุรา (สำหรับผู้ป่วย และสำหรับผู้ดูแลหรือครอบครัว)”
4. ใบกิจกรรมที่ 2.3 “วันที่ฉันเลิกสุราสำเร็จ”

### การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้รู้จักสมาชิกในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น จากการให้บอกชื่อคนที่อยู่ขวามือของตนเองได้ ได้มองตัวเองเข้าใจในตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ สิ่งที่ยากปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่อยากแก้ไขเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุรา อยากให้เลิกสุราได้อย่างถาวร มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถสร้างความภูมิใจในครอบครัวด้วยการเลิกดื่มสุราได้ ผู้ติดสุราเข้าใจในบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัวมีความเข้าใจในบทบาทการดูแลส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้ติดสุรา และมองถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหากเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ดังคำพูด

*“ประแจเลื่อน นี่คือสัญลักษณ์ของตัวผม เป็นของสำคัญที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ผมอยากมีอยู่ซ่อมรถเป็นของตัวเอง ตอนนี้เป็นช่างยนต์ในอยู่ของญาติ เวลาผมได้ทำงานรู้สึกภูมิใจ คดีประจำตัวผมคือตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน สิ่งที่ต้องปรับปรุงคือ การดื่มเหล้าเวลาทำงาน ผมตั้งใจที่จะเลิกดื่มเพื่อที่จะมีเงินเก็บทำอยู่ซ่อมรถของตนเอง ผมมั่นใจว่าผมทำได้ และมีแม่ซึ่งคอยให้กำลังใจผม”*

*“โตมาด้วยน้ำนม อย่าเสียคนด้วยน้ำเมา นี่คือนคติประจำใจผมต่อจากนี้ ตั้งแต่ภรรยาผมประสบอุบัติเหตุถึงขั้นเสียชีวิต ผมดื่มสุราตลอด เพื่อแก้ปัญหา แต่ปัญหายังคงอยู่ ผมมีลูกต้องดูแล 1 คน ถ้าผมดื่มสุราต่อไป ลูกผมคงไม่มีอนาคต ผมเคยเป็นนักมวย ผมมีความฝันอยากเปิดค่ายมวย พ่อและแม่ก็สนับสนุน ผมเป็นคนพูดจริงและทำจริง ผมมั่นใจว่าทำได้”*

## สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิด

### กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัว

เลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สมาชิกผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถใช้ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดด้วยวิธีการหยุดความคิดกับความคิดอัตโนมัติของตนเองได้อย่างถูกต้อง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวระบุได้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนความคิดได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวระบุได้ถึงช่วงเวลาที่ควรใช้ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดได้

ถูกต้อง

### สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิด สามารถแยกแยะความคิดทางด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง และพยายามตั้งคำถามและโต้ตอบคำถามนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นขั้นตอนจนเกิดความคิดใหม่ที่มีเหตุมีผลขึ้น ความคิดส่งผลถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม ถ้าคิดเหมือนเดิมจะทำเหมือนเดิม แต่ถ้าคิดใหม่จะทำใหม่ ถ้าเปลี่ยนความคิด การแสดงออกทางพฤติกรรมก็เปลี่ยน ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการทำให้ผู้ป่วยติดสุราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ (mechanism of change) เมื่อบุคคลเกิดความคิดด้านลบต่างๆ ก่อให้บุคคลนั้นเกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขและส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อารมณ์เครียด วิตกกังวล กลัวสิ่งต่างๆ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถใช้ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างความคิดใหม่ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการประเมินระดับความจริง หรือตรวจสอบความเป็นจริงในความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือพฤติกรรม ตลอดจนปฏิบัติการทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์อันนำไปสู่ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราค้นพบความคิดใหม่ๆ และการได้รับกำลังใจและสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นตัวเสริมแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้

## สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 3.1 “บันทึกความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม”
2. ใบกิจกรรมที่ 3.2 “วิธีการหยุดความคิด”
3. ใบความรู้ที่ 3.1 “ความคิดอัตโนมัติ”
4. ใบความรู้ที่ 3.2 “วิธีการหยุดความคิด”

## การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความคิดอัตโนมัติ วิธีจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ การเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ การมองมุมบวก วิธีหยุดความคิดด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสมกับตนเองและนำไปฝึกจนใช้ได้ผลเมื่อมีปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยังไม่พร้อมแก้ไข ดังคำพูด

*“เวลาที่ผมเครียดหรือนอนไม่หลับสิ่งแรกที่นึกถึงคือผมต้องไปหาสุรามาดื่ม เวลาเจอกลุ่มเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกันสิ่งที่นึกถึงคือบรรยากาศสนุกสนานในวงเหล้า ต่อไปนี้ถ้าผมเครียดผมจะหา กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจแทน เช่น ผมจะลงน้ำหาปลา หรือผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ถ้าผมนอนไม่หลับ จะหาอะไรอุ่นๆมาดื่ม เพราะตอนอยู่โรงพยาบาลก็หลับได้โดยไม่ได้ดื่มสุรา เวลาผมเจอเพื่อนกลุ่มเดิมที่ดื่มสุรา ผมจะนึกถึงผลกระทบจากการดื่มที่ทำให้ผมต้องมารักษาที่โรงพยาบาล”*

*“เวลาเห็นลูกถูกเพื่อนชวนให้ไปดื่มสุรา ก่อนหน้านี้ไม่เคยสนใจคิดว่ายังไปลูกก็ไป ต่อไปนี้จะให้กำลังใจและชื่นชมในการปฏิเสธเพื่อน และเวลาลูกมีปัญหาหรือเครียดเรื่องงานก็ไม่เคยถาม คิดว่ายังไปลูกต้องบอก หรือถามไปแล้วลูกก็ไม่คุยก็เลยไม่ได้สนใจ ปล่อยให้ลูกดื่มสุรา คิดว่าคงจะดีขึ้น ต่อไปนี้จะเข้าไปถามและให้กำลังใจลูก และคอยสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา”*

## สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหาน้ำพาสูช

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัว เลื่อนนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีแนวทางการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนได้



2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่าง

เหมาะสม

3. เพื่อให้ครอบครัวสนับสนุนส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการแสวงหาแหล่ง

ช่วยเหลือ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวบอกแนวทางปฏิบัติและระดับขั้นตอนที่ใช้ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้

2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวฝึกทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาตามใบกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง

3. ครอบครัวทราบถึงแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นพัฒนาทักษะของผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ผ่านการเรียนรู้กระบวนการอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การระบุปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การพิจารณาทางเลือก การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล โดยให้สมาชิกได้ฝึกทักษะผ่านสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมาในแต่ละครอบครัว บอกวิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับ แล้วให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่รอบคอบเป็นขั้นตอนและมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframing) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีการใดจะแก้ปัญหานั้นได้ดีที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเข้าใจในประเด็นปัญหาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราตรงกัน มีการยอมรับในความคิดเห็นมีการช่วยเหลือกันและกัน ในการหาทางออกของปัญหา อีกทั้งครอบครัวยังมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุราได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 3.2 “วิธีการหยุดความคิด” (การบ้าน)
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 “พฤติกรรมแก้ปัญหของครอบครัว”
3. ใบกิจกรรมที่ 4.2 “ร่วมใจแก้ปัญหา”
4. ใบความรู้ที่ 4 “เทคนิคการแก้ปัญหา”

## การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะและเข้าใจกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ได้เรียนรู้วิธีการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครอบครัว ได้ฝึกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับสุราจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม มีสีหน้า ท่าทาง แสดงความมั่นใจในการแก้ปัญหามากขึ้น ดังคำพูด

“เวลาที่ผมมีปัญหาผมจะไม่ปรึกษาใครเพราะเป็นปัญหาของผมเอง ผมต้องแก้เอง เช่น เรื่องเงินไม่พอใช้ ไม่มีเงินจ่ายค่าผ่อนรถไถ มันเป็นหน้าแล้งไม่มีคนจ้างให้ไปไถนา ผมจึงไปตีหม้อเหล้าเพื่อให้หายเครียดให้สบายใจ แต่มันก็ไม่ช่วยให้ดีขึ้นเลย ซ้ำยังทำให้ต้องเป็นหนี้ค่าเหล้าเพิ่ม ตอนนี้อย่างนี้ผมได้ทบทวนดูแล้วช่วงนี้ไม่มีงานผมจะทยอยยืมพ่อตาหรือพี่น้องไปผ่อนก่อนสักเดือน ก่อนหน้านั้นผมไม่กล้าขอ แต่พอได้คุยแล้วพ่อตาก็ยินดี และวางแผนจะปลูกพวกพืชที่ทนแล้งจะได้มีเงินใช้หนี้ครับ”

“เวลาเห็นลูกเครียดจากปัญหาเรื่องงาน สีหน้าไม่ดีเมื่อกลับบ้าน ไปถามแล้วลูกก็ไม่บอก แม่ก็ไม่ได้ไปเข้าชี้ คิดว่าลูกคงแก้ปัญหาเองได้ เพราะเห็นออกไปกับเพื่อน พอกลับมาก็ดึกและเมามา พอคุยก็คุยไม่รู้เรื่อง พอไปถามลูกก็หาว่าบ่น และไม่ฟัง ก็เลยต้องปล่อย แต่หลายวันผ่านไปลูกก็ไปตีหม้อเหล้าเหมือนเดิม บอกก็ไม่ฟัง ซึ่งต่อจากนี้จะให้ความสนใจ เข้าใจ รับฟังและให้กำลังใจสนับสนุนในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยทดลองแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง โดยคอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้หาทางออกในการกลับไปตีหม้อสุราอีก”

## สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งร้ายหรือสิ่งกระตุ้น

### กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัว เลื่อนนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มสุรา

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมมือในการตอบแบบสำรวจสิ่งกระตุ้น
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถสรุปปัญหาในการควบคุมความอยากดื่มของตนเองว่ามาจากสิ่งกระตุ้นอะไรบ้าง
3. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวบอกแนวทางการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มที่เหมาะสมได้

### สาระสำคัญ

ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราขาดการควบคุมตนเองในการเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรานั้นเกิดจากความอยากดื่มของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มสุรามีทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอก สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรา เป็นต้น สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ดังนั้นการฝึกทักษะการจัดการสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการฝึกการค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เป้าหมายเพื่อให้จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยในกิจกรรมนี้จะให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้สำรวจตัวกระตุ้นที่ส่งผลต่อการดื่มและวางแผนในการจัดการหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น โดยการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ การค้นหาอาการเจ็บป่วย และการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมตนเองที่จะลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้

### สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5.1 สำรวจสิ่งกระตุ้น
2. ใบกิจกรรมที่ 5.2 แบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น
3. ใบความรู้ที่ 5.1 “สิ่งกระตุ้น”
4. ใบความรู้ที่ 5.2 “การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้อยากดื่มสุรา”

### การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ และบอกถึงวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ดังคำพูด

“หลังเลิกงานเพื่อนที่อยู่ช่อมรกก็ตั้งวงทุกวัน ออกเงินกันคนละ 50-100 บาท ถ้าจะกลับเลยเพื่อนที่อยู่ก็ว่า บ้างก็บอกว่าเพื่อคลายเส้น บ้างก็ว่ากลัวเมียเธอ ก็เลยนั่งดื่มไป จนกลายเป็นสิ่งที่ต้อง

ทำเป็นประจำทุกวัน กลับบ้านก็ค่ำ ถึงบ้านแฟนก็ว่า จนเขาเลิกสนใจ หลังจากออกจากโรงพยาบาล ครั้งนี้ผมจะปรับปรุงตัวใหม่ กลับไปทำงานที่ออฟฟิศงานก็จะรีบกลับบ้าน ถ้าเพื่อนชวนก็จะหาเหตุผลว่ามีธุระต้องรีบไป”

“อยู่บ้านเดียวกันก็มีลุงที่ดื่มสุราและมีเพื่อนมาหาที่บ้านเป็นประจำ คงต้องได้คุยกันเพื่อไม่ให้มาดื่มสุราบริเวณบ้านให้ผู้ป่วยเห็น และที่บ้านก็มีสุราตุนไว้ กลับบ้านไปนี่ต้องไปเก็บออกให้หมด อย่างที่หมอบอกถ้าไม่เก็บออกผู้ป่วยมาเห็นขวดสุราบ่อยเข้าก็จะทำให้อยากดื่มอีก ทำให้เลิกสุราไม่สำเร็จ”

## สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัว เลื่อนนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวรู้จัก เข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเรียนรู้ถึงการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ และความเครียดของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวรู้จัก เข้าใจถึงอารมณ์ และมีวิธีการในการจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์เครียดได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียดของตนเองได้
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวบอกวิธีการควบคุมและจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสมของตนเองได้
3. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์ และการจัดการอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การดื่มสุราได้
4. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวแสดงวิธีการจัดการอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การดื่มสุราได้
5. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวใช้ทักษะในการผ่อนคลายอารมณ์ของตนได้เหมาะสม

## สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวรู้จักเข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดของตนเองและผู้อื่น โดยการฝึกให้เข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา เรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิด การจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยวิธีการจัดการเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ นั้นจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการดื่มสุรา เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เป็นต้น อีกด้านเป็นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆตัวให้ดีขึ้น โดยครอบครัวเข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการตอบสนองการเจ็บป่วย การส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม ดำเนินกิจกรรมโดยการสอน สาธิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์ แสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้

## สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 6.1 การจัดการอารมณ์และความเครียด
2. ใบกิจกรรมที่ 6.2 พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว (สำหรับผู้ป่วยติดสุรา และสำหรับครอบครัว)
3. ใบความรู้ที่ 6.1 การควบคุมอารมณ์
4. ใบความรู้ที่ 6.2 ความเครียดและการจัดการกับความเครียด

## การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียดทั้งทางด้านบวก อารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา บอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ บอกถึงอารมณ์ของตนเองได้มีทักษะในการฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้อย่างถูกต้องและวางแผนในการจัดการในอนาคตได้ ดังคำพูด

“เวลาที่ผมมีเรื่องเครียดหรือมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ก่อนมาโรงพยาบาลผมจะไปหาเหล้ามาดื่มหรือออกไปดื่มเหล้ากับกลุ่มเพื่อน คุยกับเพื่อนที่ดื่มด้วยกันแล้วเพลินดี แต่พอหมดฤทธิ์เหล้า ความเครียดหรือเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจยังคงอยู่ จากนั้นถ้าผมมีเรื่องเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ผมจะลองใช้วิธีการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจเป็นจังหวะ กำหนดลมหายใจเข้า-ออกให้ยาวขึ้น แล้วค่อยๆ หายใจออก ผมลองทำแล้วทำให้ผมผ่อนคลายและมีสมาธิเพิ่มมากขึ้น เมื่อรู้สึกดีขึ้นจะค่อยๆจัดการกับเรื่องที่ทำให้รู้สึกไม่ดีขึ้น”

“ก่อนมาโรงพยาบาลเวลาที่ลูกโกรธหรือไม่พอใจอะไร จะปล่อยให้เขาอยู่คนเดียว คิดว่าสักพักคงดีขึ้น สุดท้ายเขาก็ไปหาเหล่ามาดิมหรือออกไปหาเพื่อน ต่อไปนี้จะสนใจและรับฟัง กล่าวชื่นชมให้มองในสิ่งที่ดี คอยให้กำลังใจ โดยไม่ได้เถียง พาไปหาแหล่งช่วยเหลือ และจะแนะนำส่งเสริมให้ทำกิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายด้วยวิธีที่เขาถนัด เพื่อลดโอกาสในหาทางออกด้วยการตีศีรษะ”

### สัปดาห์ที่ 3 ชั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัวเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเข้าใจหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการปฏิเสธและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม

เมื่อถูกชักชวนหรือสับสนประมาทจากเพื่อนที่ดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถอธิบายหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธได้
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถบอกปฏิเสธการดื่มสุราและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม

สม

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นกิจกรรมการฝึกให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นในแนวทางและแนวคิด จุดยืนที่ถูกต้องของตนเอง ภายใต้แรงกดดันจากเพื่อน และสังคม มีทักษะการสื่อสารปฏิเสธต่อตรง โดยรักษาน้ำใจเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง รู้จักขั้นตอนการปฏิเสธ ในการหลีกเลี่ยงการเชิญชวน หรือกดดันจากสถานะเสี่ยงต่างๆ ผ่านการให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิเสธ ซึ่งการกลับไปดำรงชีวิตของผู้ป่วยติดสุราจะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงต้องมีการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ ถ้ามีทักษะการปฏิเสธและมีการฝึกฝนที่ดี จะทำให้กล้าแสดงออก และมีความมั่นใจในการปฏิเสธคำเชิญชวนจากผู้ดื่มสุรา กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุรา มีทักษะในการปฏิเสธและสามารถบอกปฏิเสธกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุราได้ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในด้านการส่งเสริมสนับสนุน ชื่นชม ให้กำลังใจผู้ป่วยติดสุราในการปฏิเสธ การ

ตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ซึ่งการพัฒนาทักษะนี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีความมั่นใจในการปฏิเสธสถานการณ์เสี่ยงในการติดเชื้อได้

### สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 7.1 “พฤติกรรมปฏิเสธการติดเชื้อ” (สำหรับผู้ติดเชื้อ และสำหรับครอบครัว)

2. ใบกิจกรรมที่ 7.2 “การฝึกทักษะการปฏิเสธจากสถานการณ์สมมติ”

4. ใบความรู้ที่ 7.1 “ทักษะการปฏิเสธการติดเชื้อ”

### การประเมินผล

ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการปฏิเสธ การสนับสนุนและการได้รับกำลังใจจากครอบครัว และการฝึกปฏิเสธจากสถานการณ์สมมติ ซึ่งทำให้สามารถปฏิเสธการเชิญชวนเมื่อเจอกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างมั่นใจ ดังคำพูด

“ที่ผ่านมาเวลาที่เพื่อนชวนดื่มสุราส่วนใหญ่จะปฏิเสธไม่ได้ เพราะกลัวเพื่อนว่า และกลัวเพื่อนจะไม่คบ เวลาจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนจะลำบาก เมื่อได้เข้ากลุ่มครั้งนี้ทำให้ผมมีความมั่นใจในการบอกความรู้สึกของตนเองให้เพื่อนรับรู้ และสามารถบอกปฏิเสธเพื่อนได้โดยที่เพื่อนเข้าใจและไม่โกรธได้ แต่ต้องมีการฝึกพูดบ่อยๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และมีการเตรียมคำพูดเหตุผลเมื่อต้องไปร่วมงานที่มีการสังสรรค์ของกลุ่มเพื่อน”

“เวลาเพื่อนมาชวนลูกไปดื่มเหล้า ก็จะเฝ้าดูห่างๆ เพราะกลัวลูกจะว่า ถ้าลูกปฏิเสธเพื่อนได้ก็ไม่เคยกล่าวชื่นชม ที่หมอบพูดมามันก็จริงนะเพราะการเลิกเหล้าให้ได้ อย่างถาวรนั้น ลูกต้องต่อสู้กับความรู้สึกภายในตนเองแล้ว ยังต้องต่อสู้กับคำเชิญชวนของเพื่อน ต้องเป็นกำลังใจให้ลูก กล่าวชื่นชมลูกเมื่อลูกปฏิเสธได้สำเร็จ หาวิธีช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ และไม่ใช้งานให้ไปในที่มีวงดื่มสุรา”

### สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อและครอบครัว

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัวเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อทบทวนแนวทางการควบคุมตนเองและการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อวางแผนร่วมกับสมาชิกผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อวางแผนทางร่วมกันระหว่างผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและบอกแนวทางการนำทักษะต่างๆไปใช้ได้
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถบอกถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ
3. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวให้ความร่วมมือในการนัดหมาย

### สาระสำคัญ

การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เป็นกิจกรรมทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะการควบคุมตนเองที่ผ่านมา และเป็นการประเมินผลหลังนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ความมั่นใจ ปัญหาและอุปสรรคจากการนำทักษะไปใช้จริง การติดตามประเมินผลการการควบคุมตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยครอบครัวบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ติดสุรา การให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถควบคุมตนเอง และคงสภาวะการหยุดดื่มจนสามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมแสดงความคิดเห็น สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

### สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 8.1 “สาเหตุและการป้องกัน การกลับไปดื่มสุราซ้ำ”
3. ใบความรู้ที่ 8.1 “การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ”
4. ใบความรู้ที่ 8.2 “เทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ”
5. แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS)
6. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมดื่มสุราในผู้ป่วย



### การประเมินผล

ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้ทบทวนสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำเมื่อกลับไปสู่ชุมชน วิธีการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดสุรา และเรียนรู้เทคนิคการหยุดดื่มสุราอย่างไรให้สำเร็จ ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีการแสดงออกทาง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจ บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองไม่กลับไปดื่มสุราได้ และจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อที่บ้าน

### การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ติดสุราทำแบบวัดการควบคุมตนเองของผู้ติดสุรา และครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยทันที แสดงผลการกำกับการศึกษาดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

**ตารางที่ 4** คะแนนการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนแบบวัดการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุรา	แปลผล
1	201	สูง
2	205	สูง
3	201	สูง
4	185	สูง
5	173	สูง
6	186	สูง
7	173	สูง
8	184	สูง
9	179	สูง
10	179	สูง
11	205	สูง
12	203	สูง
13	204	สูง
14	195	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนแบบวัดการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุรา	แปลผล
15	179	สูง
16	179	สูง
17	205	สูง
18	203	สูง
19	204	สูง
20	195	สูง
$\bar{X} = 191.90$ S.D. = 12.06		

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนการควบคุมตนเองของผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 173-205 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการควบคุมตนเองสูงขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์เป็นไปตามที่กำหนด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ให้คะแนนการผ่านเกณฑ์ที่ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเองสูงคือมีคะแนนมากกว่า 156 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 191.90 (Actual range = 173-205, S.D.=12.06) เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะในการควบคุมตนเองเท่ากับ 56.18 (Actual range = 43-72, S.D. = 9.66 ) ค่าเฉลี่ยด้านกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเท่ากับ 52.88 (Actual range = 39-66 , S.D. = 8.02) ค่าเฉลี่ยด้านการเลื่อนความพอใจเท่ากับ 17.05 (Actual range = 8-24, S.D. = 5.11) และค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 35.73 (Actual range = 18-49, S.D. = 10.60)

ตารางที่ 5 คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว	แปลผล
1	164	มาก
2	166	มาก
3	157	มาก
4	159	มาก
5	159	มาก
6	152	มาก
7	157	มาก
8	153	มาก
9	157	มาก
10	159	มาก
11	159	มาก
12	162	มาก
13	167	มาก
14	150	มาก
15	151	มาก
16	156	มาก
17	165	มาก
18	158	มาก
19	150	มาก
20	149	มาก
$\bar{X} = 157.50$ S.D. = 5.48		

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 149-165 คะแนน ซึ่งจัดว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ถือว่าผ่านเกณฑ์เป็นไปตามที่กำหนด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ให้คะแนนการผ่านเกณฑ์ที่ระดับของการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากคือมีคะแนนอยู่ในช่วง 124.68- 170 คะแนน

### 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

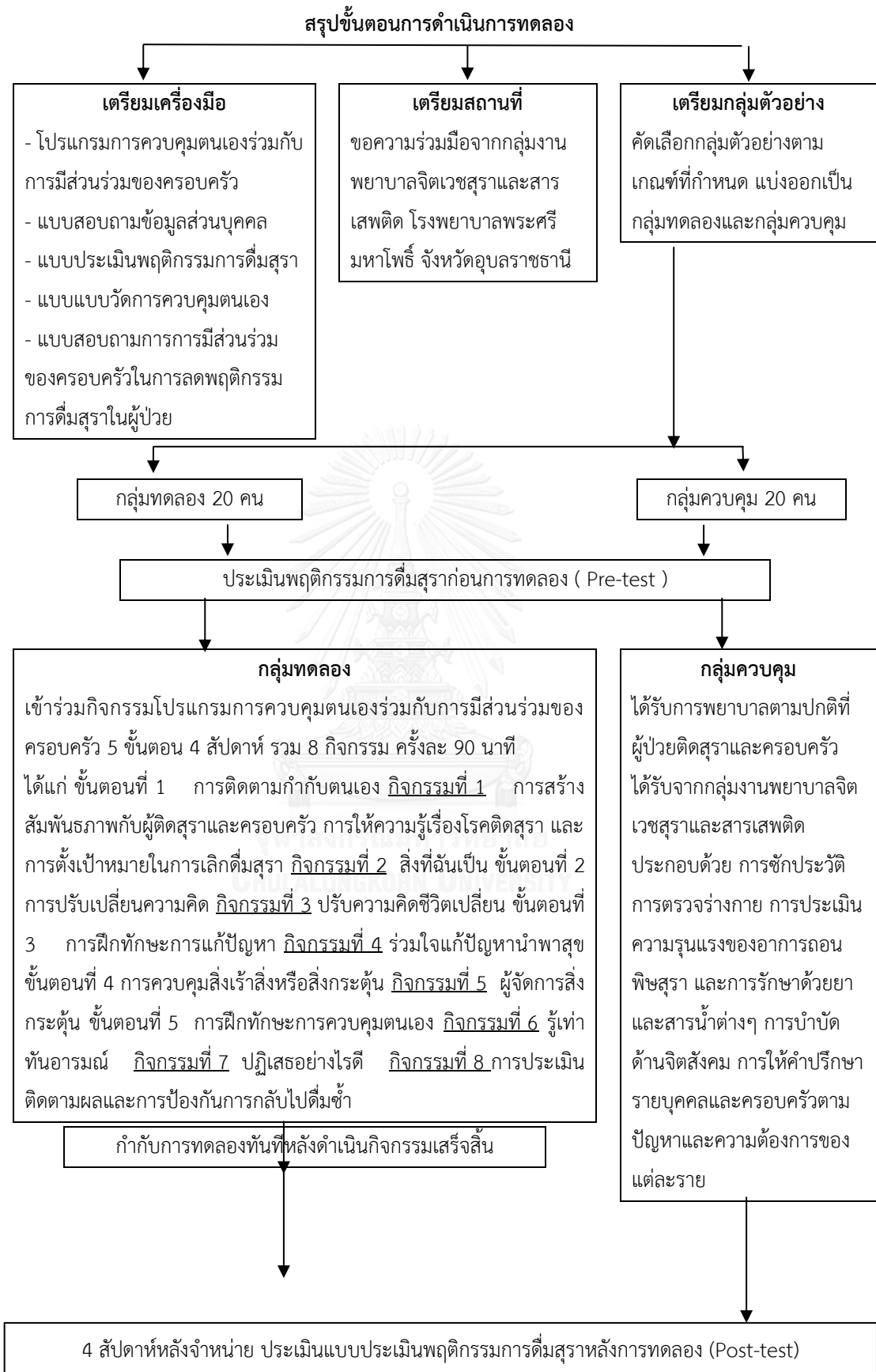
ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 วัน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม ในวันที่ 25 มกราคม 2559 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทำแบบวัดการควบคุมตนเอง และครอบครัวทำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยทันที และหลังจากนั้นอีก 6 สัปดาห์ ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent Sample t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research ) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการที่วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน และครอบครัว ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้ผู้ป่วยติดสุรามีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนมกราคม 2559 โดยมีการวัดผลประเมินคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 6-8

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มควบคุมก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มทดลองก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 10

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 11

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 12

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
≤ 30	2	10.0	5	25.0	7	17.5
31-40	11	55.0	6	30.0	17	42.5
> 40	7	35.0	9	45.0	16	40.0
	$\bar{X} = 39.30$		$\bar{X} = 38.50$		$\bar{X} = 38.90$	
	S.D. = 7.99		S.D. = 8.85		S.D. = 8.33	
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45.0	8	40.0	17	42.5
คู่	5	25.0	9	45.0	14	35.0
หย่า	2	10.0	2	10.0	4	10.0
แยกกันอยู่	4	20.0	1	5.0	5	12.5
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษาตอนต้น	1	5.0	4	20.0	5	12.5
ประถมศึกษาตอนปลาย	7	35.0	7	35.0	14	35.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	35.0	4	20.0	11	27.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	4	20.0	7	17.5
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	5.0	0	0	1	2.5
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	10.0	0	0	2	5.0
เกษตรกร	7	35.0	7	35.0	14	35.0
รับจ้างทั่วไป	9	45.0	8	40.0	17	42.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	0	0	2	10.0	2	5.0

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดสุราเพศชายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.5

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และผู้ดูแลหลัก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					
5,001-10,000 บาท	10	50.0	3	15.0	13	32.5
10,001-15,000 บาท	5	25.0	15	75.0	20	50.0
15,001-20,000 บาท	4	20.0	1	5.0	5	12.5
20,001-25,000 บาท	1	5.0	0	0	1	2.5
มากกว่า 25,000 บาท	0	0	1	5.0	1	2.5
ระยะเวลาที่ดื่มสุรา						
≤10 ปี	11	55.0	8	40.0	19	47.5
11-20 ปี	7	35.0	8	40.0	15	37.5
มากกว่า 20 ปี	2	10.0	4	20.0	6	15.0
	$\bar{X} = 12.00$		$\bar{X} = 14.25$		$\bar{X} = 13.13$	
	S.D. = 6.63		S.D. = 6.16		S.D. = 6.42	
ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว						
ไม่มี	16	80.0	17	85.0	33	82.5
มี	4	20.0	3	15.0	7	17.5
	การรักษา การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา					
1 ครั้ง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
2 ครั้ง	6	30.0	4	20.0	10	25.0
3 ครั้ง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
4 ครั้ง	1	5.0	3	15.0	4	10.0
5 ครั้ง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นๆ	20	100	20	100	40	100



จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน นั้น ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001-15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับระยะเวลาในการดื่มสุราส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาในการดื่มสุราอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 ไม่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 82.5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษาก่อนเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสุราครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 45 ผู้ป่วยติดสุราไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับสถานภาพกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.0	8	40.0	16	40.0
หญิง	12	60.0	12	60.0	24	60.0
อายุ						
20-40 ปี	8	40.0	7	35.0	15	37.5
40 ขึ้นไป-60 ปี	12	60.0	13	65.0	25	62.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	65.0	15	75.0	28	70.0
มัธยมศึกษา	5	25.0	4	20.0	9	22.5
อุดมศึกษา	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	5	25.0	6	30.0	11	27.5
คู่สมรส	9	45.0	8	40.0	17	42.5
พี่น้อง	4	20.0	3	15.0	7	17.5
บุตร	2	10.0	3	15.0	5	12.5
รายได้รวมของครอบครัว						
ไม่เพียงพอ	7	35.0	7	35.0	14	35.0

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	5	25.0	5	25.0	10	25.0
เพียงพอ	8	40.0	8	40.0	16	40.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
≤10 ปี	11	55.0	8	40.0	19	47.5
11-20 ปี	7	35.0	8	40.0	15	37.5
≥20 ปี	2	10.0	4	20.0	6	15.0
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับสุรา						
1 ครั้ง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
2 ครั้ง	6	30.0	4	20.0	10	25.0
3 ครั้ง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
4 ครั้ง	1	5.0	3	15.0	4	10.0
5 ครั้ง	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 40 ขึ้นไป-60 ปี ร้อยละ 62.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70 มีสถานภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 42.5 รายได้รวมของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา 1-10 ปี ร้อยละ 47.5 และมีจำนวนครั้งของการรักษาเกี่ยวกับสุรา 1 ครั้ง ร้อยละ 55

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลัง (Post-test)

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลัง (Post-test)

คนที่	พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	25	ติด	21	ติด
2	35	ติด	18	อันตราย
3	34	ติด	19	อันตราย
4	32	ติด	20	ติด
5	34	ติด	20	ติด
6	33	ติด	18	อันตราย
7	33	ติด	19	อันตราย
8	28	ติด	21	ติด
9	34	ติด	17	อันตราย
10	29	ติด	18	อันตราย
11	26	ติด	17	อันตราย
12	28	ติด	20	ติด
13	25	ติด	18	อันตราย
14	29	ติด	21	ติด
15	30	ติด	19	อันตราย
16	32	ติด	20	ติด
17	35	ติด	23	ติด
18	34	ติด	19	อันตราย
19	34	ติด	20	ติด
20	33	ติด	19	อันตราย

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบติด แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการทดลองจำนวน 10 ราย แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติของกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมสุรษาของผู้ป่วยติดสุรษาของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 10 คะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมสุรษาของผู้ป่วยติดสุรษา และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	พฤติกรรมกรรมการทีมสุรษาของผู้ป่วยติดสุรษา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	26	ติด	8	เสี่ยง
2	28	ติด	10	เสี่ยง
3	25	ติด	12	เสี่ยง
4	29	ติด	10	เสี่ยง
5	30	ติด	16	อันตราย
6	32	ติด	12	เสี่ยง
7	35	ติด	15	เสี่ยง
8	34	ติด	16	อันตราย
9	34	ติด	16	อันตราย
10	33	ติด	18	อันตราย
11	33	ติด	14	เสี่ยง
12	31	ติด	10	เสี่ยง
13	34	ติด	10	เสี่ยง
14	34	ติด	16	อันตราย
15	34	ติด	16	อันตราย
16	30	ติด	8	เสี่ยง
17	26	ติด	10	เสี่ยง
18	30	ติด	16	อันตราย
19	30	ติด	16	อันตราย
20	31	ติด	13	เสี่ยง

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยติดสุรษา จำนวน 20 คน มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมสุรษา (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบติด แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยติดสุรษา มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมสุรษาต่ำลงทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยติดสุรสาส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุรษาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในนอกจากได้รับการรักษาด้วยยาแล้วกิจกรรมในโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรษาและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องทำให้พฤติกรรมกรรมการทีมสุรสาลดลง

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	30.95	3.02	ติด	19	27.810	<0.001*
หลังการทดลอง	13.10	3.16	เสี่ยง			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	31.15	3.36	ติด	19	14.571	<0.001*
หลังการทดลอง	19.35	1.50	อันตราย			

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงมากกว่า ( $\bar{X}=13.10$ , S.D. = 3.16) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $\bar{X}=30.95$ , S.D. = 3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการทดลองของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในลดลง ( $\bar{X}=31.15$ , S.D. = 3.36) และ ( $\bar{X}=19.35$ , S.D. = 1.50) ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลมาจากได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติของกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์คือผู้ป่วยติดสุราต้องได้รับการบำบัดจิตสังคมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดแบบสั้นรายบุคคลทุกรายก่อนจำหน่าย

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30.95	3.02	ตึง	38	0.198	0.844
กลุ่มควบคุม	31.15	3.36	ตึง			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	13.10	3.16	เสี่ยง	38	7.993	<0.001*
กลุ่มควบคุม	19.35	1.50	อันตราย			

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}=13.10$ , S.D. =3.16)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research ) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสุรามาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ติดสุรามีทักษะในการควบคุมตนเองโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในการคงสถานะการหยุดดื่มให้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 กิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว การตั้งเป้าหมายเลิกดื่ม กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ดีขึ้นเป็น ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหานำพาสุข ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าสิ่งหรือสิ่งกระตุ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 6 ผู้จัดการอารมณ์ กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี และกิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คนและครอบครัว โดยทดลองจนครบทั้ง 8 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย



โดย ปรีทรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใย จากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน การแปลผลจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) 8-15 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)  $\geq 20$  หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ปริญญาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 จากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และไม่ได้นำมาหาค่าความตรงของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มาตรฐาน (gold standard) พัฒนามาแล้ว

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบวัดการควบคุมตนเอง (สำหรับผู้ติดสุรา) แปลเป็นภาษาไทยโดยรุ่งนภา ผาณิตรัตน์ (Panitrat, 2001) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) (Rosenbaum, 1980) เป็นแบบประเมินตนเองในการใช้ทักษะในการควบคุมตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ เครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ตรงกับความเป็นฉันทมากที่สุด ตรงกับความเป็นฉันทมาก ตรงกับความเป็นฉันทปานกลาง ตรงกับความเป็นฉันทค่อนข้างน้อย ตรงกับความเป็นฉันทน้อย ตรงกับความเป็นฉันทน้อยที่สุด แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 25 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, 35 ประกอบด้วยด้านทักษะในการควบคุมตนเองมี 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 5, 13, 15, 16, 17, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 36 ด้านกลวิธีในการแก้ไขปัญหา มี 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 7, 10, 11, 12, 20, 28, 32, 33, 34 ด้านการเลื่อนความพึงพอใจมี 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 9, 18, 22, 29 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 3, 4, 6, 8, 14, 19, 21, 24, 35 ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try-

out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย พัฒนาโดย สดุดี น้อยกรณ (2552) จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6 ด้านการจัดการกับสถานะความเสี่ยงสูง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,8,9,10 ด้านการจัดระเบียบชีวิตใหม่ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11,12,13,14,15,16,17 ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18,19,20,21,22,23 ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธสุรา 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24,25,26,27,28 ด้านการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29,30,31,32,33, 34 มีข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 10, 16, 17, 23, 28, 33, 34

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	34.00-79.33	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อย
คะแนนช่วง	79.34-124.67	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวปานกลาง
คะแนนช่วง	124.68-170.00	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก

ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จัดโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้วิจัยยังปฏิบัติงานที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติ

จริงกับผู้ป่วยติดสุราและญาติในหอผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN)

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับหัวหน้ากับกลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.4 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราAUDIT (Pre-Test) และนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและรายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย

## 2.ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คนและครอบครัว ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยติดสุรารักษาที่แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 09.30-11.00 น.และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ผู้ป่วยติดสุราจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว โดยนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาการดำเนิน

กิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 4 มกราคม 2559 ถึง 25 มกราคม 2559 ณ ห้องกิจกรรม กลุ่มบำบัดกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 4 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุรา และครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 6 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันเป็น

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 8 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 11 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหาหน้าพาสุข

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 13 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 15 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์

สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 18 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี

สัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 25 มกราคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

### การกำกับการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยติดสุราตอบแบบวัดการควบคุมตนเอง และให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

### 3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1-2 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Prasri Alcohol Withdrawal Scale: AWS) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่คะแนนอาการถอนพิษสุรา 1-4 คะแนน คือพบอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการวิจัยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา และหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)
3. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent Sample t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
2. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุรามีทักษะในการควบคุมตนเอง คงระยะการหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.5 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาที่ดื่มสุราอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน คิดเป็นร้อยละ 45 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยคือพ่อ แม่ คิดเป็นร้อยละ 55 จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราชายส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่าประชาชนไทยอายุ 25-59 ปี มีการดื่มมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งเป็นวัยทำงานมีการดื่มสุราในโอกาสต่างๆ การสังสรรค์เมื่อพบกัน การฉลองแสดงความยินดีเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ อีกทั้งบรรยากาศในวงสุราทำให้สนุกสนาน คลายเครียด ได้พูดระบายปัญหา จนทำให้มีการรวมกลุ่มในการดื่มสุราอยู่เสมอ (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับสถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเองได้แก่ โสด แยกทาง และหย่าร้าง ร้อยละ 39.1 (มันทนา กิตติพิรัช, 2551)

ในด้านของระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยติดสุราชายส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการดื่มสุราอยู่ในช่วง 10-20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลที่พบในการศึกษาของ สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน เพื่อช่วยลดอาการหงุดหงิด เพราะแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปออกฤทธิ์ที่ระบบสมองส่วนพึงพอใจ เกิดกลไกของ Reward pathway คือทำให้สนุกสนาน อารมณ์ดี กล้าแสดงออก (พิชัย แสงชาญชัย, 2549 อังโน มะลิ แสงผล, 2556) เป็นเหตุให้มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

สำหรับในด้านจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา พบว่าผู้ติดสุราชายทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ เคยเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในมาแล้ว จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hull and Stone (2004) พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุราซ้ำ

อีก เกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง(Lack of Self-Control) ในการคงสถานะการหยุดดื่มให้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Pokhrel, Sussman, Rohrbach and Sun (2007) สนับสนุนว่าการควบคุมตนเอง (Self-Control) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้ โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับที่มากขึ้น(Piquero, Gibson and Tibbetts, 2002)

2. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

จากการที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราซึ่งได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองนั้น เนื่องจากได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีขั้นตอนในการฝึกทักษะในการควบคุมตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและคงระยะการหยุดพฤติกรรมกรรมการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรา มีความรู้ ความเข้าใจ ในโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ และผลที่กระทบที่เกิดขึ้นทั้งตนเองและครอบครัว การรักษา และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา การติดตามกำกับตนเองเพื่อให้สามารถเลิกดื่มสุราตามเป้าหมายที่วางไว้ การปรับเปลี่ยนความคิด การมองด้านบวกเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง การค้นหาและจัดการสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ดื่มสุรา วิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การฝึกทักษะในการปฏิเสธ วิธีการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenbaum( 1990) ที่กล่าวว่าความสำเร็จของการควบคุมตนเองขึ้นอยู่กับการบังคับตนเองที่จำเป็นต้องมีทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน หรือการเรียนรู้ความสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ได้ดีนำไปสู่สิ่งจำเป็นของพฤติกรรม หรือหมายถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมตนเองที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้มีทักษะในการรับมือและการแก้ปัญหาได้ดี โดยการฝึกทักษะการควบคุมตนเองของ Rosenbaum ( 1990) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring) 2) การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem analysis) 4) การฝึกทักษะการจัดการสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (Increasing awareness of internal stimuli and behavior) 5) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control practice) และการศึกษาของ Kennett (2006) พบว่าบุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง

หรือทักษะในการควบคุมตนเองสูงสามารถปฏิเสธหรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ในการศึกษาของ Deborah (2009) พบว่าการควบคุมตนเองสามารถระงับการออกกำลังกายสำหรับบุคคลซึ่งต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายให้ได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Hester and Delaney (1997) พบว่าการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองส่งผลให้กลุ่มผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักมีการดื่มสุราลดลง การศึกษาของ Sottiyapai (2002) พบว่าการฝึกทักษะการควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่ใช้แอมเฟตามีนหลังได้รับการฝึกทักษะมีค่าเฉลี่ยการควบคุมตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการฝึก ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เณศรา จงรักจิตต์ (2555) พบว่าการฝึกทักษะการควบคุมตนเองตามแนวคิดของโรเซนบัมแบบกลุ่มเพิ่มระดับระดับการควบคุมตนเองของผู้ติดยาเสพติดสามารถลดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ และการศึกษาของ ปนัดดา ธีระเชื้อ และคณะ (2550) พบว่าโปรแกรมการควบคุมตนเองส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของ มะลิ แสวงผล (2556) พบว่าการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองของผู้ติดยาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กระบวนการฝึกการควบคุมตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่นำมาปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้มี 5 ขั้นตอน รวม 8 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมสามารถพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองจนส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราให้กับผู้ป่วยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดยาและครอบครัว ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราร่วมกับครอบครัวนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ติดยากับครอบครัว เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ เป็นพื้นฐานสำคัญที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปได้อย่างราบรื่น และได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือ และตั้งใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคติดยา สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา และการสร้างความตระหนักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยา ร่วมกับให้ผู้ติดยาและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราอย่างชัดเจน ทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ติดยาที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาที่พบ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวได้รับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา เกิดความร่วมมือในการเฝ้าติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ดีขึ้นเป็น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดยาและครอบครัวมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง Bandura (อ้างถึงใน



Sotthiyapai, 2002) ความสำเร็จของการควบคุมตนเองขึ้นอยู่กับ การบังคับตนเองที่จำเป็นต้องมี ทักษะการเรียนรู้ความสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ได้ดี (Rosenbaum, 1990) ซึ่งการที่บุคคล ประเมินว่าตนเองมีความสามารถก็จะทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและสนใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้ ผู้ติดยาและครอบครัวได้เรียนรู้ประสบการณ์สิ่งที่ดี สิ่งที่มีใจ สิ่งที่ต้องปรับปรุง การสังเกตและ บันทึกรูปเหตุการณ์ตนเอง ได้ทบทวนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาและครอบครัว การมองเห็น ผลสัมฤทธิ์ที่จะเกิดถ้าหากเลิกติดยาสำเร็จทั้งกับผู้ติดยาเองและครอบครัว ส่งผลให้เห็นคุณค่าใน ตนเอง นำไปสู่การเลิกติดยาได้สำเร็จ เพื่อนำความรู้ความสามารถและความเชื่อมั่นที่มีมาใช้ในการ เลิกติดยา เกิดความรู้สึกที่ดีมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและมีความคิดเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมี การลดพฤติกรรมการติดยา

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring)

กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดยาและครอบครัวมีทักษะ สามารถแยกแยะความคิดทางด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง สามารถปรับความคิด อัตโนมัติทางลบของตัวเองและแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม เป็นขั้นตอนจนเกิดความคิด ใหม่ที่มีเหตุผลขึ้น ความคิดส่งผลถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม ถ้าคิดเหมือนเดิมจะทำเหมือนเดิม แต่ถ้าคิดใหม่จะทำใหม่ ถ้าเปลี่ยนความคิด การแสดงออกทางพฤติกรรมก็เปลี่ยน โดยทักษะนี้มีความสำคัญเป็นกลไกที่สำคัญในการทำให้ผู้ป่วยติดยาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติดยาได้ (mechanism of change) ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวเกิด ความรู้และเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและ พฤติกรรม สามารถแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยติดยานึกถึงสถานการณ์ที่ เกี่ยวกับพฤติกรรมการติดยาก่อนมารักษา และครอบครัวนึกถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ก่อนพามาปรึกษาครั้งนี้ ฝึกเทคนิคการหยุดความคิด และการมองมุมใหม่ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดยาค้นพบความคิดใหม่ๆ และการได้รับกำลังใจและสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็น ตัวเสริมแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติดยาได้

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem analysis)

กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหา นำพาสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถในการ คิด การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เน้นให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวตระหนัก ถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการติดยา มีสาเหตุ วิธีการจัดการเป็นอย่างไร และผลกระทบ เป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยติดยาและครอบครัวเข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยฝึกผ่าน สถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการติดยาที่ผ่านมาในแต่ละครอบครัว บอกวิธีการ แก้ปัญหาและผลที่ได้รับ แล้วให้สะท้อนถึงวิธีการแก้ปัญหาว่าเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้ได้เรียนรู้

วิธีการมองปัญหาในแง่ใหม่และการแก้ปัญหาที่รอบคอบ ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีการใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา มีการยอมรับในความคิดเห็นมีการช่วยเหลือกันและกัน อีกทั้งยังทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ทำให้ลดความเสี่ยงในแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุราได้

ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าสิ่งหรือสิ่งกระตุ้น (Increasing awareness of internal stimuli and behavior)

กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา จัดการ และควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ ทั้งสิ่งกระตุ้นภายในที่เกิดจากภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนงา สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่ม เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ผ่านแบบสำรวจสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้เข้าใจตรงกันถึงสาเหตุที่แท้จริงและวางแผนแก้ไขที่ถูกต้อง รวมทั้งได้เรียนรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา ซึ่งการฝึกทักษะนี้จะทำให้สามารถค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุรา วิเคราะห์สิ่งกระตุ้นในสถานการณ์นั้นๆ และทบทวนถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เมื่อจัดการสิ่งกระตุ้นได้จะส่งผลให้การดื่มสุราลดลง

ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control practice)

กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวฝึกการรับรู้เข้าใจอารมณ์และความเครียดของตนเองที่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม โดยกิจกรรมนี้ได้สำรวจพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดในครอบครัว เน้นถึงการให้ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ในการช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ส่งผลให้กลับไปดื่มสุราได้ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในการจัดการภาวะอารมณ์และความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ฝึกการใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อสมาชิกในกลุ่ม ดำเนินการโดยการสอน สาธิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง การฝึกทักษะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถ

ประเมินตนเองต่อสถานการณ์ มีการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือเผชิญภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุราได้

กิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมตนเองหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและรู้ขั้นตอนการปฏิเสธสิ่งยั่วยุให้ดื่มสุราได้อย่างถูกต้อง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยติดสุรามีความตระหนักรู้ในอารมณ์และบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุราเพื่อการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยติดสุราในการปฏิเสธคำเชิญชวนให้ดื่ม ผ่านการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและการพูดในการปฏิเสธ ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวทุกคนเกิดความเข้าใจและมีแนวทางในการปฏิเสธ จากการฝึกผ่านสถานการณ์เสี่ยงจากสถานการณ์สมมติและสามารถเอาชนะแรงกดดันต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราได้ พร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผลด้วยตนเองเพื่อใช้ในการปฏิเสธการดื่มสุรา รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความมั่นใจในการปฏิเสธสถานการณ์เสี่ยงในการดื่มสุราได้

กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะการควบคุมตนเองที่ผ่านมา และเป็นการประเมินผลหลังนำทักษะการควบคุมตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในสถานการณ์จริง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ อุปสรรคและปัญหาจากการนำทักษะไปใช้ พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถควบคุมตนเองไม่ไปดื่มสุราได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีก อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังช่วยดูแลส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุรา มีเพียง 1 ราย ที่พบว่าไม่สามารถควบคุมตนเองได้เพราะเพื่อนสนิทชวนไม่สามารถนำทักษะการปฏิเสธไปใช้ได้จริง โดยผู้ป่วยติดสุรารายนี้เสนอแนะว่าในช่วงแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้นควรตั้งกิจกรรมที่ต้องเจอเพื่อนเก่าหากไม่มั่นใจว่าจะสามารถทนต่อการคะยั้นคะยอให้ดื่มได้ ทั้งนี้ระหว่างดำเนินกิจกรรมได้ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมความรู้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันวางแผนและคิดแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพิ่มเติมเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ และเน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถควบคุมตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายที่วางไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suktrakul (2011) ที่กล่าวถึงการติดตามทบทวนทักษะให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องสามารถลดการดื่มสุราได้

จากคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้จากการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slattery et al (2003) พบว่าการฝึกการควบคุมตนเองส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา จากการศึกษาของ Carey et al.(1990) พบว่าการที่จะบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ซึ่งจำเป็นจะต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดา ธีระเชื้อและคณะ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราได้ Hester and Delaney (1997) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองให้ผู้ป่วยติดสุราเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ Copello et al. (2005) พบว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น และช่วยส่งเสริมในขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ(2550) พบว่าครอบครัวมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานออกไปและสามารถเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

- 1.ด้านปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน การนัดหมายกับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลควรนัดหมายโดยยึดความพร้อมและตามความยินยอมของครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นหลัก
2. ด้านการศึกษา ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยติดสุราเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดสุราได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม

3. การนำโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสารสนเทศ และความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกการควบคุมพฤติกรรมตนเองมาก่อน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้ป่วยติดสุราอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความสามารถในการควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งเป็นแบบประเมินเพื่อค้นหาปัญหาจากการดื่มสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ดังนั้นควรมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน เช่น การประเมินจำนวนวันที่ดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก วันที่หยุดดื่มสุรา เป็นต้น

2. ควรมีการขยายผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ในผู้ป่วยติดสารเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้า

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กงจักร สอนลา. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกลอยๆ แอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง
- กรมสุขภาพจิต สาธารณสุขภาพจิต. (2552). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสาธารณสุข. (2550). สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวกระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญาดา จีนประชา. (2550). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทศพล กองเงิน. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการรับความรู้สึกและความเครียดของผู้ติดสุราที่กลับมาเสพยาบ้าโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา คงสมบัติ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพยาบ้าของผู้ป่วยสุราใน

**สถาบันธัญญารักษ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสุขศึกษา  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนต์ไอ  
อินเตอร์ มีเดีย.

บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ. (2550). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โชดา  
สตูดิโอ ศรีเอชเอ็น แอนด์ พลับลิชซิ่ง.

บัณฑิตา ธีระเชื้อ, พรรษา เศรษฐบุปผา และสิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์. (2550). ผลของโปรแกรมการ  
ควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา. *พยาบาลสาร*. 35(3): 142-153.

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา  
AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ.** ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2. เชียงใหม่:  
ทานตะวันเปเปอร์.

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ.(2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มี  
โรคจิตเวชร่วม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. (2555). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการ  
ดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พงษ์รัชต์ วิวังสุ. (2555). **การพัฒนาแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับการ  
การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. 2554. **ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การ  
เสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและ  
พฤติกรรมการเสพสุราในผู้เสพติดสุรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น  
สำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2554). **Module-A-โปรแกรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา  
ในระบบสุขภาพ.** แผนงานพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการ  
บริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ :วนิดาการพิมพ์.

พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2554). บททบทวนวิชาการเรื่อง  
ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติให้บริการผู้ที่มีปัญหา  
สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่ :

ไอแอมออกเอนเซอร์แอนแอตต์เวอร์ไทซิง

พิชัย แสงชาญชัย. (2552). จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา: แผนงานการพัฒนากระบวนการแบบบูรณาการและ

วิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(ผรส.) เชียงใหม่:

วนิดาการพิมพ์.

พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์การติด

สารเสพติด. เอกสารเผยแพร่สำนักงาน ป.ป.ส.

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา: ชวนเมืองการพิมพ์.

พิทักษ์ สุริยะใจและคณะ. (2550). การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา. ศูนย์บำบัด

รักษายาเสพติดเชียงใหม่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2553). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวดี โตท่าโรง. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. **วารสาร**

**พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร** 2(2): 45-61.

มะลิ แสงผล. (2556). **ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์**

**ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดด้วยยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:หลักการและระเบียบการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. UNIVERSITY

สดุดี น้อยภรณ์. (2552). **ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา**

**ในผู้ป่วยติดสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

สมศรี ไชยการมณ. (2550). **ลักษณะการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมต่อความสำเร็จในการ**

**เลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี อัครรงค์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา:**



- แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบ  
บูรณาการ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ  
แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา.  
**วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 19 (1): 29-41.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร  
พ.ศ. 2554.** กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2552). **คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavior  
Therapy).** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 4  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, วิมาลา เจริญชัย และจุรีรัตน์ สุธีร์. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบ  
เสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับประยุกต์ใช้หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธต่อความพร้อมในการ  
เปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา. กรมสุขภาพจิต.
- อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา  
จากศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 6  
กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์
- อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). **การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวไทย.** สงขลา: บริษัทลิมบราเดอร์  
การพิมพ์.
- ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่. (2553). ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว  
ในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2554). ยุทธศาสตร์โลกในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย  
ไทยปี 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด.

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (5<sup>th</sup> ed.). [Text revision]. **Washington, DC** : Author.
- Brunswig, Kirk A., Sbraga, Tamara Penix., & Harris, Cathi D. (2003). Cognitive Behavior **Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice.** USA.: 321-328.
- Carey, M.P., Carey, K. B., Carnrike, C.L. Jr, Meisler, A.W. (1990). Learned resourcefulness, drinking, and smoking in young adults. **The Journal of Psychology.** 124 (4): 391-395
- Chan, J. G. (2003). An Examination of Family-Involvement Approaches to Alcoholism Treatment. **The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Family.** 11(2): 129-138
- Copello, A.G.,Velleman, R.D.,Templeton, L.J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. **Drug Alcohol Rev.** 24: 369-385.
- Friedman, M. 2003. Family Nursing: Theory and Practice 5<sup>th</sup> Ed., Stamford. CT: Appleton & Lange.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., Henry, D., Leventhal, A., Schoeny, M., Lutovsky, Kelly and Quintana, E. (2002). Predictors of participation in a family focused preventive-intervention for substance use. **Psychology of Addictive Behaviors.** 16, S55-S64.
- Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1997). Behavioral Self-Control Program for Windows: results of a controlled clinical trial. **Journal of consulting and clinical psychology,** 65(4), 686.
- Hester, R.K. (2003). Behavioral Self-control training. In Hester, R.K. and Miller, W.R. (eds), **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives.** pp. 152-164. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Hull, J. G., & Slone, L. B. (2004). Alcohol and self-regulation. **Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.** 466-491.
- Kazdin, A.E. (2000). Behavior Modification in Applied Setting. 6<sup>th</sup> ed. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

- Kennett, D. J., Worth, N. C., Forbes, C. A. (2009). The contribution of Rosenbaum's model of self-control and the transtheoretical model to the understanding of exercise behavior. **Psychology of Sport and Exercise**. 10, 602-608.
- Kennett, D.J., Morris, E., Bangs, A.M. 2006. Learned resourcefulness and smoking cessation revisited. **Patient Education and Counseling**. 60 (2): 206-211.
- Koerkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W., & Neu, B. (2002). Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken" (AkT). **Suchttherapie**, 3, 112-116.
- Lawson, G., Peterson, J.S., & Lawson, A.L. (1983). Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention. Rockville, MD: Aspen Systems Corporation.
- Mahoney, M. J., & Thoresen, C. E. (1974). **Behavioral self-control**. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Nattala, P., Leung, K.S., Nagarajaiah, Murthy, P. (2010). Family member involvement in relapse prevention improves alcohol dependence outcomes: a prospective study at an addiction treatment facility in India. **J. Stud. Alcohol Drugs**. 71: 581-587.
- Prapa Yuttatri. (2001). **The effects of the application of a relapse prevention program on self-control and remission from methamphetamine dependence among teenagers**. Doctor's Thesis in Nursing Science, Mahidol University, Bangkok.
- Panitrat, R. (2001). **The relationships among dysfunctional attitudes, learned resourcefulness, and amphetamine use in Thai adolescents**. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Ohio.
- Piquero, A.R., Gibson, C.L., & Tibbetts, S.G. (2002). Does self-control account for the relationship between binge drinking and alcohol-related behaviors. **Criminal Behavior and Mental Health**. 12 (2):135-154.
- Pokhrel, P., Sussman, S., Rohrbach, L. A., & Sun, P. (2007). Prospective associations of social self-control with drug use among youth from regular and alternative high schools. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, 2(22): 1-8.

- Polit, D.F., & Hungler, E.P. (1999). *Nursing research principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ronen, T. and Rosenbaum, M. (2010). Developing Learned Resourcefulness in Adolescents to Help Them Reduce Their Aggressive Behavior: Preliminary Findings. **Research on Social Work Practice**. 20(4): 410-426
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors, preliminary finding. **Behavior Therapy**. 11:109-121.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: on coping skill, Self-control, and adaptive behavior*: New York, Springer Publishing Company.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholic and problem drinker. **Psychological Bulletin**. 113: 129-139.
- Sirapat Sotthiyapai. (2002). **Effects of group self-control skills training on self-control behaviors in juvenile delinquents with amphetamine use**. Master's Thesis in Nursing Science, Mahidol University, Bangkok.
- Suktrakul, S., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. 2011. Effectiveness of alcohol craving control program on alcohol consumption in persons with alcohol dependence. **Chula Medical Journal**. 55(3): 233-251.
- Sussman, S., McCuller, W. J., & Dent, C. W. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high risk youth. **Addictive Behavior**. 28(6): 1159-1166.
- Wills Thomas A., Resko Jody A., Ainette Michael G., Mendoza Don. Role of Parent Support and Peer Support in Adolescent Substance Use: A Test of Mediated Effects. **Psychology of Addictive Behaviors**. 2004; 19:122–34.
- Zauszniewski, J.A. (1995). Theoretical and empirical considerations of resourcefulness. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. 27 (3): 177-180



ภาคผนวก

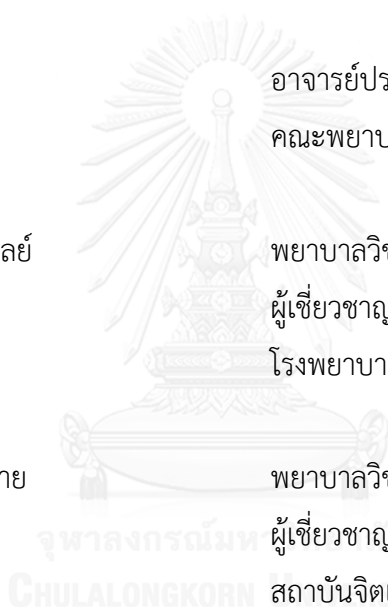
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. พญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธโรเรือง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. อาจารย์ ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ เกษร สายธนู	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา







หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เสพติดสุรา (Informed Consent)  
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ  
พฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา

วันที่ลงนาม .....เดือน.....พ.ศ.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ดูแลผู้เสพติดสุรา (Informed Consent)  
 ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ  
 พฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา

วันที่ลงนาม .....เดือน.....พ.ศ.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้เสพติดสุรา

(Research Subject Information Sheet )

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้วิจัยหลัก นายจิตภัณฑ์ กมลรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

ชื่อผู้ร่วมวิจัย: อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและ ข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครใน โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

### โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา เป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ซึ่งรวมถึงระยะเวลา สถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่ม และความถี่ของการดื่ม ตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในระดับที่มากขึ้นและพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ติดสุรามีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว การที่จะบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุรา จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อในการเลือกตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่เป็นผลดีของตนเองและผู้อื่นได้ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจที่จะดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ตอบสนองต่อพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น จะช่วยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุรา **วัตถุประสงค์** ของการวิจัยครั้งนี้คือ 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### **มีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

ทำการวิจัยหรือเก็บข้อมูลที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 80 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน และผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยติดสุราจำนวน 20 คน และผู้ดูแลจำนวน 20 คน ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว

#### **ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก
2. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน คือมีพฤติกรรมกรรมการตีมีแบบติดสุรา
3. มีคะแนนอาการถอนพิษสุรา 1-4 คะแนน คือพบอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวอกวามสับสน มีความคิดอยากตาย และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

### ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่

ท่านจะได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจาก แนวคิดการควบคุมตนเอง และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการระหว่างที่ท่านได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อท่านได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยใช้สถานที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านจะได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ และแบบวัดการควบคุมตนเอง จำนวน 36 ข้อ โดยในขณะที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ท่านเพื่อคอยตอบข้อสงสัย กรณีที่ท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมินหรือไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบประเมินให้ฟังและอธิบายจนท่านเข้าใจโดยเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะดำเนินการในห้องที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด ชั้น 2 และห้องกลุ่มบำบัดของกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. ท่านจะได้รับการจับคู่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดย

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการระหว่างที่ท่านได้รับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวการตั้งเป้าหมายเล็กคืบ กิจกรรมที่ 2 สิ่งที่คุณเป็น กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน กิจกรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหาหน้าพาสุข กิจกรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น กิจกรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อท่านได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี กิจกรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยใช้สถานที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และมีการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย และการรักษาด้วยยา โดยผู้ติดสุราจะได้รับยาในกลุ่มคลายกังวล และกลุ่มต้านอาการซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา นอกจากนั้นแล้วยังได้รับยากลับเสริมวิตามิน ยาบำรุงตับ และสารน้ำต่างๆ หลังจากพ้นภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ติดสุราได้รับกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยยาเสพติด การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย โดยมีพยาบาลประจำตึกเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือนัดท่านเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 8 และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการแล้ว หากท่านมีความประสงค์ที่จะขอเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยจะแจกคู่มือและสอนโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดหรือเลิกพฤติกรรม การดื่มสุราให้กับท่านและผู้ดูแลท่านตามความสมัครใจ

**ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติทดลองใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว จำนวน 8 กิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1

เป็นการดำเนินการระหว่างที่ท่านได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อท่าน ได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ แล้วใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวนทั้งสิ้น 57 ข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่าน ผู้วิจัยจะควบคุมอย่างใกล้ชิดและในขณะดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดให้มีพยาบาลประจำตึกคอยดูแลกลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระตือรือร้นทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล มีความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรง จะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ขณะดำเนินการท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา การบำบัดตามโปรแกรมการควบคุมตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราจากผู้วิจัย และได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา และการรักษาด้วยยา และสารน้ำต่างๆ การบำบัดด้านจิตสังคม กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย นอกจากนี้ผลการวิจัยจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำให้กลับบุคลากรทางสุขภาพจิต และเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมตนเองของผู้ติดสุราในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### **ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

#### **ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)**

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าผ้ามูลค่า 40 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

#### **หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

### **หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นายจิตภันท์ กมลรัตน์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 088-5819265 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

### **หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร**

นายจิตภันท์ กมลรัตน์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 088-5819265

### **หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้**

ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์ 094-2672502 หรือ 045-352500 ต่อ 61-597,61-599

### **ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### **ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีการสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่านและจะไม่มีผลเสียใดๆ แต่หากผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยมีอาการทางจิต



กำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวุ่นสับสน หรือมีความคิดอยากตาย อาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยได้

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นายจิตภันท์ กมลรัตน์)



## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแลผู้ติดสุรา

(Research Subject Information Sheet )

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้วิจัยหลัก นายจิตภัณฑ์ กมลรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

ชื่อผู้ร่วมวิจัย: อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและ ข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครใน โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

### โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา เป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ซึ่งรวมถึงระยะเวลา สถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่ม และความถี่ของการดื่ม ตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในระดับที่มากขึ้นและพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ติดสุรามีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว การที่จะบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุรา จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อในการเลือกตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่เป็นผลดีของตนเองและผู้อื่นได้ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจที่จะดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ตอบสนองต่อพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น จะช่วยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุรา **วัตถุประสงค์** ของการวิจัยครั้งนี้คือ 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### **มีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

ทำการวิจัยหรือเก็บข้อมูลที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 80 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน และผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยติดสุราจำนวน 20 คน และผู้ดูแลจำนวน 20 คน

### **ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### **ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้**

มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

### ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านจะได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจาก แนวคิดการควบคุมตนเอง และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแลได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมื่อผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแลได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมจำนวน 2 ครั้ง โดยใช้สถานที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านจะได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจำนวน 34 ข้อ โดยในขณะที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ท่านเพื่อคอยตอบข้อสงสัย กรณีที่ท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมินหรือไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบประเมินให้ฟังและอธิบายจนท่านเข้าใจโดยเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะดำเนินการในห้องที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. ท่านจะได้รับการจับคู่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะจับฉลากที่ละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดย

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยติดสุราที่ท่านดูแลได้รับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การ

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวการตั้งเป้าหมายเล็กคืบ กิจกรรรมที่ 2 สิ่งทีฉันเป็น กิจกรรรมที่ 3 ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน กิจกรรรมที่ 4 ร่วมใจแก้ปัญหา นำพาสุข กิจกรรรมที่ 5 ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น กิจกรรรมที่ 6 รู้เท่าทันอารมณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการเมือท่านได้รับการจำหน่าย กลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 7 ปฏิเสธอย่างไรดี กิจกรรรมที่ 8 การประเมินติดตามผลและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และมีการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ใช้สถานที่ในหึ่งที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ ในกลุ่ม งานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีการติดตามผลเพื่อประเมิน พฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแล หลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินวินิจฉัยทาง สังคม การเข้าร่วมกลุ่มสุศึกษาและให้ความรู้ในเรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการ ให้คำปรึกษาครอบครัวตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย โดยมีพยาบาลประจำตึกเป็น ผู้รับผิดชอบ เมือครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือนัดท่านเพื่อประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา ตามแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 8 และเมือ เสร็จสิ้นกระบวนการแล้ว หากท่านมีความประสงค์ที่จะขอเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยจะ แจกคู่มือและสอนโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดหรือเลิก พฤติกรรม การดื่มสุราให้กับท่านและผู้ป่วยติดสุราที่ท่านดูแลตามความสมัครใจ

#### **ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และ วิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติที่ตถการใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและ คุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว จำนวน 8 กิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแล ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินการเมือผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแลได้รับการ จำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ด้วยการนัดหมายท่านมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ แล้วใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวน ทั้งสิ้น 46 ข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่าน ผู้วิจัยจะควบคุม อย่างใกล้ชิดและในขณะที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดให้มีพยาบาลประจำตึกคอยดูแลกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับผู้วิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือน

ทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล มีความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านตามอาการเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมรายละเอียดอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ขณะดำเนินการท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ท่านจะได้รับการประเมินตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย การบำบัดตามโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราจากผู้วิจัย และจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินวินิจฉัยทางสังคม การเข้าร่วมกลุ่มสุขศึกษาและให้ความรู้ในเรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัวตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย นอกจากนี้ผลการวิจัยจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำให้กลับบุคคลากรทางสุขภาพจิต และเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมตนเองของผู้ติดสุราในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

**ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)**

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าผ้ามูลค่า 40 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

**หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

ผู้ป่วยติดสุราซึ่งท่านเป็นผู้ดูแลจะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

**หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นายจิตภัณท์ กมลรัตน์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 088-5819265 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

นายจิตภักดิ์ กมลรัตน์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่  
อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ)  
088-5819265

### หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้

ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประธานคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาล  
พระศรีมหาโพธิ์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์ 094-2672502 หรือ  
045-352500 ต่อ 61-597,61-599

### ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล  
ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อ  
นามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัย  
เท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็น  
ความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์  
ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดย  
แยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้  
เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิ  
ประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ  
ในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผล  
ส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้  
โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผล หากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อ  
การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยติดยาซึ่งท่านเป็นผู้ดูแล และจะไม่มีผลเสียใดๆ แต่หากผู้เข้าร่วมใน  
โครงการวิจัยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และไม่สามารถ  
เข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม อาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยได้

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นายจิตภักดิ์ กมลรัตน์)





โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา  
ในผู้ติดสุรา

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นายจิตกัณฑ์ กมลรัตน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา

จากกรพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม ..... 

(นายแพทย์ธณินทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

๒๓ / ธันวาคม / ๒๕๕๘



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องสี่เหลี่ยมและเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น(ป.1-ป.4)
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น(ป.5-ป.6)	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3)
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6)	<input type="checkbox"/> ปวช./ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
4. ท่านประกอบอาชีพใดเป็นหลัก
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
<input type="checkbox"/> 1,000-5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001-15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,001 - 25,000 บาท
<input type="checkbox"/> มากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาที่ดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....ปี

7. ความถี่ในการดื่มน้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน | <input type="checkbox"/> 1-5 วันต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 1-3 ครั้งต่อเดือน        | <input type="checkbox"/> 6-7 วันต่อสัปดาห์ |
8. ปริมาณการดื่มน้ำในแต่ละครั้ง.....
9. จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มน้ำ.....ครั้ง(รวมครั้งนี้)
10. บุคคลในครอบครัวที่ดื่มน้ำ  ไม่มี  มี (โปรดระบุ).....
11. การใช้สารเสพติดอื่นๆ.....
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ)..... |
|--------------------------------|---|

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องสี่เหลี่ยมและเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร
- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่               | <input type="checkbox"/> พี่  | <input type="checkbox"/> น้อง |
| <input type="checkbox"/> สามเณร/ภรรยา          | <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> ญาติ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |                               |                               |
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ         | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น(ป.1-ป.4) |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น(ป.5-ป.6)  | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3) |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6) | <input type="checkbox"/> ปวช./ปวส./อนุปริญญา       |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี                  | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี          |
5. ท่านประกอบอาชีพใดเป็นหลัก
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร               | <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป         |
| <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |  |

6. รายได้ของครอบครัว (ทั้งรายได้หลักและรายได้เสริม) ต่อเดือน.....บาท/เดือน

- ต่ำกว่า 5,000 บาท  
 5,000 - 10,000 บาท  
 10,001 - 15,000 บาท  
 15,001 - 20,000 บาท  
 20,001 - 25,000 บาท  
 มากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป

7. รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- ไม่เพียงพอ       เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ       เพียงพอและเหลือเก็บ

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันมีทั้งหมด.....คน (เมื่อรวมตัวท่าน) 9.

นอกจากผู้ป่วยแล้วยังมีสมาชิกในครอบครัวที่ติ่มสุราเป็นประจำหรือไม่

- ไม่มี       มี(ระบุ).....

10. ระยะเวลาการติ่มสุราของผู้ป่วย นาน.....ปี

11. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการติ่มสุรา นาน.....ปี

12. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการติ่มสุรา.....ครั้ง (รวมทั้งครั้งนี้)



## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการติ่มสุรา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการติ่มสุราของท่าน

(ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา) คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณติ่มสุราบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
<b>2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว</b> - เวลาที่คุณติ่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณติ่มประมาณเท่าไรต่อวัน <b>หรือ</b> - ถ้าโดยทั่วไปติ่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไยเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ติ่มประมาณเท่าไรต่อวัน <b>หรือ</b>	1-2 ตีมมาตรฐาน	3-4 ตีมมาตรฐาน	5-6 ตีมมาตรฐาน	7-9 ตีมมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ตีมมาตรฐานขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปติ่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไยเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ติ่มประมาณเท่าไรต่อวัน <b>หรือ</b>	1-1.5 กระจบอง/ ½-¾ ขวด	2-3 กระจบอง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระจบอง/ 2 ขวด	4.5-7 กระจบอง/ 3-4 ขวด	7 กระจบอง/4 ขวดขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปติ่มเหล้า เช่น แมโจซ หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ติ่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณติ่มเบียร์ 4 กระจบอง ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊ก ขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุด ติ่มได้ หากคุณสามารถเริ่มติ่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจเนื่องจากคุณได้ทำอะไรบางอย่างบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่า คุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มสุราของคุณ	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

### ตัวอย่าง แบบวัดการควบคุมตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบวัดความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไปซึ่งประกอบ ด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ผู้วิจัยต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่มีต่อคำถามในแต่ละข้อเท่านั้น

ข้อคำถาม	6	5	4	3	2	1
	ตรงกับ ความเป็น ฉัน มากที่สุด	ตรงกับ ความเป็น ฉัน มาก	ตรงกับ ความเป็น ฉันปาน กลาง	ตรงกับ ความเป็น ฉันค่อนข้าง น้อย	ตรงกับ ความเป็น ฉัน น้อย	ตรงกับ ความเป็น ฉันน้อย ที่สุด
1. เมื่อฉันต้องทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะคิดถึงผลที่จะได้รับหลังทำสิ่งนั้นสำเร็จลง						
2. เมื่อฉันต้องทำงานที่ทำให้รู้สึกกังวล ฉันจะพยายามหาวิธีการจัดการกับความกังวลในระหว่างทำงานนั้นให้ได้						
3. เพียงแต่ฉันเปลี่ยนความคิด ฉันก็สามารถเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่างๆได้						
4.....						
5. ....						
6.....						
7.....						
8.....						
36.....						



### ตัวอย่าง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง ในแต่ละข้อคำถาม ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อและตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้งหรือน้อยมาก

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับของการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
<u>ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง</u>					
1. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่อง					
2. ท่านได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย					
3. ท่านให้ความสนใจและให้การช่วยเหลือ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือจิตใจ					
4. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอหรือวันละ 6-8 ชั่วโมง					
5. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
6. ท่านสนับสนุนหรือพาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดตามนัด					
<u>ด้านการจัดการกับสภาวะความเสี่ยงสูง</u>					
7.....					
8.....					
34.....					

## ตัวอย่างคู่มือ

โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วม  
ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

โดย: นายจิตกัณฑ์ กมลรัตน์

อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

### ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

#### สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การกำกับตนเอง (Self-monitoring)

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา

**สถานที่** ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ชั้น 2 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว

**ระยะเวลา** 90 นาที

**รูปแบบ** ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวนั่งติดกันเป็นรายครอบครัวเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวในกลุ่ม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคติดสุรา

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมได้
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีการสร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการทำกลุ่ม
3. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวบอกแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสุราได้

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มเป็นกับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้อให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ประกอบด้วยการกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เข้าใจตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ และประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา การ

ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อ ทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ครอบครัวในประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ผ่านมา ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเด็นปัญหาที่พบ ในการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดความขัดแย้ง และมีเป้าหมายร่วมกัน เพิ่มความร่วมมือและสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ติดเชื้อ และเป็นการพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ(Friedman, 2003) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการเลิกสูบบุหรี่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ

**กิจกรรม** ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ( ใช้เวลา 10 นาที )

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัว โดยผู้วิจัย “สนทนาพูดคุยแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม” ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรกันบ้างครับ” “การเดินทางมาสะดวกหรือไม่ครับ” ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับสมาชิกทุกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 8 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยในกิจกรรมที่ 7 และ 8 จะดำเนินกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ด้วยการนัดหมายมาเข้าร่วมกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยใน และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัวแต่ละคนแนะนำตนเอง พร้อมติดป้ายชื่อที่เตรียมไว้ให้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน สามารถซักถามข้อมูลซึ่งกันและกันเพิ่มเติมได้

ระยะดำเนินการ ( ใช้เวลา 50 นาที )

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัวเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ผลกระทบที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นและผู้วิจัยสรุปประเด็น
5. ผู้วิจัยโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่ครับว่าโรคติดเชื้อ คืออะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร และเมื่อป่วยเป็นโรคติดเชื้อแล้วเราจะมีวิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่าง

โร” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามอย่างคร่าวๆ พร้อมกันในกลุ่มก่อน จากนั้นผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา และกลุ่มครอบครัว ร่วมกันทำ**ใบกิจกรรมที่ 1.1 รู้เขารู้เราเรื่องสุรา** แล้วให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ให้เวลา 10 นาที

6. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมตาม**ใบความรู้ที่ 1.1 ความรู้เรื่องโรคติดสุรา** เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นจากเดิม โดยเน้นย้ำให้ความรู้ที่ถูกต้องกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประเด็นข้อสงสัย

7. ผู้วิจัยแจ้งผลคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT ของผู้ป่วยและอธิบายกลุ่มเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินปัญหาตามกลุ่มคะแนนความเสี่ยง

8. ผู้วิจัยสอบถามประเมินความรู้ความเข้าใจสมาชิกเรื่องโรคติดสุรา และให้สมาชิกสอบถามประเด็นข้อสงสัยเพิ่มเติม แล้วกล่าวสรุปเนื้อหาจากใบความรู้อีกครั้ง แล้วแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 ครอบครัว ให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวทบทวนถึงผลกระทบจากสุราก่อนมารักษาในครั้งนี้ ใน**ใบกิจกรรมที่ 1.2 ผลกระทบจากสุรา** แล้วนำเสนอกลุ่มใหญ่ ให้เวลา 10 นาที โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกประเด็น

9. จากนั้นผู้วิจัยสอบถามสมาชิกผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งนี้ มีเป้าหมายอย่างไร โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในภาพรวมอย่างคร่าวๆ

10. ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจสมาชิกที่มีเป้าหมายการมารักษาครั้งนี้ โดยเน้นความสำคัญของการตั้งเป้าหมาย เช่น การตั้งเป้าหมายว่างดและเลิกสุราเพื่ออะไรหรือเพื่อใคร บางคนเลิกเพื่อสุขภาพตัวเอง บางคนเลิกเพื่อครอบครัว แล้วให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวร่วมกันทำ**ใบกิจกรรมที่ 1.3 เป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา** โดยให้ทำเป็นรายครอบครัว แล้วนำเสนอกลุ่มใหญ่ ให้เวลา 10 นาที

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ( ใช้เวลา 20 นาที )

11. ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอเป้าหมายการดื่มสุราของตน พร้อมทั้งชื่นชมและให้กำลังใจเสริมแรง ให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ แล้วสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันนี้ และสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมอีกครั้ง และเน้นย้ำเป้าหมายการเลิกดื่มสุราที่สมาชิกผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวตั้งไว้ และแจ้งเวลานัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

### **สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 “รู้เขารู้เราเรื่องสุรา”
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 “ผลกระทบจากสุรา”
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 “เป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา”

5. ใบความรู้ที่ 1.1 “ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ”
6. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา
7. ผลคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่างๆ บรรยายภาคในการทำกิจกรรมผ่อนคลาย ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และสามารถบอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรมได้
2. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นประสบการณ์เกี่ยวกับโรคติดสุรา สาเหตุ ผลกระทบ การรักษา รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดสุราได้
3. ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวบอกถึงเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราและอธิบายแนวทางในการเลิกดื่มสุราที่เหมาะสมกับตนเองได้



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายจิตภัณฑ์ กมลรัตน์ เกิดวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 25526 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม ปีการศึกษา 2549 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

