

ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ
ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า
และพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยา

เรืออากาศเอกหญิงพัชชราวลัย กนกจรรยา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

THE EFFECTS OF BRIEF INTERVENTION PROGRAM USING INTEGRATED
MOTIVATIONAL INTERVIEWING AND COGNITIVE BEHAVIORAL RESTRUCTURING
ON DEPRESSION AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE

Flt.It. Patcharawalai Kanokjanya

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program
in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

พีชชราวัลย์ กนกจรรยา : ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยา (THE EFFECTS OF BRIEF INTERVENTION PROGRAM USING INTEGRATED MOTIVATIONAL INTERVIEWING AND COGNITIVE BEHAVIORAL RESTRUCTURING ON DEPRESSION AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 179 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT) 4) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ 5) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES - 8A) แบบประเมินทั้ง 4 ชุดมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .71, .94 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2554.....ปลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5177579336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : BRIEF INTERVENTION /DEPRESSION /ALCOHOLCONSUMPTION /
ALCOHOL DEPENDENCE PATIENT

PATCHARAWALAI KANOKJANYA : THE EFFECTS OF BRIEF INTERVENTION
PROGRAM USING INTEGRATED MOTIVATIONAL INTERVIEWING AND
COGNITIVE BEHAVIORAL RESTRUCTURING ON DEPRESSION AND ALCOHOL
CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE. THESIS ADVISOR:
ASST.PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 179pp.

The purpose of this quasi – experimental research were to study the effect of brief intervention program using integrated motivational interviewing and cognitive behavioral restructuring on depression and alcohol consumption among alcohol dependence. The sample were 36 alcohol dependence patients recruited from out-patient department, Thanyarak Institute. The samples were matched-pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 18 in each group. The experimental group received brief intervention program developed by the researcher. The control group received regular caring activity. The research instruments consisted of: 1) Brief intervention program, 2) Beck depressive inventory scale, 3) Alcohol Use Disorder Identification Test 4) Automatic Thought Questionare and 5) The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts. Chronbach’s alpha coefficient reliability of four latter instruments were .81, .71, .94 and .88 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follow:

- 1) The depression and alcohol consumption among alcohol dependence after participating in program was significantly lower than that before ($p < .05$).
- 2) The depression and alcohol consumption among alcohol dependence after participated in program was lower than those who participated in the regular caring activities ($p < .05$).

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing

Student’s Signature

Academic Year :2011.....

Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็นและเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคุณอาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่กรุณามอบทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา และขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณามอบทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช เพื่อสนับสนุนวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อวิริยะ นกแก้วที่ล่วงลับไปแล้ว ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณแม่ประเทือง นกแก้ว ซึ่งให้ความเอาใจใส่ห่วงใย และเป็นกำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณคุณรุ่งทรัพย์ และเด็กหญิงสุธิกานต์ กนกจรรยา รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักและเข้าใจ รวมถึงคอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม.....	42
โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุรา.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	110
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก.....	139
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	140
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	142
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	172
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	175
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	177
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	179

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	82
2	คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม.....	95
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	99
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์	100
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุที่เริ่มดื่มสุรา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา การใช้สารเสพติด.....	101
6	ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า ผลคะแนนพฤติกรรมการเสพยา และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	103
7	ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า ผลคะแนนพฤติกรรมการเสพยา และการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	105
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	106
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	108

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ซึ่งมีผู้นิยมดื่มกันอย่างแพร่หลาย ในขณะเดียวกันสุราได้สร้างความสูญเสียให้กับสังคมและผู้เสพทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่าสารเสพติดชนิดอื่น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม แม้ว่าการเสพสุราจะส่งผลกระทบได้หลายด้านแต่การเสพสุราก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของประชากร ตั้งแต่ปี 2539 ถึงปี 2550 พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ดื่มประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.8 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2550 ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือแนวโน้มการดื่มประจำในเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 4.7 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 8 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แนวโน้มของการดื่มสุราที่เพิ่มในประเทศไทย ย่อมส่งผลให้จำนวนของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคจากการดื่มสุราหรือเป็นผู้เสพติดสุราย่อมมีปริมาณที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived in Disabilities _YLD) ของคนไทยซึ่งพบว่าการเสพติด แอลกอฮอล์และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย (alcohol dependence and harmful use) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ในเพศชาย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years _DALYs) ซึ่งเป็นการรวมการสูญเสียก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost _YLL) และการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) เข้าด้วยกันพบว่า ในปีพ.ศ. 2547 การเสพติดแอลกอฮอล์และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย เป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 4 ของจำนวนปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งมีการสูญเสียปีสุขภาพะสูงขึ้นจากอันดับที่ 11 ในปีพ.ศ.2542 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การเสพสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุรา โดยผลกระทบต่อร่างกายพบว่าการเสพสุราทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) สอดคล้องกับรายงานขององค์การ

อนามัยโลก (WHO, 2003) ที่กล่าวว่าปัญหาของการเสพยาสูบร้อยละ 20 – 30 คือโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับแข็ง และโรคลมชัก สำหรับผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์พบว่า ผู้เสพยาสูบจะมีการตัดสินใจบกพร่อง สมมติในการทำงานลดลง ขาดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล เครียด มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 70 (Grater et al., 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา ของปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ (2542) ที่พบว่าผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ติดสุราร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้า รวมทั้งผลการศึกษาของอุบล ก่องแก้ว (2547) ที่ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพยาสูบในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน พบว่าร้อยละ 66.67 ของผู้เสพยาสูบมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาของเอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ที่ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้เสพยาสูบเรื้อรัง พบว่า ผู้เสพยาสูบเรื้อรังมีความซึมเศร้าร้อยละ 90 โดยมีระดับความซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้เสพยาสูบที่มีภาวะซึมเศร่าหากไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ จะก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญหลายด้านตามมา และที่สำคัญที่สุดซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศคือทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Sher (2006) ที่พบว่าผู้เสพยาสูบจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 60 -120 เท่า และผู้ป่วยโรคร่วมสุราและซึมเศร่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงประมาณ 40% (Sher et al , 2005) ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาสูบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและลดปัญหาแทรกซ้อน รวมทั้งผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาสูบ เกิดจากการที่ผู้เสพยาสูบมีความคิดอัตโนมัติด้านลบตามแนวคิดของ Beck (1967) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค ดังนั้น เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะมีผลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง ทำให้หันไปพึ่งสุรา หรือใช้สุราเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าของตนเอง และเมื่อดื่มเป็นประจำจนไม่สามารถหยุดได้จะนำไปสู่การ

เสพติดสุราในที่สุด (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็อมเดอน เนตรแซม (2541) ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ในขณะที่เดียวกันปริมาณสุราที่บริโภคก็ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดประเภทกดประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมอง โดยสุราจะออกฤทธิ์ ทำให้โรโดตินิน (serotonin) หรือนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) มีปริมาณลดลง ทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจึงมีผลทำให้ผู้เสพติดสุรา มีความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Delgado & Moreno, 2002) นอกจากนี้ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ และมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้อง บกพร่องในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

ในปัจจุบันรูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ จำแนกเป็นการรักษาทางร่างกาย ได้แก่การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า อีกรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัดระยะสั้น การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดความคิด และพฤติกรรมบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตที่พบว่าให้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า โดยให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยาต้านเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; DeRubeis et al., 1999) โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่เน้นการแก้ไขรูปแบบความคิดหลักในทางลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) คือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ การบำบัดคือการค้นหา การสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดและการค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา (Beck et al., 1979; Rush & Beck, 2000) เน้นการยอมรับว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ได้ ดังนั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเหมาะสำหรับการนำมาใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า (Butler et al., 2006) ดังเช่น การศึกษาของ กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” พบว่าการบำบัดทางความคิดพและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เสพติดสุรามีพฤติกรรมการเสพสุราอย่างต่อเนื่อง เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองไม่ติดสุรา เพราะไม่ได้ดื่มทุกวัน บางวันไม่ได้ดื่มจนเมา และยังสามารถทำงานได้ทั้งๆ ที่ดื่มสุรา (Fauman, 2002) ทำให้ผู้เสพติดสุราขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา และมักจะมารับบริการด้วยปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุราไม่ใช่จากความตั้งใจในการเลิกเสพสุรา (Kalat, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการรักษาผู้เสพติดสุรา คือความพร้อมและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (จิรวัดน์ มุลศาสตร์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล อารยะพิพัฒน์ (2544) พบว่าความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ และการศึกษาของ กานต์พิชชา แสนนุดดา (2551) ที่พบว่าบุคคลจะเลิกดื่มสุราได้ ต้องมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีวิธีปฏิบัติที่จะเลิกดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายสำคัญที่ทำให้ผู้เสพติดสุราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราได้ จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการการรักษาด้วยตนเอง

การเสริมสร้างแรงจูงใจถือเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุราได้ ดังการศึกษาของสุนทรี ศรีโกสโย (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้เสพติดสุรา ผลการศึกษาพบว่าผู้เสพติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง คือ ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก และเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance) ซึ่งช่วยให้ผู้เสพติดสุราได้สำรวจและแก้ไขความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง (ดรฤณี ภูขาว, 2547) ทั้งนี้วิธีการสร้างแรงจูงใจสามารถกระทำได้โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) การกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราเกิดความขัดแย้งในสิ่งที่ตนกำลังประพฤติ 2) การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลแทนที่จะใช้วิธีบอกหรือแนะนำข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา 3) การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การแสดงความเห็นใจบุคคลโดยใช้ทักษะการฟังแบบสะท้อนความ 5) ความสามารถในการแยกแยะปฏิกิริยาต่อต้าน และ 6) ความสามารถในการจัดการกับปฏิกิริยาต่อต้านนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้เสพติดสุรามีความตั้งใจ

ในการค้นหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติด โดยผ่านกระบวนการดังกล่าวข้างต้น (Miller & Rollnick, 1991)

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการเสพติด ดังการศึกษาของ Barick & Connors (2002) ในผู้ป่วยโรคร่วมสุราและซึมเศร้า ที่พบว่าหากระดับภาวะซึมเศร่าลดลงผู้ป่วยจะมีแนวโน้มการกลับไปเสพติดซ้ำลดลง ดังนั้นการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจึงควรบำบัดเพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร่าควบคู่ไปกับการบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมกรรมการเสพติดไปพร้อมๆ กัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันการบำบัดผู้เสพติดสุราโดยทั่วไปในประเทศไทย เป็นการบำบัดตามอาการเบื้องต้น เช่น การบำบัดด้วยยา การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ส่วนใหญ่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติด ไม่มีการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดรักษาเน้นการบำบัดเฉพาะเรื่องพฤติกรรมกรรมการเสพติด หรือภาวะซึมเศร้าเท่านั้น แม้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) อย่างเดียวจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แต่ประสิทธิภาพในระยะยาวอาจลดลง เนื่องจากการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต้องใช้จำนวนครั้งสูงถึง 10 – 20 ครั้ง (Arkowitz & Westra, 2004) อาจทำให้ผู้รับการบำบัดหมดกำลังใจและถอนตัวก่อนการบำบัดสิ้นสุดลง (Stevens & Craske, 2002) และเนื่องจากภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพติดมีความสัมพันธ์กันทางบวก ดังนั้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวไม่อาจจัดการกับภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ เนื่องจากผู้เสพติดสุราเมื่ออาการดีขึ้นจะหันกลับไปเสพติดอีกทำให้มีโอกาสกลับมาเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร่าร่วมกับการลดพฤติกรรมกรรมการเสพติด ตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการบำบัดแบบสั้น ด้วยการผสมผสานแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1967) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 1991) ใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียง 4 ครั้งแต่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลใจไปเป็นเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจและตามความพร้อมของตนเองไม่ใช่มาจากการบังคับ ถือเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรวมทั้งผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมกรรมการเสพติดลงอย่างมั่นคง (Mckee et al., 2007) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลงได้อย่างยั่งยืนตามมา (Baker et al., 2005)

ในการวินิจฉัยผู้เสพติดสุรานี้ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยตามหลักของ DSM-IV นั่นคือมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมาน โดยผู้เสพติด

สุรามีักแสดงอาการที่พบบ่อยคือ มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ และยังคงดื่มต่อแม้ว่าจะมีผลเสียตามมา ซึ่งการบำบัดผู้เสพติดสุราก็เป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวช กล่าวคือ พยาบาลจิตเวชควรบำบัดดูแลผู้เสพติดตั้งแต่ระดับที่เป็นอันตราย จนถึงระดับติด รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ANA, 2007) โดยบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชไม่เพียงบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเพียงอย่างเดียว แต่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ให้สามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริงและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ปกติสุข มีพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้เสพติดสุรามากที่สุด จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและแก้ไขให้มีผู้เสพติดสุรา มีแนวความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นในการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจึงถือเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อแก้ไขความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ให้ผู้เสพติดสุราสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการบริการในการดูแลผู้เสพติดสุราได้อย่างมีคุณภาพ

คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรารายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้เสพติดสุรามีปัญหาทางจิตที่พบเสมอคือ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Hasin & Grant, 2002) โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะสำคัญคือ มีอัตมโนทัศน์ด้านลบ ตีเดียตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ และมีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับสูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุราเอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม (อุบล ก่องแก้ว, 2547) ดังนั้น จึงต้องบำบัดแก้ไขเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) เชื่อว่า ความซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือบุคคลมีความเครียดต่อสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดการกระตุ้นรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการคือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ซึ่งรูปแบบการคิดหลักในแง่ลบส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการท้อแท้ หดอาลัย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การมองตนเองในทางลบ มองอดีต เห็นแต่ความบกพร่องของตนเองหรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (มานิช หล่อ-ตระกูล และปราโมทย์ สุคินชัย, 2546) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเอ็อมเดียน เนตรแซม (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเกิดจากการที่ผู้เสพติดสุรามีความคิดหลักที่บิดเบือน มองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า ผู้เสพติดสุราแปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินว่าปัจจุบันและอนาคตต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบ มองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ถึงความยากลำบากและความทุกข์ทำให้หันพึ่งสุรา เมื่อดื่มมากขึ้นฤทธิ์ ของสุราจะกดประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการลดลงของซีโรโตนิน หรือนอร์อิพิเนฟริน ส่งผลให้ผู้เสพติดสุรามีความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้ (Delgado & Moreno, 2002) ในขณะที่เดียวกันบุคลิกลักษณะของผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่

มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ และมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม บกพร่องในการแก้ไข ปัญหา ขาดแรงจูงใจ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุร่วมอีกประการหนึ่งที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ เสพติดสุรา (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

สำหรับสาเหตุของพฤติกรรมการเสพยาสุรานั้นเกิดจากการที่ผู้เสพยาสุรายังมีความต้องการ ต่ำสุราอยู่ ทั้งๆ ที่ได้รับผลกระทบหลายๆ ด้านจากการดื่มสุรา ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่ม สุราได้ (Fauman, 2002) ปัญหาที่สำคัญคือผู้เสพยาสุราส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองไม่ติดสุรา ยัง สามารถทำงานได้ทั้งๆ ที่ดื่มสุรา ทำให้ผู้เสพยาสุราขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา (Kalat, 2004) นอกจากนี้หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว ผู้เสพยาสุรามักกลับไปดื่มซ้ำเพราะ ขาดความตั้งใจไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพยาสุราของตนเอง (ดอกรัก พิศาคำ, 2549) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้เสพยาสุราไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาสุราได้ เช่น อาการอยากสุรา เป็นอาการที่ผู้เสพยาสุราไม่สามารถ ทนใจแข็งปฏิเสธการดื่มสุราได้ ขาดความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา รวมทั้งการที่ไม่มี สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้เสพยาสุราไม่มีความหวัง ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เป็นสาเหตุให้ผู้เสพยา ติดสุราไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาสุรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพยาสุรา ดังนั้น การ ช่วยเหลือเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาสุราจึงควรเป็นการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ควบคู่กับการลดพฤติกรรมการเสพยาสุรา ซึ่งการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาสุราตาม แนวคิดและสาเหตุการเกิด ควรเป็นการบำบัดที่เน้นการแก้ไขรูปแบบความคิดหลักในทางลบ ควบคู่กับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาสุราของผู้เสพยาสุรา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจรูปแบบการบำบัดตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งใช้ในผู้ป่วยเสพยา ติดแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าหลังการได้รับการบำบัด ผู้เสพยาติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรม หยุดเสพยาแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่ามี การใช้การสารเสพติดร่วมลดลง เช่น การสูบบุหรี่ เสพยาสุรา โดยโปรแกรมการบำบัดที่ Baker et al. (2005) พัฒนาขึ้นนี้เป็นการผสมผสานแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller, 1995) ร่วมกับ แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1967) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดผสมผสาน แบบสั้นประกอบด้วยการบำบัดทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยการบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการใช้นโยบายการ เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้เสพยาสุราสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลใจ เป็นเกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจและตามความพร้อมของตนเองไม่ใช่มาจากการ

บังคับ ส่วนการบำบัดอีก 3 ครั้งที่เหลือเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งยังคงสอดแทรกเทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้เสพติดสุรา เพื่อให้แรงจูงใจของผู้เสพติดสุรายังคงอยู่ตลอดการบำบัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจรูปแบบการบำบัดตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) มาประยุกต์ใช้ในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสำรวจและจัดการกับความลังเลใจของตน จนเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งค้นพบความคิดทางลบ ความคิดที่บิดเบือนของตนเอง พร้อมทั้งทดสอบความคิดว่าทำให้เกิดผลบอบอย่างไร ช่วยให้ผู้เสพติดสุราพัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม สามารถหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด โดยเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลประกอบด้วยการบำบัด 4 ครั้งๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของผู้เสพติดสุรา โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา และแสดงถึงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุราและภาวะซึมเศร้าของตนเอง ซึ่งเชื่อว่าคำพูดที่ออกมาจากปากผู้รับการบำบัดจะทำให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่น เพราะเป็นคนพูดข้อความจูงใจตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับ (Miller, 1995) ซึ่งการบำบัดในครั้งนี้จะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราเกิดความตั้งใจในการค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสพยาของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยา ซึ่งพบว่าผู้ติดยาที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเองได้ โดยมีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงและมีจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้เสพติดสุราที่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสุรา วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้คือผู้เสพติดสุราสามารถจัดการกับอาการอยากสุราของตนเองได้ และยังคงมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองโดยให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากสุรา และการจัดการกับอาการอยาก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา ความเชื่อมโยงของอาการอยากสุรากับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการกับ

อาการอยากสูราเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่การหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยง ทำกิจกรรมต่างๆทดแทนการดื่มสูรา เช่นปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เล่นกีฬา กล่าวให้กำลังใจตนเองว่าแล้วมันจะผ่านไป หรือบอกกับตนเองว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสูราได้ รวมทั้งใช้เทคนิคการหยุดคิด หยุดให้ความสำคัญกับอาการอยากสูรา เขียนป้ายหรือข้อความเตือนตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้เสพติดสูราสามารถนำไปใช้ในเวลาที่เกิดอาการอยากสูรา รวมถึงสนับสนุนให้ผู้เสพติดสูรากำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสูราด้วยตนเอง สุดท้ายผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวางแผนการจัดการกับความพลั้งเผลอ อาการอยากสูราเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพติดสูราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสูราของตนเองได้ ดังนั้นถ้าผู้เสพติดสูราสามารถจัดการกับอาการอยากซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเสพสูรา จะทำให้ผู้เสพติดสูรารับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสูรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ดังการศึกษาของณัฐธิดา นิมิตรดี (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการคลินิกอดสูรา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการจัดการกับอาการอยากสูราซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นและอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสูรา เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเสพสูราลดลงและมีการปฏิเสธการดื่มสูราอยู่ในระดับสูง

การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหาตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้เสพติดสูราตระหนักถึงความคิดมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้วิจัยอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม อธิบายถึงรูปแบบของความคิด ความคิดที่บิดเบือนที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพสูรา กระตุ้นให้ผู้เสพติดสูราวิเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทำให้ผู้เสพติดสูราตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม (Beck et al., 1979) ตามการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดพฤติกรรมความคิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง

การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพสูราซ้ำและยุติการบำบัด การที่บุคคลสามารถเลิกดื่มสูราได้นั้นจำเป็นต้องมีทักษะการปฏิเสธ สามารถที่จะปฏิเสธตนเองและผู้อื่นด้วยวิธีการต่างๆเช่น ปฏิเสธการชักชวนของเพื่อนอย่างจริงจัง หรือไม่ไปในสถานที่ที่ง่ายต่อการกลับไป

เสพสุราซ้ำ ดังนั้นบุคคลที่จะเลิกดื่มสุราได้นั้นต้องรับรู้วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอารมณ์ ความอยากและมีแนวทางการปฏิเสธการเสพสุราที่เหมาะสม (ณัฐธิดา นิมิตรดี, 2550)

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการผสมผสานกันระหว่าง แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบในการแก้ไขความลังเลใจ ใช้กลยุทธ์การเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราเอาชนะความลังเลใจของตนเอง และยังมีส่วนช่วยให้มองเห็นปัญหาที่เป็นปัจจุบันและปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพสุราในที่สุด (Miller, 1995) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นการบำบัดอย่างมีโครงสร้าง มีเป้าหมายทิศทางของการบำบัดชัดเจน มุ่งแก้ไขสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Beck, 1967) ดังที่ได้กล่าวมา ดังนั้นการบำบัดโดยผสมผสานทั้งสองแนวคิดดังกล่าว จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าร่วมกับลดพฤติกรรมเสพสุราในผู้เสพติดสุรา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพสุราของผู้เสพติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพสุราของผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพสุราของผู้เสพติดสุรา โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ ทั้งชายและหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การบำบัดโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ตามแผนการบำบัดในโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประยุกต์จากการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Ronick (1995) กับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้เป็นความคิดที่เหมาะสมรวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ประกอบด้วยการบำบัดให้กับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการดำเนินกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เสพติดสุรา และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองด้วยความเต็มใจ ซึ่งกิจกรรมในการบำบัดครั้งนี้ประกอบไปด้วยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำวิจัย ประเมินปัญหาโดยการพูดคุย ชักประวัติการดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่ม สาเหตุของการดื่ม รวมทั้งประวัติการรักษาและการเลิกดื่มสุรานั้นให้ผู้เสพติดสุรา ทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของผู้เสพติดสุราเพื่อให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา

ของตน ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมอย่างไร และตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกัน รวมทั้งให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสพสุราของตน

การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสุรา เป็นการให้ผู้เสพติดสุราที่มีทักษะในการจัดการกับอาการอยากสุราของตนเอง โดยให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากสุรา และการจัดการกับอาการอยากสุรา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา แสดงความเชื่อมโยงอาการอยากสุรากับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่การหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยง ทำกิจกรรมต่างๆทดแทนการดื่มสุรา เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เล่นกีฬา กล่าวให้กำลังใจตนเองว่าแล้วมันจะผ่านไป หรือบอกกับตนเองว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราได้ รวมทั้งใช้เทคนิคการหยุดคิด หยุดให้ความสำคัญกับอาการอยากสุรา เขียนไปยหรือข้อความเตือนตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถนำไปใช้ในเวลาที่เกิดอาการอยากสุรา รวมถึงสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุรา กำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราด้วยตนเอง สุดท้ายผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการจัดการกับความพลั้งเผลอ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุรา กำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราด้วยตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหาตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการให้ผู้เสพติดสุราเข้าใจถึงวงจรความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม อธิบายถึงรูปแบบของความคิด ความคิดที่บิดเบือนที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพสุรา กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้เสพติดสุราด้วยกันวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติและมีผลต่อการกลับไปเสพสุราซ้ำ ร่วมกันค้นหาแนวทางและวางแผนในการกำกับความคิดต่อสิ่งกระตุ้น

การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและยุติการบำบัด เป็นการให้ผู้เสพติดสุราที่มีทักษะในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การเสพสุราซ้ำและมีแนวทางในการปฏิเสธการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ โดยผู้วิจัยและผู้เสพติดสุราด้วยกันทบทวนความคิดอัตโนมัติด้านลบอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม การกำกับความคิดต่อสิ่งกระตุ้น เชื่อมโยงความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราค้นหาสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพสุราซ้ำ และฝึกทักษะปฏิเสธ สนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราวางแผนแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำด้วยตนเอง ให้กำลังใจผู้เสพติดสุราในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเสพสุรา สุดท้ายผู้เสพติดสุราให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนความคิดและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพสุรา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุราประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว ความรู้สึกผิด คาดว่าจะถูกลงโทษ ไม่ชอบตนเอง ต่ำหนืดตนเอง ร้องไห้หยุดนิ่ง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แยกตัวออกจากสังคม อาการทางร่างกาย ได้แก่ การไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory ของ Beck (1967)

พฤติกรรมกรรมการเสพสุรา หมายถึง ลักษณะการเสพสุราของผู้เสพติดสุราอันประกอบด้วย ปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่ม จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มจนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorder Identification Test _AUDIT) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเป็นผู้เสพติดสุรา (Alcohol dependence) ซึ่งมีรูปแบบการใช้สุราที่ไม่เหมาะสมในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) โดยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้เสพติดสุราจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตใจ และให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือด ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการขาดสุรา และให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและญาติ รวมถึงการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ หรือเข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา
3. เป็นการพัฒนาศักยภาพความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะบำบัด ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพติดสุราในผู้เสพติดสุรา” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา
 - 1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา
 - 1.2 ปัจจัยของการเสพติดสุรา
 - 1.3 ผลกระทบของการเสพติดสุรา
 - 1.4 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสุรา
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา
 - 1.6 พฤติกรรมการเสพติดสุรา
 - 1.6.1 ความหมายของพฤติกรรมการเสพติดสุรา
 - 1.6.2 การประเมินพฤติกรรมการเสพติดสุรา
 - 1.7 การบำบัดผู้เสพติดสุราแบบผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.2 หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.3 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivation Statement)

- 3.4 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.3 เทคนิคการบำบัดความคิด
 - 4.4 การบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
5. โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดสุรา

1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา

ธรรนินทร์ กองสุข (2547) ให้ความหมายของการติดสุรา (Alcohol dependence) ว่าเป็นการดื่มจนติดแอลกอฮอล์ ซึ่งการติดแอลกอฮอล์จะไม่ใช่เพียงรูปแบบการบริโภคแอลกอฮอล์แบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ และยังคงใช้แอลกอฮอล์ต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ ภาวะที่ผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติโดยทั่วไป โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึง ความต้องการอย่างมากที่จะใช้แอลกอฮอล์ เป็นการเสพติดทางกายที่แสดงถึงอาการขาดแอลกอฮอล์หรือทนต่อฤทธิ์ แอลกอฮอล์ และไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นสารเสพติดทางจิตใจได้ หากมีการหยุดใช้แอลกอฮอล์จะหยุดได้ในระยะเวลาสั้นๆ และจะกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำในเวลาอย่างรวดเร็ว

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2006) ให้ความหมายของการติดสุราคือ ภาวะที่มีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหาที่ชัดเจนหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกายที่มีอาการหรืออาการแสดงที่สัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ได้แก่ ภาวะคือแอลกอฮอล์หรือขาดแอลกอฮอล์ และรูปแบบการควบคุมการใช้แอลกอฮอล์

สมภพ เรืองตระกูล (2545) การติดสุราหมายถึง ภาวะที่ผู้ดื่มสุรามีอาการคือหรืออาการขาดสุรา ซึ่งเกิดภายหลังจากการลดปริมาณการดื่มสุราเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ดื่มปริมาณมากเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหา และการดื่มสุรารวมทั้งดื่มอย่างต่อเนื่อง จนเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ

จากความหมายของการติดสุราข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การติดสุราเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ ทำให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม หากลดการดื่มลงหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราเกิดขึ้น และยังคงดื่มสุราแม้จะรู้ว่ามึผลเสียเกิดขึ้นกับตนเอง

1.2 ปัจจัยของการเสพติดสุรา

การเสพติดสุรา เกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการทั้งปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคล และภายนอกบุคคล ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดสุราสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสพติดสุรา 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic) และเพศ ปัจจัยด้านพันธุกรรมพบว่าผู้เสพติดสุรา มีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีการดื่มสุราอย่างหนัก และเสพติดสุรา คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมี อัตราการเสพติดสุราสูงในคู่แฝด และสูงกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งเสพติดสุราอีก คนมีโอกาสเสพติดสุราได้ถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ใน ผู้เสพติดสุราพบที่มีความผิดปกติของยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีนทู (Dopamine D₂ receptor gene) มีความสัมพันธ์กับการติดสุราเรื้อรัง ผู้เสพติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของ การออกฤทธิ์ ของซีโรโทนิน (serotonergic activity) (สมภพ เรืองตระกูล,2543) จากการศึกษา ปัจจัยทางเพศต่อการเสพติดสุราพบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากกว่า ปัจจัยอื่น (อวิสดา จันทรแสนตอ,2541) โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราและเกิดปัญหาได้ มากกว่าเพศหญิง

1.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural factors) ปัจจัยด้าน สังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน สภาพแวดล้อม ซึ่ง อวิสดา จันทรแสนตอ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี พบว่า ปัจจัยที่ทำให้สตรีเริ่มเสพติดสุราคือ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก นอกจากนี้ กลุ่มเพื่อนถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดื่มสุรา พบว่าในเด็กวัยรุ่นซึ่งดื่มสุราจัดมักมีเพื่อนสนิท เป็นผู้ดื่มสุราจัดเช่นเดียวกัน

1.2.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors) ปัจจัยหลักได้แก่ ระบบจิตใจ บุคลิกภาพ นิสัย ความสามารถในการปรับตัว ทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ เนื่องจากผู้เสพติดสุราส่วนมากมีความรู้สึกกังวลที่อยู่รอบตัว ความเครียด ความรู้สึก ขัดแย้งในใจและกอดความรู้สึกไว้ และใช้สุราเป็นหนทางที่ลดความเครียดจากจิตใต้สำนึก ซึ่ง บุคลิกภาพของผู้เสพติดสุราจะมีลักษณะปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้อื่นมีการพึ่งพาสูง ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกบาป รู้สึกไร้ค่าไม่ได้รับการยอมรับจาก สังคม ทำให้รู้สึกเกลียดตัวเอง ขาดแรงจูงใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและมีอารมณ์เศร้า

(Donald et al., 1996) นอกจากนี้ภาวะซีมเศร้าอาจเป็นสาเหตุเบื้องต้นของการดื่มสุราหรือเป็นสาเหตุของการดื่มสุราจำนวนมากจนเสพติดสุรา

จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 ปัจจัยที่ทำให้เสพติดสุรามีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเสพติดสุรามากที่สุด ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่จะปฏิเสธว่ามีปัญหาจากการดื่มสุรา การหยุดดื่มสุราเป็นเรื่องที่ยากมากและมักล้มเหลวในการรักษาและกลับมาดื่มสุราซ้ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.3 ผลกระทบของการเสพติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสพติดสุราก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตนเอง ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมดังต่อไปนี้

1.3.1 ผลกระทบต่อร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดย สุราจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกายที่สำคัญ คือ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท (บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ, 2534) ผู้เสพติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Nevid et al., 2000) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ในผู้ที่ดื่มจัดเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (Alcoholic Cardiomyopathy) พบว่าการดื่มสุราในระยะยาวจะทำให้นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับทั้งคืน และสำหรับผลต่อสมองและระบบประสาท เมื่อดื่มสุราในปริมาณไม่มากจะทำให้รู้สึกอ่อนคลาย อารมณ์ครื้นเครง เมื่อระดับแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการเมาสุรา เนื่องจากสุราจะออกฤทธิ์ กดการทำงานของสมองทำให้ระบบประสาททรนเร ขาดสติสัมปชัญญะ เสียความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ที่ดื่มสุราจัดมาเป็นเวลานาน ถ้าหากหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา (Withdrawal Symptoms) มีอาการสั่น (Tremor) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว บางรายอาจเป็นลมชัก และถ้าเป็นรุนแรง ประสาทอัตโนมัติไวผิดปกติ มีอาการเพ้อมึนงง เรียกว่า Delirium Tremens ผู้ป่วยจะสับสน มีความผิดปกติของการรับรู้การเข้าใจ มีอาการประสาทหลอน นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้

ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและถ้าไม่ได้รับการรักษามีอัตราการตายร้อยละ 20 (ธวัชชัย กฤษณะ ประภะกรกิจ และพันธศักดิ์ วรรณศวปติ 2536)

1.3.2 ผลกระทบต่อจิตใจ เนื่องจากสุราทำลายเซลล์สมองและระบบประสาทจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วย สุขภาพจิตในแต่ละประเทศเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตของสุรา (เทพินทร์ พัชรานนุรักษ์, 2541) อาการของโรคทางอารมณ์ (Affective disorder) จะพบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Depression) มีรายงานว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดสุราจะมีอาการทางจิตอื่นๆ และร้อยละ 50 จะมีอาการซึมเศร้า (Weissman et al., 1980 cited in Brown, 1995) จากการศึกษาของปริทรรค ศิลปะกิจและคณะ (2541) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา ร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ถือว่าควรจะไปพบแพทย์

1.3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุดที่ได้รับผลกระทบจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้เสพติดสุรา ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากการเสพสุรา จะทำให้เกิดความพร่องทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์และความรู้สึก สมาชิกครอบครัวจะได้รับความเครียดโดยตรงจากพฤติกรรมต่างๆ (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) และเกิดความเครียดอย่างเรื้อรังในครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุตร พบว่าบุตรของผู้เสพติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการติ่มสุรามากกว่าปกติ 4 เท่า รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆด้วย (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2543)

1.3.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ผู้เสพติดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากว่าผู้ที่ติ่มสุราเป็นประจำต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2543) ผลจากการติ่มสุราที่ผิดปกติทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบต่อสังคมและชุมชนจะเห็นได้จากการขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนจากผู้เสพติดสุรา ผู้เสพติดสุราบางรายมักสร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนจากการทะเลาะวิวาท เป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชน รวมทั้งเป็นภาระในการดูแลเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ สังคม โดยประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา ซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักกลับเป็นซ้ำอีก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (นิชนันท์ คำล้าน , 2547)

จะเห็นได้ว่าการเสพสุราส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายจิตใจครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

1.4 ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดยา

การเกิดร่วมกันของโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและโรคทางจิตเวช โดยผู้ป่วยที่มีทั้งโรคติดยาและโรคทางจิตเวช เรียกว่า comorbidity หรือ dual diagnosis ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ติดยาได้แก่ mood disorders (เช่น depression), anxiety disorders, antisocial personality disorders (Lowe & Kranzler, 1999)

สำหรับนิยามของภาวะโรคร่วมนั้นมีการใช้สลับกันระหว่างคำว่า comorbidity กับ dual diagnosis อย่างไรก็ตามทั้งสองคำดังกล่าวยังไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างโรคทางจิตเวชและโรคจากการใช้สารเสพติด Williams & Cohen (2000) กล่าวว่า comorbidity หมายถึง การมีอาการของโรค (symptoms) เกิดขึ้นร่วมกันหรือการมีโรค (disorders) เกิดขึ้นร่วมกัน ในขณะที่ dual diagnosis ใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างสองสภาวะซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหรือเป็นผลตามมา (วัชชัย ลิฬหานาจ, 2549)

Jenner และคณะ ได้นำเสนอแบบจำลองของ Dual diagnosis เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 6 ชนิดดังนี้

ชนิดที่ 1 ผู้ป่วย psychotic spectrum disorders (schizophrenia, bipolar affective disorder, major depression etc.) ที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัย substance dependence

ชนิดที่ 2 ผู้ป่วย non-psychotic spectrum disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัย substance dependence

ชนิดที่ 3 ผู้ป่วย psychotic spectrum disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัย substance abuse

ชนิดที่ 4 ผู้ป่วย non-psychotic spectrum disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัย substance abuse

ชนิดที่ 5 ผู้ป่วย psychotic spectrum disorders ที่มีการเสพยาเสพติดที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ชนิดที่ 6 ผู้ป่วย non-psychotic spectrum disorders ที่มีการเสพยาเสพติดที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

1.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาติดยากับโรคทางจิตเวชร่วม

ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาติดยากับโรคทางจิตเวชเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน การเกิดขึ้นร่วมกันของโรคทั้งสองสามารถเกิดขึ้นได้หลายทางได้แก่

- 1) การเสพสารเสพติดทำให้เกิดโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นร่วมกันเป็น co - incidence
- 2) การเสพสารเสพติดทำให้เกิดโรคทางจิตเวชหรือทำให้โรคทางจิตเวชรุนแรงขึ้น
- 3) โรคทางจิตเวชทำให้เกิดโรคจากการเสพสารเสพติดหรือทำให้โรคจากการเสพสารเสพติดรุนแรงขึ้น
- 4) โรคจากการเสพสารเสพติดและโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น
- 5) การเสพสารเสพติดและอาการถอนสารของสารเสพติดทำให้เกิดอาการคล้ายกับอาการของโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความสัมพันธ์ระหว่างการเสพสารเสพติดกับโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกันออกไป และบางครั้งเป็นเรื่องยากในการวินิจฉัยความสัมพันธ์ดังกล่าวรวมทั้งการดูแลรักษา หากระบุได้ว่าการเสพติดกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ก็จะทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น (ธวัชชัย ลีพิพานาจ, 2549)

โรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อยในผู้เสพติดสุราสรุปได้ดังนี้ (Lowe & Kranzler, 1999)

- 1) Mood disorders / Affective disorders โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ได้แก่ depression, dysthymia, mania พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุรา โดยมีตั้งแต่เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราจนทำให้เกิดปัญหา หรือเป็น mood disorders แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรืออาการของ mood disorders เกิดจากการถอนพิษสุรา หรือเกิดจากฤทธิ์ ของสุรา โดยตรง จากการสำรวจของ Wang & Guebally (2004) พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 30.5 มีปัญหาติดสุรา
- 2) Anxiety disorders โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ได้แก่ generalized anxiety disorders, panic disorders, phobia, obsessive – compulsive disorders, posttraumatic stress disorders จากการศึกษาของ Schneider et al. (2001) พบว่าผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาบำบัดสุรามีภาวะโรควิตกกังวลร่วมร้อยละ 42.3
- 3) Personality disorders ผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพมักพบปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย สาเหตุที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องเช่น ทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความรู้สึกกังวลและซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มี

บุคลิกภาพต่อต้านสังคมจะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงและปริมาณความถี่ของการดื่ม โดยถ้ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีอารมณ์ทางลบสูง (Holdcraft et. al, 1998)

4) Psychotic disorders การดื่มสุราและเสพสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชมักมีการกล่าวถึงน้อย ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการดื่มสุราหรือสารเสพติดที่มีอาการทางจิต

5) Suicidality โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปจะพบบ่อยในผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Borderline และต่อต้านสังคม จากการศึกษาผู้ที่ติดสุราและมีปัญหาความผิดปกติทางบุคลิกภาพร่วมด้วยพบว่า การฆ่าตัวตายมักพบได้บ่อยในผู้เสพติดสุราเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าปัจจัยโน้มเอียงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้เสพติดสุราคือ ความก้าวร้าวหรือแรงขับ และความรุนแรงของการติดสุรา รวมไปถึงผลกระทบด้านลบและความสิ้นหวัง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และเหตุการณ์ชีวิตที่ตึงเครียด จึงถือเป็นปัจจัยเร่งรัดให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Sher, 2006)

จะเห็นได้ว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมที่สำคัญของผู้เสพติดสุราโดยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะทำให้การบำบัดรักษาซับซ้อนมากกว่าการบำบัดรักษาเฉพาะการเสพติดสุราหรือภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545)

1.5 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา

ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรานั้น เป็นการบำบัดที่ต้องดูแลทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้เสพติดสุราเบื้องต้นต้องให้การรักษาโดยการใช้ยาเพื่อลดความไม่สุขสบายจากภาวะถอนพิษสุรา และรักษาแบบประคับประคองตามอาการ หลังจากนั้นต้องมีรูปแบบในการป้องกันการกลับไปเสพติดสุราซ้ำและมีระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เสพติดสุราหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด จนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัยและสุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1.5.1 ขั้นเตรียมการบำบัดรักษา โดยการประเมินผู้ป่วย ดูความพร้อมที่จะรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมรับการรักษา

1.5.2 **ขั้นถอนพิษสุรา** ผู้เสพติดสุราเมื่อหยุดดื่มสุรารายในระยะเวลา 12 – 18 ชั่วโมง จะมีอาการของภาวะขาดสุราเช่น เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ มีอาการประสาทหลอนทางตาหรือทางหู บางรายมีอาการมากถึงขั้นเพื่อและชักได้ การรักษาคือการให้ยาเพื่อถอนพิษสุรา

1.5.3 **ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม** เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราเป็นช่วงที่ต้องฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะนี้จะรักษาด้วยการใช้ยาพร้อมกับการรักษาด้วยจิตบำบัด อาการที่มักพบร่วมด้วยหลังหยุดดื่มสุราคือ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอนไม่หลับ ภาวะวุ่นวาย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้จะค่อยๆหายไป แต่ต้องได้รับการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุของการกลับไปเสพยาซ้ำหรือมีอาการทางจิตตามมา (Barick & Connors, 2002) แนวทางการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม สรุปได้ดังนี้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) อาศัยหลักการให้ผู้เสพติดสุรายอมรับตนเองว่าไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยา ผู้บำบัดต้องเข้าใจและเห็นใจ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเชื่อมั่นในตนเอง ในการควบคุมจิตใจไม่ให้ดื่มสุรา

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการเสพยากับผู้เสพติดสุราและครอบครัว ให้ครอบครัวสนับสนุนและเป็นกำลังใจผลักดันให้ผู้เสพติดสุราหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด

3) การใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเน้นทักษะการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ โดยให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา

4) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นการเปลี่ยนความคิดที่ฝังลึกให้ถูกต้อง คิดแบบมีเหตุผล ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะการเข้าสังคม และสามารถควบคุมตนเองโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหาและความเครียดอย่างเหมาะสม

5) การรักษาความผิดปกติทางจิตเวชที่มักเกิดร่วมด้วย (comorbidity) เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแปรปรวนเป็นต้น (Lowe & Kranzler, 1999) การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การวินิจฉัยและการ

บำบัดรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุม การรักษาจะให้ผลดีต้องบำบัดรักษาทางด้านจิตใจร่วมด้วย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้เสพติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดทักษะในการเผชิญปัญหา มีความคิดด้านบวกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้เสพติดยาหายจากภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

1.5.4 ขั้นการดูแลรักษาหลังฟื้นฟูสภาพ ในระยะนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เพื่อให้ผู้เสพติดยาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วม (comorbidity) เสมอ ซึ่งภาวะโรคร่วมที่มักพบในผู้เสพติดยาส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า

1.6 พฤติกรรมการเสพยา

1.6.1 ความหมายของพฤติกรรมการเสพยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการเสพยาหมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา ซึ่งรวมถึงระยะเวลาและสถานที่ในการเสพยา ลักษณะของการเสพยา บุคคลที่มีส่วนร่วมในการเสพยา ความถี่ของการเสพยาตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้น (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

1.6.2 การประเมินพฤติกรรมการเสพยา

เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดจะมีความแตกต่างของบรรจุภัณฑ์ และปริมาณดีกรีของแอลกอฮอล์ ทำให้ยากที่จะทราบปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นการกำหนด “ดื่มมาตรฐาน” ขึ้น จะช่วยให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รู้ว่า ตนเองได้ดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้วมากน้อยเพียงใด และควรหยุดดื่ม เมื่อร่างกายมีปริมาณ แอลกอฮอล์ถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) คือ หน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยจะบ่งชี้ถึงขนาดของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทั้งนี้จำนวนดื่มมาตรฐานจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ และขนาดของภาชนะที่บรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ สำหรับประเทศไทยใช้มาตรฐานเดียวกันกับประเทศออสเตรเลียคือ 1 ดื่มมาตรฐานจะมีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จำนวน 10 กรัม ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานสามารถทำให้เกิดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ประมาณ

15 – 20 mg% ตัวอย่างของ 1 ดื่มมาตรฐานได้แก่ เบียร์ โดยทั่วไป 1 แก้ว (285 มล.) ไวน์ โดยทั่วไป 1 แก้วเล็ก (100 มล.) เหล้า เช่น แมงไซริง หงส์ทอง จอห์นนี่วอลท์เกอร์ 100 โฟเพอร์ส 30 มล.

การแบ่งกลุ่มผู้ที่เสพสุราตามพฤติกรรมการเสพโดยใช้เกณฑ์ประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) ดังนี้

1) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) ประเมินพฤติกรรมการเสพสุราได้ 0 -7 คะแนน หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินพฤติกรรมการเสพสุราได้ 8 - 15 คะแนน หมายถึงการดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและต่อสังคม โดยมีผลต่อตนเองและต่อผู้อื่นแม้ว่าตัวผู้ดื่มเองจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆสามารถเทียบปริมาณการดื่มคือในผู้หญิงมีการดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานแต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือในผู้ชายมีการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานแต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือมีการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์

3) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) ประเมินพฤติกรรมการเสพสุราได้ 16 - 19 คะแนน หมายถึงการดื่มจนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงานหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งการดื่มลักษณะนี้กำลังเพิ่มมากขึ้น

4) กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) ประเมินพฤติกรรมการเสพสุราได้มากกว่า 20คะแนน หมายถึงรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม (alcohol use disorders) จนทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตลอดจนด้านความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆพร่องไปเช่น การทำงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติดจนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตามซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

1.7 การบำบัดผู้เสพติดสุราแบบผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์

การให้บริการบำบัดผู้เสพติดสุราของสถาบันธัญญารักษ์สามารถให้บริการได้ใน 2 ลักษณะคือ แบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก

1.7.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกแบบของการบำบัดได้แก่

- 1) ความสามารถและความตั้งใจต่อความร่วมมือในการบำบัด
- 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง
- 3) สภาพแวดล้อมทางสังคม (เกื้อหนุนหรือหลีกเลี่ยง)
- 4) ความต้องการการรอบการดูแล การสนับสนุนและการนิเทศติดตามเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สุรา
- 5) ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดเฉพาะสำหรับปัญหาทางกายหรือจิตเวช
- 6) ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดเฉพาะหรือเข้มข้น
- 7) ความพอใจกับการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นพิเศษ

นอกจากนี้การเลือกโปรแกรมบำบัดได้คำนึงถึงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจากการใช้สุรา ความสามารถในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและเป้าหมายการบำบัดที่กำหนดในแผนการบำบัดของผู้เสพติดสุราร่วมด้วย สิ่งสำคัญคือ การคงอยู่ต่อเนื่องกับการบำบัด (Retention) ช่วยเพิ่มความสำเร็จของการบำบัด

1.7.2 ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- 1) มีอาการขาดสุราที่มีความรุนแรงน้อย (ระยะที่ 1 หรือ 2 ที่มี CIWA-Ar ในช่วง 8 – 15 คะแนน)
- 2) สามารถรับประทานยาได้
- 3) มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลใกล้ชิดระหว่างถอนพิษสุรา (ประมาณ 3-5 วัน) และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
- 4) สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้
- 5) ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
- 6) ไม่มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วมด้วยจนอาจมีอาการขาดสารเสพติด เช่น อาการขาดยานอนหลับ
- 7) ไม่มีประวัติอาการ DTs หรือชักมาก่อน
- 8) อายุน้อยกว่า 60 ปี

1.7.3 แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สถาบันธัญญารักษ์มีแนวทางการดูแลรักษาผู้เสพติดยาแบบผู้ป่วยนอกคือ มีการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพจิตให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือดโดยใช้ Breathalyzer และมีการประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS ซึ่งหากพบผู้เสพติดยามีระดับคะแนน CIWA-Ar มากกว่า 15 คะแนนแนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดยาและญาติ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันธัญญารักษ์ รักษาตามอาการเช่น นอนไม่หลับ วิดตกำงวล การติดตามอาการจะติดตามเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และเริ่มจิตสังคมบำบัดเช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือให้เข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช หลังจากนั้นจะมีการติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ตามลำดับ

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ได้แก่มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีเถียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น ต่อมาเบคและคณะ (Beck et al., 1979) อธิบายว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไป คือการดาวน์ลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstruction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

สวูนิย์ เกียวกิ่งแก้ว (2543) ให้ความหมายของความซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความ

รุนแรงของความเศร้ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

ออร์พอร์ด ลีออนูญวรัชชัย (2545) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดโดยแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

ตามข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) กล่าวถึงความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าว่า มีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า ในจำนวนอาการทั้งหมด 9 อาการโดยเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และมีอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อจากอาการต่อไปนี้ 1) อารมณ์ซึมเศร้า และ 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข สำหรับรายละเอียดอาการ 9 ข้อได้แก่ 1) มีอารมณ์ ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน ได้จากการบอกเล่า จากการสังเกต 2) มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลงเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 3) มีน้ำหนักลดโดยไม่ได้ควบคุม หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน 5) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น หรือมีการเคลื่อนไหวลดลงแทบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย แทบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิเสีย ความสามารถในการคิดลดลง หรือมีความลำบากในการตัดสินใจ 9) คิดเรื่องการตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึงการที่บุคคลมีความเบี่ยงเบนด้านการคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่นมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่อบุคคล รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไปดังนี้ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.2.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) ซึ่งสารสื่อประสาทในระบบอัตโนมัติมี 2 กลุ่มที่สำคัญคือ ซีโรโทนิน (serotonin) และแคทีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบด้วย โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า จะมีอยู่สองแบบคือ ภาวะซึมเศร้าแบบแคทีโคลามีนต่ำ และการลดลงของนอร์

อิพิเนพรินและซีโรโตนิน เนื่องจากนอร์อิพิเนพริน มีคุณสมบัติในการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมอง ทำให้คนตื่นตัว การขาดสารนอร์อิพิเนพรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (genetic theory) กล่าวว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรม ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งพบว่าในฝาแฝดถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสพบความผิดปกติร้อยละ 70 และถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่บุตรมีโอกาสป่วยร้อยละ 43 (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (social theory) อธิบายว่าเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การเรียนรู้ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการคือ 1) การมีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) ภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิตหรือภาวะยุ่งยากลำบาก หมายถึง เหตุการณ์คุกคามในชีวิตประจำวันได้แก่ ความเจ็บป่วยของบุคคลที่รัก การตกงาน 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability factors) 3) องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (symptom formation factors) สภาพแวดล้อมทางจิตสังคมมีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การสูญเสีย สภาวะทางเศรษฐกิจ

2.2.4 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจเป็นการสูญเสียในเชิงชีวิตจริงหรือเพียงสูญเสียในมโนภาพก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รักที่พึง การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณอายุราชการ หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ฟรอยด์(Freud) อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นการตายจากหรือการถูกปฏิเสธและมีความเชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจาก ความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

2.2.5 ทฤษฎีสนาม (field theory) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีพลังไฟฟ้าต่างจากบุคคลอื่นที่ปกติ พลังงานนี้ทำให้บุคคลไวต่อความรู้สึกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพลังงานไฟฟ้าที่ต่างกัน พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้านี้มีความหนาแน่นของกลีบสมองลดลง ส่วนtemporal lobe และ hippo campus โดยเฉพาะด้านขวาเป็นมากกว่าด้านซ้าย การตรวจสมองโดย เพท สแกน (pet scan) ขณะมีภาวะซึมเศร้านี้พบว่าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนลิมบิกเพิ่มขึ้น ส่วนนีโอคอร์เทคลด และจะเห็นตรงข้ามเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

2.2.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และปราศจากการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) ทำให้รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ปล่อยปละละเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากเกิดการเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยตนเองได้ และไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Davison อ้างในสุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544 ; Seligman cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002)

สำหรับการศึกษานี้ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของ Beck (Beck, 1967) ซึ่งเสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัยคือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยกล่าวถึงพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะคือ

1) รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบการมีความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาวะอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองประสบมาจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสียเมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีแต่ปัญหาอุปสรรค ก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็น

ปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

Beck กล่าวว่าความคิดทางด้านลบทั้งสามประการนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเองไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรองมาก่อนเรียกว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ ลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งเป็นผลจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด โดยบุคคลจะเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกในชีวิตซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ และบุคคลเรียนรู้ว่าตนขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้ประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง เมื่อประสบภาวะวิกฤติการประมวลเรื่องราวผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้นมา นำไปสู่การบิดเบือนข้อมูลและจะนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

จากที่กล่าวมา Beck จึงมีความเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ความรู้สึกและความคิดมีความสัมพันธ์กัน มักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากขึ้น (Beck, 1971 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ผู้เสพติดสุรานั้นได้รับผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ติดสุรามีความสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มองคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้น ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้นนอกจากตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

2.3.1 เพศ อารมณ์เศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 3:1 นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเพราะเพศหญิงมีทางออกทางอารมณ์น้อยกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีบุคลิกภาพที่อ่อนโยนและพึ่งพาผู้อื่นสูง และประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ มักจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 10 – 25 ในขณะที่พบในเพศชายร้อยละ 5 – 12

2.3.2 อายุ จากการศึกษาของ Beck (1967) ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้สูงอายุ ทรายูทซ์ วาสิกนันทน์ (2546) กล่าวว่าเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนของเซลล์สมองที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคทางกายร่วมด้วยสูง ทางด้านจิตใจพบว่า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรักหรือญาติ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมากทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง

2.3.3 ระดับการศึกษา Beck (1967) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวบ่งชี้สถานะทางสังคม จากการศึกษพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยผู้มีการศึกษาดำมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

2.3.4 บุคลิกภาพ กลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้ายและเชื่อมโยงซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น มองโลกว่ามีความโหดร้าย มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไรความหวัง ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็ก ถูกทารุณทั้งทางกายและทางเพศ บิดามารดาเสพติดยา

2.3.5 ความเจ็บป่วย เชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือโรคหลายๆโรคที่มีลักษณะทำให้อ่อนเพลียเป็นตัวการที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย เช่น โรคมะเร็ง ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ (Kurlowicz, 1994) การเสพติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าการเสพติดสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยต่างๆ เช่นโรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร โรคลมชัก ตับแข็ง เป็นต้น(WHO, 2003) ซึ่งผลของการเจ็บป่วยจากการเสพติดสุราเหล่านี้ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

2.3.6 การเสพติดสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดสุราเป็นระยะเวลานาน ทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้าของ Davies (1998) กล่าวว่า สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองมีผลทำให้ผู้ที่เสพติดสุรามีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

2.3.7 เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้น้อย ชาติที่อยู่ที่ปลอดภัยทำให้เกิดความเครียด

และมีภาวะซึมเศร้าตามมา (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) จากหลายการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาด้านการเงิน การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ

จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยผลรวมกันซึ่งการเสพติดสุรา เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอีกได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านอารมณ์ในครอบครัว ประสบการณ์ในวัยเด็ก แหล่งสนับสนุนทางสังคมและสถานการณ์ต่างๆในชีวิต (Pomerantz & Rudolph, 2003) เป็นต้น

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า มีการประเมินได้ 2 ประเภทคือ ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) และประเภทที่สองการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) โดยแสดงไว้ดังนี้

ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

1) Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม

2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Montgomery & Asberg (1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

ประเภทที่สอง การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

1) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้มากในการพัฒนางานบริหารและวิจัย ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate - severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2) Zung Self - Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0- 80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess อ้างในชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

3) แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale _CES-D) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อ ประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissma et al., 1997)

2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางด้านการคิดและการรับรู้ และความเปราะบางด้านร่างกายและพฤติกรรม เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตและการเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยเกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต(Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้านอกจากจะพบได้ในผู้ป่วยทั่วไปแล้ว มักพบร่วมกับการเสพยา จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า การเสพยาและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ผู้เสพติดสุราอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลหันไปเสพติดสุราได้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา ตามแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) (Beck, 1967) สามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราได้ว่า เกิดจากการมีความคิดหลักที่บิดเบือน คือมองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า แปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินปัจจุบัน และอนาคตต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบและมองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ถึงความยากลำบากและความทุกข์ ทำให้หันพึ่งสุราซึ่งฤทธิ์ของสุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้ จากการศึกษาของ เอ็มเดียน เนตรแซม (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเร็วรั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เช่นเดียวกับการศึกษาของอุบล ก่องแก้ว (2547) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 67.67 เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดคาดว่าจะถูกกลืนโทษ ต่ำหนิตนเอง รู้สึกถึงความล้มเหลวในชีวิต

ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ที่สำคัญที่สุดคือทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราจึงเป็นปัญหาที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจในการคัดกรองและให้การบำบัดรักษา ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและลดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดตามมา

2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ องค์ความรู้ ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เสพติดสุราโดยให้การพยาบาลตามระยะขั้นตอนในการบำบัดดังนี้

2.6.1 การพยาบาลในระยะเตรียมผู้ป่วย ผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีการเสพติดสุราจะมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าการเข้ารับการรักษาจะประสบความสำเร็จ บางครั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกบีบบังคับ ถูกครอบครองรังเกียจพฤติกรรม การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง สังคมและอนาคตซึ่งส่งผลต่อระดับความรู้สึกซึมเศร้ากิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะนี้ซึ่งส่งผลจากการดื่มสุรามาเป็นเวลานาน การกระตุ้นความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง การให้กำลังใจ และให้แรงเสริมเพื่อให้เกิดความหวังในการเลิกดื่มสุราสำเร็จ การให้ทางเลือกในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามที่ตนเองเลือก

2.6.2 การพยาบาลในระยะถอนพิษยา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการจากการถอนพิษยา การรับรู้ความเป็นจริงมีน้อย บางครั้งคิดว่าตนเองถูกลงโทษเนื่องจากรู้สึกทุกข์ทรมาน มีอาการหลงผิด มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในระยะนี้เน้นการป้องกันการทำร้ายตนเองเนื่องจากรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์อันอาจก่อให้เกิดอันตราย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตร เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2.6.3 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น สามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง ร่างกายสมบูรณ์มากขึ้น เป็นระยะที่เหมาะสมแก่การบำบัดรักษาสภาพจิตใจการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การประเมินภาวะซึมเศร้า 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อลดความโดดเดี่ยว 4) การแสดงออกถึงความความเห็นอกเห็นใจการให้กำลังใจ 5) การให้เกียรติและเคารพในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย 6) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง 7) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง 8) ส่งเสริมทักษะการเข้าสังคมและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 9) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 10) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 11) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด 12) ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 13) ประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6.4 การพยาบาลในขั้นติดตามประเมินผลการรักษา เป็นการพยาบาลเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยและญาติหลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม จึงควรมีการติดตามและวางแผนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) การวางแผนการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้า เช่นการดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเป็นต้น 3) ส่งต่อผู้เสพยาเสพติดในรายที่มีอาการซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรงแก่จิตแพทย์เพื่อรับการรักษา

3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing_ MI)

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้รับการคิดค้นโดย Miller & Rollnick (1991) โดยอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ Prochaska & Diclemente (1984) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้สารเสพติด ต่อมาได้รับความนิยมนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วย หรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพในสถานบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง เพราะเข้าใจง่าย และเป็นวิธีการที่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dilorio et al., 2003; Resnicow et al., 2000; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997)

3.2 หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีหลักการที่สำคัญอยู่ 5 ประการ (DARES) ดังนี้ (Miller & Rollnick, 1991)

3.2.1 ช่วยให้เห็นความขัดแย้ง (Develop Discrepancy) คือการช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเขา โดยทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันของเขากับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการบรรลุ เช่น พฤติกรรมการเสพยา กับเป้าหมายที่จะมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ผู้รับการปรึกษาควรจะเป็นผู้ที่นำเสนอความคิดว่าจะต้องเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง

3.2.2 หลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid Argumentation) การถกเถียงเพื่อจะเอาชนะผู้รับการปรึกษา เป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ ยิ่งผู้ให้การปรึกษายืนยันความคิดของตนเองเท่าไร ผู้รับการปรึกษา ก็จะยิ่งพยายามยืนยันความคิดของเขามากขึ้นเท่านั้น

3.2.3 โอนอ่อนตามแรงต้านทาน (Roll with Resistance) ใช้การเคลื่อนไหวของผู้รับการปรึกษาเอง (เช่น ทิศทางของการถกเถียง) เพื่อเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับการปรึกษาเพียงเล็กน้อย เพื่อว่าในที่สุดเขาจะไปจบลงตรงที่ซึ่งต่างจากที่คิดไว้แต่ต้น ซึ่งอาจทำได้โดยการตีความคำพูดของผู้รับบริการในแงุ่มุมใหม่ แต่ไม่ได้บังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้รับบริการเห็นคล้อยตามพยายามให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มากกว่าที่จะพยายามเสนอทางแก้ปัญหาให้เสียเอง

3.2.4 แสดงความเข้าใจผู้รับการปรึกษา (Express Empathy) โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และยอมรับผู้รับการปรึกษา ไม่ตัดสิน ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงความกังวลของผู้รับการปรึกษาได้ และมีผลในการเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

3.2.5 สนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้รับการปรึกษา (Support Self-Efficacy) สื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่า “คุณสามารถทำได้ คุณสามารถประสบความสำเร็จได้” เพราะความเชื่อว่าคุณจะทำได้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่ง

3.3 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเองหรือSMS (Self Motivation Statement)

ในกระบวนการให้คำปรึกษาผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเองดังนั้นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาคือต้องกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเองหรือ SMS (Self Motivation Statement) โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา เทคนิคที่ใช้บ่อยครั้งคือ OARS ได้แก่

Open – ended question การถามคำถามปลายเปิด เช่น อะไร ที่ไหน เมื่อไร เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดและพูด อย่าใช้คำถาม “ใช่หรือไม่” เพราะจะไม่ช่วยขยายความให้เราเห็นว่าผู้ป่วยคิดอะไร

Affirmation การยืนยัน รับรองชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

Reflective listening การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งคำพูด นำเสียงต้องเหมาะสม

Summarization การสรุปความ ต้องคอยสรุปความในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างถูกต้อง

สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทาง MI คือ Self-Motivational Statement (SMS) หรือ ข้อความที่จูงใจตนเอง โดยกระบวนการของ MI ผู้บำบัดจะตั้งคำถามเพื่อให้ ผู้ป่วยพูดข้อความ SMS ยืนยันรับรองในข้อความที่ตึงามและสะท้อนความให้ ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ ผู้ป่วยพูดหรือคิด เมื่อเวลาการสนทนาผ่านไป SMSจากผู้ป่วยจะออกมา มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตาม ผู้บำบัดจะใช้การยืนยันรับรอง สะท้อนความและการสรุปความเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยิน SMS ของตนเองซ้ำๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็ มากขึ้นตาม

กลยุทธ์ที่ช่วยให้กล่าวข้อความจูงใจตนเอง หรือ SMS (Self Motivation Statement) ได้แก่ ถามเพื่อกระตุ้นเร้า (Evocative Questions) ตรวจสอบข้อดี – ข้อเสีย (Exploring Pros and Cons) ถามรายละเอียด (Elaboration) จินตนาการ (Imagining) มองไปข้างหน้า (Looking forward) มองย้อนกลับไป (Looking back) ค้นหาเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) ชัดเพื่อให้ แย้ง (Paradoxical challenge)

3.4 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่สำคัญ ของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตาม คำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” ดังนี้ (Miller, 1995) 1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา 2) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ 3) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้หยุดดื่มสุรา 4) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราโดยช่วยผู้เสพติดสุรากำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการ ดื่มลง 5) แสดงความเข้าใจเห็นใจ (empathy) โดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจผู้ เสพติดสุรา ช่วยผู้เสพติดสุราค้นหาเหตุผลว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของ ตนเอง 6) ให้ความหวังและกำลังใจ (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถที่จะ เปลี่ยนแปลงตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้แก่ ช่วยให้ ผู้เสพติดสุราเห็นความขัดแย้ง (Develop Discrepancy) เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเห็นความขัดแย้ง ระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันกับเป้าหมายในชีวิตเช่น พฤติกรรมการเสพสุรากับเป้าหมายที่ ต้องการมีสุขภาพดี ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid argumentation) แต่ใช้หลักการ ของการโอนอ่อนตามแรงต้านทาน (Roll with Resistance) รวมถึงแสดงความเข้าใจผู้เสพติดสุรา

(Express empathy) โดยการยอมรับผู้เสพติดสุรา ไม่ตัดสิน วิพากษ์หรือตำหนิผู้เสพติดสุรา สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือการสนับสนุนความเชื่อในความสามารถของผู้เสพติดสุรา (Support self-efficacy) เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ ซึ่งความเชื่อที่ว่าตนเองจะทำสำเร็จนั้นเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของผู้เสพติดสุราเป็นอย่างยิ่ง เทคนิค OARS เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ถูกวิจัยใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรากล่าวข้อความจูงใจตนเองหรือ SMS (Self Motivation Statement) โดยใช้การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้เสพติดสุราพูดข้อความ SMS การที่ผู้เสพติดสุรากล่าว SMS ออกมามากขึ้นนั้นทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาสุรามากขึ้นตามไปด้วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยที่การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายใน คือความคิดหรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น การบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุของภาวะซึมเศร้า คือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้มีนักวิชาการหลายท่านนำหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา และพัฒนาชนิดของการบำบัดที่มีรากฐานมาจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (Behavioral Coping Skill Training) และการฝึกผ่อนคลาย (relaxation Training) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

4.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Beck et al. (1979) ให้ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีขอบเขตของระยะเวลา (time-limited) และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

สมโภชน์ เขียมสุภาชิต (2549) ให้ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ให้ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

สรุปว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่มีทิศทาง มีขอบเขตระยะเวลาที่ชัดเจน เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเองเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้

4.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมอาศัยหลักการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) 4 ทฤษฎี คือทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operant Conditioning) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Modeling) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive theory) Beck et al. (1979) สำหรับในการศึกษานี้ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของเบค (Beck, 1967) ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานทฤษฎีของ Beck (1967) ในการอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งBeck ได้สรุปองค์ประกอบทางความคิดที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการคิดการเข้าใจใน 3 ลักษณะ (Cognitive triad) ที่ผิดพลาด หมายถึงตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative thought) องค์ประกอบทางด้านความคิดดังกล่าว จะมีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า

4.3 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)

เทคนิคการบำบัดทางความคิดพัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ(Beck et al.,1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ศิลปะการสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock & Sadock, 2003;สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ซึ่งผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องร่วมมือกันในการดำเนินการบำบัดส่วนประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ (Sadock & Sadock, 2003;สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการคิด ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายผู้ป่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับความ คิด อารมณ์ พฤติกรรมและเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1) การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา automatic thought ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ(external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542;Sadock& Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น อาจใช้การบันทึกผลด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC โดย A หมายถึงสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึงความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึงสภาวะทางอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2549)

2) การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วย สมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542:Sadock& Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด สะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3) พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ มักพบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจ ผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีภาวะซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542:Sadock& Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

4) วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ในขั้นตอนนี้จะช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้องและป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้ว หรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542:Sadock& Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior techniques) มีหลายเทคนิค (Beck et al., 1979) เช่น

1) การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้า มีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2) การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

3) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วย ซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4) การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ๆ การที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดครั้งที่ 2 – 4 โดยบำบัดตามขั้นตอนของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือ การสอนผู้เสพติดสุราเกี่ยวกับแบบแผนความคิด โครงสร้างความคิดที่ไม่เหมาะสม อธิบายให้ผู้เสพติดสุราทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การเสพสุรา ผู้วิจัยให้ผู้เสพติดสุราค้นหาความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ เหตุการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ รวมถึงการทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติว่าสมเหตุสมผลหรือตรงตามความจริงหรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราเกิดการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม ผู้วิจัยใช้เทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรมโดยการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การให้คะแนนของความสำเร็จให้ผู้เสพติดสุราให้คะแนนหรือรางวัลตนเองเมื่อทำสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองวางไว้ รวมถึงการฝึกทักษะปฏิเสธเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำ

4.4 การบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Brief Cognitive Behavioral Therapy)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ แต่การบำบัดใช้จำนวนครั้งของการบำบัดสูงถึง 10 – 20 ครั้ง ดังนั้นจึงได้มีผู้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่ใช้จำนวนครั้งที่น้อยกว่าแต่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอีกทั้งยังสามารถนำไปปรับใช้

กับผู้รับการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการใช้ระยะเวลาที่สั้นและกระชับนอกจากทำให้เกิดความคุ้มค่าในการบำบัดแล้ว ยังทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความพึงพอใจอีกด้วย เนื่องจากการบำบัดผสมผสานแบบสั้นเป็นการผสมผสานกันระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจเข้าร่วมรับการบำบัดและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง หลักสำคัญของการบำบัดอยู่ที่การมอบหมายงานการฝึกทักษะให้เกิดการเรียนรู้ในระยะเวลาที่จำกัด ซึ่งการบำบัดผสมผสานแบบสั้นนี้มีผู้นำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆคือ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเสพยา โดยกลุ่มผู้เสพยาจะมีเป้าหมายในการแก้ไขพฤติกรรมเสพยา โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆเช่นอาการอยากสูบบุหรี่ การถูกชักชวนจากเพื่อน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการปฏิเสธการติดยา (Stevens and Craske, 2002)

ดังนั้นการบำบัดผสมผสานแบบสั้นจึงเป็นรูปแบบการบำบัดหนึ่งที่มีความเหมาะสมในการบำบัดผู้เสพยาติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากใช้ระยะเวลาที่สั้นกระชับ โดยการบำบัดเพียง 4 ครั้ง แต่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้รับการบำบัด เกิดความพึงพอใจ

5. โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพยาติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากการบำบัดผสมผสานแบบสั้นเป็นการผสมผสานกันระหว่างแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Ronick, 1995) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck et al., 1979) ตามการศึกษาของ Baker et al.(2005) ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจนำรูปแบบการบำบัดประยุกต์เป็นโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม นำมาใช้กับผู้เสพยาติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคล เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมเสพยา โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยการบำบัด 4 ครั้ง ในการบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการใช้นโยบายการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้เสพยาติดยาค้นหาและแก้ไขความรู้สึกสับสนใจ เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ส่วนการบำบัดอีก 3 ครั้งที่เหลือเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งยังคงสอดแทรกเทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ของผู้เสพติดสุรา เพื่อให้แรงจูงใจของผู้เสพติดสุรายังคงอยู่ตลอดการบำบัด กระบวนการบำบัดตามโปรแกรมมีดังนี้คือ

5.1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำกิจกรรม สร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ถามคำถามกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา และแสดงถึงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุราและภาวะซึมเศร้าของตนเอง ซึ่งเชื่อว่าคำพูดที่ออกมาจากปากผู้รับการบำบัดจะทำให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่น เพราะเป็นคนพูดข้อความจูงใจตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับ (Miller, 1995)

5.2 การจัดการกับอาการอยากสุรา วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้คือการเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้คงอยู่ และผู้เสพติดสุราสามารถจัดการกับอาการอยากสุราของตนเองได้ โดยให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากสุรา และการจัดการกับอาการอยาก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา แสดงความเชื่อมโยงอาการอยากสุรากับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ผูกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่นไม่เริ่มดื่มแก้วที่หนึ่ง ไม่เดินผ่านสถานที่ที่ทำให้ดื่มสุรา ใช้เทคนิคของการหยุดความคิด พุดทางบวกกับตนเองคิดว่าอาการอยากสุราเปรียบเสมือนคลื่นที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป หรือการบอกกับตนเองหยุดให้ความสำคัญกับอาการอยากสุราและเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมอื่นทดแทน หลังจากฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราแล้วให้ผู้เสพติดสุรากำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราด้วยตนเอง

5.3 การค้นหาตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงความคิดมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้วิจัยอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม อธิบายถึงรูปแบบของความคิด ความคิดที่บิดเบือนที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพติดสุรา กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทำให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม (Beck et al., 1979) หลังจากนั้น

ผู้วิจัยและผู้เสพติดสุราร่วมกันวิเคราะห์ห้วงกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติและมีผลต่อการกลับไปเสพสุราซ้ำ ร่วมกันค้นหาแนวทางและวางแผนในการกำกับความคิดต่อสิ่งกระตุ้น

5.4 การป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำและยุติการบำบัด โดยผู้วิจัยและผู้เสพติดสุราร่วมกันทบทวนความคิดอัตโนมัติด้านลบอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม การกำกับความคิดต่อสิ่งกระตุ้น เชื่อมโยงความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรา ค้นหาสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพสุราซ้ำ และฝึกทักษะปฏิเสธสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราวางแผนแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำด้วยตนเอง ให้กำลังใจผู้เสพติดสุราในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา สุดท้ายผู้เสพติดสุราให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนความคิดและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอ๋อมเดือน เนตรแหม (2541) ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสุราที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เสพติดสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 90 และระดับความซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังในระดับสูง

ปริทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2542) ศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,789 คน พบว่าในกลุ่มคนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ติดสุราแล้ว ร้อยละ 51.2 ของคนที่ติดสุราจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าอัตราการติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าสูง อาจเป็นเพราะว่าเมื่อมีปัญหาทางจิตใจขึ้นแล้วใช้การดื่มสุราเป็นทางออก เพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อดื่มในระยะแรกอาจทำให้ลืมเรื่องราวที่ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะเกิดอาการเศร้าโศกเสียใจกับเรื่องที่ต้องการจะลืม ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียวก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

อุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน ศึกษาในผู้เสพติดสุราที่ไม่ได้รับยาต้าน

เศร้าจำนวน 96 ราย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 66.67 ของผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก และมีผู้เสพติดสุรามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 8.34 ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา

นิชนันท์ คำล้ำน (2547) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มมาจาก การพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการรักษา ซึ่งได้รับการออกแบบให้เข้ากับสภาพสังคมไทยเพื่อใช้ในการให้บริการกับผู้ป่วยพิษจากสุราและพิษสุราเรื้อรัง ของดร.ณิ ภูขาว (2545) โดยพัฒนามาเป็นการบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 5 ครั้งครั้งละ 2 ชั่วโมง ประเด็นของเนื้อหาเกี่ยวกับการอภิปรายถึงผลกระทบของการดื่มสุรา การเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับการดื่มสุรา การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบในการดื่มสุรา (Functional Analysis) การเพิ่มขีดความสามารถ (Enhance Efficacy) การสำรวจความมั่นใจ การปรับพฤติกรรม การปรับโครงสร้างของความคิด (Cognitive Restructuring) และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้นทุกคน

สุนทรี ศรีโกไสย (2548) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดสุราที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาค้นคว้าแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา

ดอกกรัก พิศาคำ (2549) ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่มารับบริการในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Ronick (1995) ผลการศึกษาค้นคว้าว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุราเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

สุภาวดี ธัมมะรักขิต (2550) ได้ทำการศึกษาคำกรใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาจากผลการศึกษาศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและพบว่าภายหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

ทวี วิสาระพันธ์ (2551) ทำการศึกษาคำกรบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ผลการศึกษพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยอาจมาจากหลายปัจจัยได้แก่ ความมุ่งมั่นตั้งใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น หลังการบำบัดผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เชื่อกันว่าตนเองจะทำได้สำเร็จจึงทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตน เลิกดื่มสุราหรือลดปริมาณการดื่มลง

Baker et al. (2005) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้นที่เหมาะสมในผู้ที่ติดแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดแอมเฟตามีนทั้งหมด 214 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 2 ครั้ง โดยกิจกรรมในการบำบัดเหมือนกับกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่กิจกรรมที่ 1 สร้างแรงจูงใจเพื่อลดปริมาณการเสพแอมเฟตามีน กิจกรรมที่ 2 จะเน้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 สอนการจัดการกับอาการอยาก ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจกรรมที่ 3 จะเน้นเรื่องการควบคุมความคิดเกี่ยวกับการเสพแอมเฟตามีน กิจกรรมที่ 4 มุ่งเน้นทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และในกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการบำบัดด้วยตนเอง ผลการศึกษพบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดเสพแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น และระดับความซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการบำบัด และระหว่างก่อนการรักษากับในระยะติดตามการรักษาเดือน

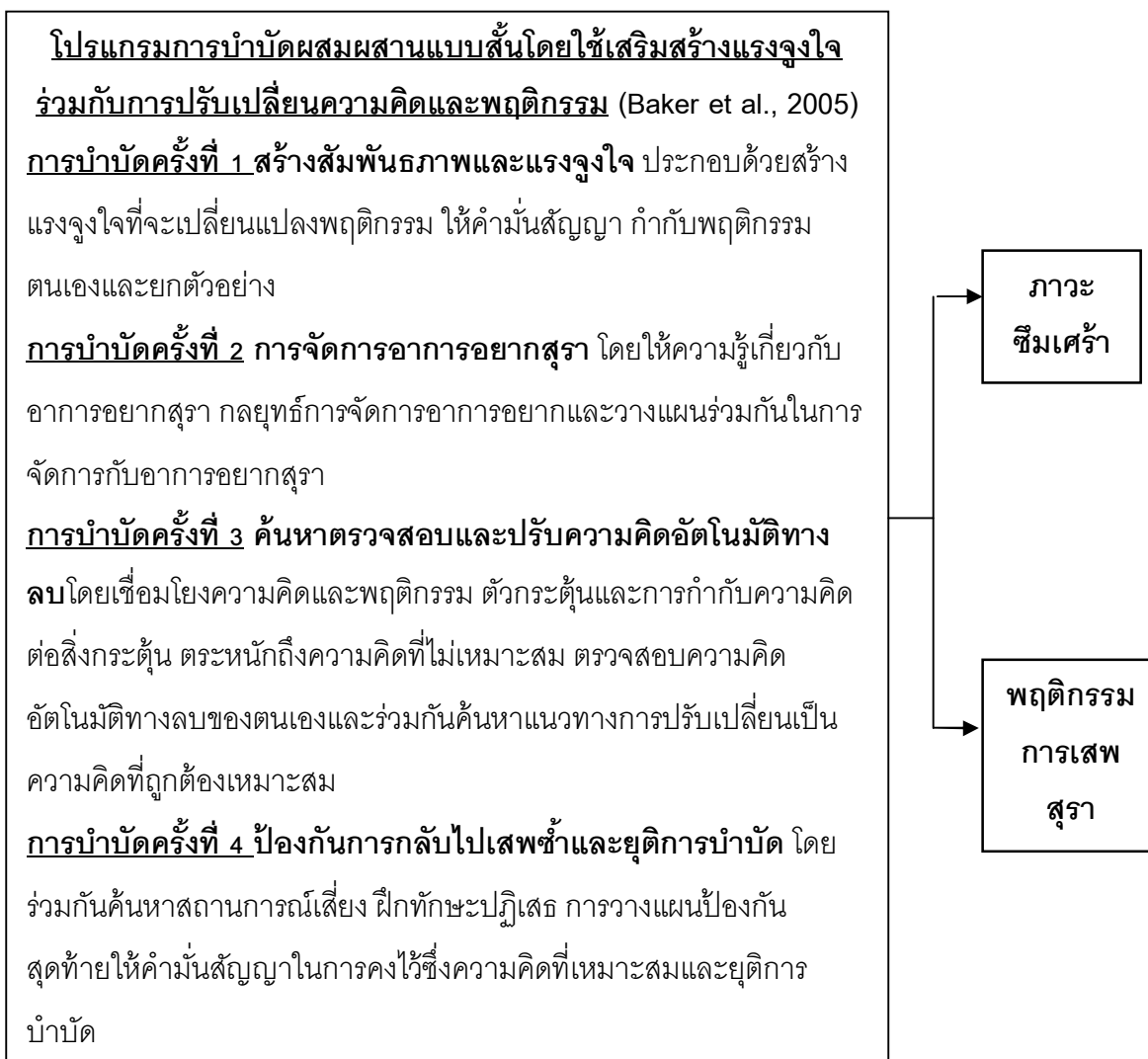
ที่ 6 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอมเฟตามีนลดลงเมื่อระยะเวลามากขึ้น รวมถึงการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้การสารเสพติดร่วมลดลงรวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาอาชญากรรม และอาการทางจิตลดลง

Julia et al. (2008) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการผสมผสานแนวความคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและพฤติกรรมกาเสพติดโดยศึกษากับผู้ป่วยโรคร่วมวิตกกังวลกับการติดสุราในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 19 ครั้ง 3 กิจกรรมแรกเป็นการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อแก้ไขความลังเลใจในการเลิกดื่มสุรา และเพิ่มความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาการเสพติด กิจกรรมที่เหลือเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ยึดหลัก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การปรับความคิดที่บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นจะเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ และเพิ่มความสามารถในการรักษา

Dennis et al. (1998) ทำการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเสพติดโคเคนและมีภาวะซึมเศร้า แบ่งการทดลองออกเป็น 2 กลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller (1995) ร่วมกับการรักษาตามปกติ ประเมินผลในระยะเวลา 30 วันและ 90 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีอัตราการคงอยู่ในการรักษา มากกว่ากลุ่มควบคุม และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงด้วย

Mc Carthy (2008) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น (Brief CBT) ในการลดพฤติกรรมกาเสพติดสุราของกลุ่มพนักงานในโรงงานจำนวน 26 คน ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง คือ กิจกรรมที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา กิจกรรมที่ 2 เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความเชื่อมโยงของความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 เป็นการคาดการณ์การดื่มสุราในอนาคตและกิจกรรมที่ 4 เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธ ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมกาเสพติดสุรา (AUDIT) มาใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกาเสพติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัดและการติดตามผล 2 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ ตัวแปรต้น คือ การบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราโดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

- O_1 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- O_2 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- X หมายถึง การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- O_3 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O_4 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาน แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันรัฐญารักษ์ ทั้งชายและหญิง จำนวน 36 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20 -59 ปีทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และมีภาวะซึมเศร้ายตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) รวมทั้งมีคะแนนพฤติกรรมารเสพติดสุรา อยู่ในกลุ่มแบบมีปัญหาและกลุ่มแบบติด (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมารเสพติดสุรา (AUDIT)
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
4. ไม่เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วย
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ายในระดับรุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976) เพื่อนำมาหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำการศึกษาของ Baker et al. (2005) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการ

กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายจากการออกจากการทดลองก่อนกำหนดผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คนและกลุ่มทดลอง 18 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดสุราโดยพิจารณาตามคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้า คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางโดยถือเกณฑ์ประเมินจากผู้ที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป รวมทั้งประเมินพฤติกรรมการเสพติดสุราโดยมีคะแนนพฤติกรรมการเสพติดสุราตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) อายุ และคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งคะแนนที่ใช้จับคู่ออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางคู่กับระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 16 – 19 คะแนน) และระดับมากคู่กับระดับมาก (ช่วงคะแนน 20 – 29 คะแนน) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2554 โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมีมติให้ปรับแก้โครงการวิจัยดังนี้

1. ระบุเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

2. หากระหว่างดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการส่งต่อให้ได้รับการดูแลรักษาจากจิตแพทย์

3. ปรับขั้นตอนให้มีการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ในการบำบัดครั้งที่ 3 โดยหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการพูดคุยและเสริมกิจกรรมในการบำบัดครั้งนี้ รวมทั้งเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้านตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินเพื่อกำกับการทดลองใหม่ก่อนเริ่มการบำบัดครั้งที่ 4 ซึ่งการเสริมในจุดที่ขาดดังกล่าวคาดว่าจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ไปในทางที่ดีขึ้นจนผ่านเกณฑ์กำหนด

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) แบบประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา (AUDIT)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) ของ Miller & Tonigan (1996)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการบำบัดตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Ronick (1991) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่จะมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการและกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การเสพยา และภาวะซึมเศร้า

2. ประยุกต์โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ให้ครอบคลุมประเด็นการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Ronick (1991) และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60- 90 นาที มีขั้นตอนของโปรแกรมดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้เสพติดสุรา
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง และสมัครใจเข้าร่วมบำบัดด้วยความเต็มใจ

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เสพติดสุราและพยาบาลผู้บำบัดเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพติดสุรา ซึ่งต้องเริ่มจากผู้เสพติดสุราเกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลของตนเองให้กับพยาบาล อีกทั้งการให้ผู้เสพติดสุราได้พิจารณาถึงผลกระทบของการเสพติดสุราที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมจะเป็นเหตุผลให้ผู้เสพติดสุราตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องเกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับ มีการกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งให้คำมั่นสัญญากับตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาเสพติดสุรา

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (30 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพโดยพยาบาลแนะนำตนเองกับผู้เสพติดสุรา ทักทายผู้เสพติดสุราด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แสดงท่าที่เป็นมิตร จริงใจและเปิดเผย ให้การยอมรับผู้เสพติดสุราในฐานะบุคคลคนหนึ่ง เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง จากนั้นให้ผู้เสพติดสุราแนะนำตนเอง

2. พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ และแจ้งเรื่องระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมว่ามีทั้งสิ้น 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และกิจกรรมที่ปฏิบัติพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราเล่าเรื่องราวของตนเองที่ผ่านมา ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตและการแก้ไขปัญหาต่างๆ สาเหตุของการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง ความถี่ของการดื่มสุรา ประวัติการรักษาและประสบการณ์การเลิกดื่มสุราของตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสพติดสุราของตนเอง

4. พยาบาลให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลการประเมินพฤติกรรมกาเสพติดสุรา (AUDIT) และคะแนนภาวะซึมเศร้า (BDI) ของผู้เสพติดสุรา แล้วแสดงรูปภาพแสดงความสัมพันธ์ของปริมาณการเสพติดสุราและระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการเสพติดสุรา ใช้คำถามปลายเปิดถามความคิดเห็นผู้เสพติดสุราหลังจากที่ได้ดูรูปภาพแสดงความสัมพันธ์ของปริมาณการเสพติดสุราและระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการเสพติดสุรา จากนั้นกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์เปรียบเทียบกับระดับการดื่มของตนเองกับรูปภาพที่แสดง

5. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์เกี่ยวกับผลกระทบของการเสพติดสุราต่อชีวิตประจำวันของตนเอง

6. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราสำรวจตนเองเกี่ยวกับสาเหตุของการเสพติดสุราของตนเอง วิเคราะห์สิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีจากการเสพติดสุราพร้อมทั้งบันทึกลงในใบกิจกรรมหน้าต่างแห่งความตระหนัก

7. พยาบาลค้นหาความรู้สึกกังวลใจของผู้เสพติดสุรา โดยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ว่าตนเองประสบผลกระทบจากการเสพติดสุราอย่างไรบ้าง เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ถ้าตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเสพติดสุราแล้วจะเกิดผลอย่างไร กระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรากล่าวข้อความภูมิใจตนเอง (SMS) ซึ่งสะท้อนในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราพูดหรือคิด พร้อมทั้งเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

8. ในกรณีที่ผู้เสพติดสุราพูดถึงเรื่องค่าใช้จ่าย พยาบาลและผู้เสพติดสุราด้วยกันคำนวณค่าใช้จ่ายในการเสพติดสุราตั้งแต่เริ่มเสพจนถึงปัจจุบัน และให้ผู้เสพติดสุราคำนวณว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเท่าใดถ้ายังคงเสพติดสุราต่อ

9. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุรามองตนเองก่อนเริ่มเสพติดสุรา และมองตนเองในอนาคตถ้าเริ่มลดการเสพติดสุราหรือหยุดเสพติดสุรา รวมถึงบุคคลใกล้ชิดมองเห็นส่วนที่ดีของตนเองอย่างไรและตนเองมองเห็นส่วนที่ดีของตนเองอย่างไรในทางกลับกันมองตนเองที่เป็นผู้เสพติดสุราอย่างไร

10. พยาบาลสรุปการพูดคุยในขั้นที่ 1 รวมถึงข้อความภูมิใจตนเองที่ผู้เสพติดสุรากล่าวออกมา และให้โอกาสผู้เสพติดสุราได้สรุปถึงความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไร

ขั้นที่ 2 การให้คำมั่นสัญญา (15 นาที)

หลังจากผ่านขั้นตอนแรกของการสร้างเสริมแรงใจเมื่อผู้เสพติดสุราได้สำรวจความลังเลใจของตนเองและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเสพติดสุรา พยาบาลถามเหตุผลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการวางแผนการเปลี่ยนแปลง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุรากำหนดเป้าหมายของการบำบัด รวมถึงค้นหาสิ่งที่กังวลหรือกลัวว่าไม่สามารถจะปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองตั้งไว้ได้ สุดท้ายให้ผู้เสพติดสุราเขียนเป้าหมายของตนเองลงในใบคำมั่นสัญญา

ขั้นที่ 3 การกำกับพฤติกรรมตนเอง (15 นาที)

1. พยาบาลอธิบายถึงความสำคัญของการกำกับพฤติกรรมตนเอง

2. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราค้นหาเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ทำให้ต้องเสพติดสุรา

3. พยาบาลอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างตัวกระตุ้น และความคิด รวมถึงสถานการณ์ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพสุรา และเกิดภาวะซึมเศร้า

4. พยาบาลอธิบายการทำแบบบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน โดยบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเสพสุรา บันทึกทุกครั้งที่เกิดความรู้สึกนั้นอาจใช้ช่วงเวลาบันทึกตอนเย็นหลังเลิกงาน

ขั้นที่ 4 การทำความเข้าใจองค์ประกอบของปัญหา (20 นาที)

1. พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เสพสุรา ปัจจัยกระตุ้น รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้ต้องเสพสุราอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาทางสุขภาพจิตกับการเสพสุรา โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าและแผนการดูแลรักษา

3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราวางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว

ขั้นที่ 5 สิ้นสุดการบำบัด (10 นาที)

1. พยาบาลสรุปกิจกรรมที่ทำในครั้งนี้ พร้อมทั้งแผนการบำบัดและเน้นย้ำเป้าหมายที่ผู้เสพติดสุราตั้งไว้ รวมถึงคำมั่นสัญญาของผู้เสพติดสุราและแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลที่ได้รับถ้าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุรา

2. พยาบาลสร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้เสพติดสุราคือผู้เสพติดสุรายอมรับจำนวนครั้งยินดีเข้าร่วมการบำบัดครบทุกครั้ง และมาเข้ารับการบำบัดอย่างตรงเวลา ในกรณีที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมรับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดได้ ผู้เสพติดสุราต้องชี้แจงเหตุผลให้กับพยาบาล

3. พยาบาลมอบหมายการบ้าน เขียนบันทึกประจำวันของตนเอง บันทึกการดื่มลงในสมุดบันทึกการดื่มของฉัน ค้นหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และเริ่มลดปริมาณการดื่มสุรา

การประเมินผล

จากการสังเกตการร่วมทำกิจกรรมและผู้เสพติดสุราที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล มีแรงจูงใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองด้วยความเต็มใจ

การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่สามารถจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของตนเองได้
2. เพื่อป้องกันความพลั้งเผลออันจะนำไปสู่การเสพติดสูบบุหรี่ซ้ำ
3. เพื่อรักษาระดับของแรงจูงใจให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาสาระ

อาการอยากสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาการอยากสูบบุหรี่เป็นอาการที่ทำให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่ไม่สามารถทนใจแข็งที่จะปฏิเสธตนเองได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ เกิดจากความคิดและความเชื่อที่ว่าถ้าได้ดื่มสูบบุหรี่จะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด ดังนั้นการฝึกให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่เรียนรู้ที่จะจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ซึ่งเกิดจากความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น ความคิดที่เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล หรือความทรงจำเกี่ยวกับสูบบุหรี่ที่ฝังแน่นเป็นต้น ดังนั้นถ้าผู้เสพติดสูบบุหรี่มีแนวทางในการจัดการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมา

กิจกรรม ในการบำบัดครั้งที่ 2 ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กล่าวนำ (10 นาที)

1. พยาบาลกล่าวทักทายผู้เสพติดสูบบุหรี่ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. พยาบาลและผู้เสพติดสูบบุหรี่ร่วมกันทบทวนกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 1
3. พยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบค้นหาตัวกระตุ้น หากผู้เสพติดสูบบุหรี่ไม่ได้ทำการบ้านมา พยาบาลพูดคุยกับผู้เสพติดสูบบุหรี่เพื่อหาสาเหตุ และคิดวิธีการร่วมกันที่จะทำการบ้านในครั้งต่อไป รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ของการทำการบ้าน
4. พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการเสพติดสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมกล่าวชื่นชมที่ทำได้สำเร็จและร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

5. พยาบาลประเมินแรงจูงใจผู้เสพติดสุราในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถาม
ชั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และเข้าสู่กิจกรรมในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการอยากสุรา (10 นาที)

1. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอยากสุราของตนเอง
2. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอยากสุรา (10 นาที)

1. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. หลังจากนั้นพยาบาลให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์อาการอยากสุราของตนเอง
3. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับอาการอยากสุรา ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นการให้ผู้เสพติดสุราค้นหาตัวกระตุ้นด้วยตนเองจากแบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน ซึ่งตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์เสี่ยงจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและก่อให้เกิดความรู้สึกอยากสุรา
4. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่าง ความคิด พฤติกรรมซึ่งนำไปสู่อาการอยากสุรา

ขั้นที่ 4 แนวทางเพื่อจัดการกับอาการอยากสุรา(15 นาที)

1. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราสำรวจตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเองตัดสินใจดื่มสุราในโอกาสต่างๆ แบ่งออกเป็น ปัจจัยภายนอกได้แก่ เหตุการณ์กระตุ้นต่างๆ และปัจจัยภายในได้แก่ ความคิด อารมณ์ที่นำมาสู่การดื่ม พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบสำรวจตนเอง
2. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์ของตนเองที่เคยจัดการกับอาการอยากสุราแล้วประสบความสำเร็จ หรือจุดแข็งที่ทำให้ตนเองประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการอยากสุรา เช่น ต้องมีความมุ่งมั่น อดทน การให้กำลังใจตนเอง เป็นต้น
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุรานำแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราที่ทำแล้วประสบความสำเร็จมาปรับใช้ในการวางแผนการจัดการกับอาการอยากสุราครั้งนี้ของตนเอง
4. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุรา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นการหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยง ทำกิจกรรมต่างๆทดแทนการดื่มสุรา เช่นปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เล่นกีฬา กล่าวให้กำลังใจตนเองว่าแล้วมันจะผ่านไป หรือบอกกับตนเองว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราได้ รวมทั้งใช้เทคนิคการหยุดคิด หยุดให้ความสำคัญกับ

อาการอยากสูบบุหรี่ เขียนป้ายหรือข้อความเตือนตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่สามารถนำไปใช้ในเวลาที่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่

ขั้นที่ 5 การวางแผนในการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ (15 นาที)

1. พยาบาลให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่นำความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในแผนการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของตน

2. พยาบาลและผู้เสพติดสูบบุหรี่ร่วมกัน วิเคราะห์ถึงแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง จากใบแผนการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของตน

ขั้นที่ 6 การจัดการกับความพลั้งเผลอ (15 นาที)

1. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่เล่าถึงประสบการณ์การเกิดความพลั้งเผลอของตนเองในอดีตและวิธีการจัดการกับความพลั้งเผลอนั้น

2. พยาบาลทบทวนเกี่ยวกับวงจรของการเปลี่ยนแปลง และอธิบายว่าสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้เสพติดสูบบุหรี่

3. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่วางแผนจัดการกับความพลั้งเผลอนั้นด้วยตัวเอง เช่น รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น หรือใช้ทักษะการหยุดความคิด

4. พยาบาลและผู้เสพติดสูบบุหรี่ร่วมวิเคราะห์ถึงแนวทางการจัดการกับความพลั้งเผลอ เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุด

ขั้นที่ 7 สิ้นสุดการบำบัด (10 นาที)

พยาบาลสรุปกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งนัดเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสูบบุหรี่ซักถามถึงข้อสงสัยจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งมอบหมายการบ้าน

การประเมินผล

จากการสังเกตการร่วมทำกิจกรรมและผู้เสพติดสูบบุหรี่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เกิดแรงจูงใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสูบบุหรี่ของตนเองด้วยความเต็มใจ มีความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสูบบุหรี่และมีแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่และป้องกันความพลั้งเผลอได้อย่างเหมาะสม

การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงความคิดซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเองซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพสุรา
3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราวางแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อรักษาระดับของแรงจูงใจให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาสาระ

จากแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) เชื่อว่าความซึมเศร้าเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือบุคคลมีความเครียดต่อสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดการกระตุ้นรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ประการ คือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดครั้งนี้คือ การทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง โดยมีวิธีการบำบัดคือ การให้ผู้เสพติดสุราบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ การสอนให้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริงทดแทนความคิดที่บิดเบือน และเรียนรู้ที่จะแยกแยะและเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน ดังนั้นเมื่อผู้เสพติดสุราเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพสุรา สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบได้จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาเสพสุราตามมาในที่สุด

กิจกรรม ในการบำบัดครั้งที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กล่าวนำ (10 นาที)

1. พยาบาลกล่าวทักทายผู้เสพติดสุราด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. พยาบาลและผู้เสพติดสุราร่วมกันทบทวนกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 1-2
3. พยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบฝึกการสำรวจความคิด พร้อมกล่าวชื่นชมผู้เสพติดสุราที่ทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย

4. พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเมินจากสมุดบันทึกการดื่มและสอบถามถึงวิธีการเผชิญกับตัวกระตุ้น การจัดการกับอาการอยากสุรา และการพลังเผลอลงกลับไปเสพสุรา สอบถามถึงปัญหาและข้อจำกัดในการนำแผนการจัดการกับอาการอยากสุราไปใช้

5. พยาบาลพยาบาลประเมินแรงจูงใจผู้เสพติดสุราในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้เสพติดสุราทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) หากพบว่าผู้เสพติดสุรามีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และคะแนนของแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 2 ความเชื่อมโยงของความคิดและพฤติกรรม (20 นาที)

1. พยาบาลทบทวนเกี่ยวกับวงจรของการดื่มสุราเมื่อพบเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นจะทำให้เกิดความคิดต่างๆ และทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกอยากสุรา เช่นเดียวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากความคิดที่บิดเบือน ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมตามมา

2. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเสพติดสุรา

3. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราทบทวนกรบ้าน แบบฝึกการสำรวจความคิด และพยาบาลให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

4. พยาบาลฝึกให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติด้านลบจากแบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยบันทึกลงในแบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (20 นาที)

1. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุรานำแบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ มาตรวจสอบว่าเป็นรูปแบบความคิดที่บิดเบือนหรือไม่

2. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราทบทวนตนเองที่ผ่านมาในอดีตสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ขั้นที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด (30 นาที)

1. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราเล่าประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับการกลับไปเสพสุราซ้ำ และการเกิดภาวะซึมเศร้า
2. พยาบาลเชื่อมโยงให้ผู้เสพติดสุรามองเห็นว่าความคิดที่บิดเบือนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแก้ปัญหาโดยการเสพสุราซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหที่ไม่เหมาะสม
3. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดเดิมที่มีลักษณะบิดเบือน ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การเสพสุราไปเป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสม หรือเป็นความคิดด้านบวกที่มีความสมเหตุสมผล โดยให้ผู้เสพติดสุรามองเห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนความคิด
4. พยาบาลอธิบายวิธีการสร้างความคิดใหม่โดยการปรับเปลี่ยนความคิด เช่นการหยุดความคิด การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองที่อยู่บนฐานของความเป็นจริง เป็นต้น
5. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราเลือกความคิด 1 ความคิดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และฝึกการตรวจสอบความคิด รวมทั้งฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิดใหม่เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมของตนเอง พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ
6. พยาบาลให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ

ขั้นที่ 5 สิ้นสุดการบำบัด (10 นาที)

1. พยาบาลสรุปกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งนัดเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราซักถามถึงข้อสงสัยจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้
3. มอบหมายการบ้านโดยให้ผู้เสพติดสุรา
 - 3.1 ฝึกการตรวจสอบความคิดด้านลบและปรับเปลี่ยนความคิดพร้อมทั้งบันทึกลงในแบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ (ใบกิจกรรมที่ 3.1)
 - 3.2 บันทึกกิจกรรมของฉัน และบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์
 - 3.3 เขียนบันทึกการดื่มสุราลงในสมุดบันทึกการดื่มของฉัน
 - 3.4 ลดปริมาณการดื่มสุราลงอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

จากการสังเกตการร่วมทำกิจกรรมและผู้เสพติดสุราที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เกิดแรงจูงใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองด้วยความเต็มใจ มีความรู้เกี่ยวกับ

ความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้อง นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและยุติการบำบัด

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถค้นหาสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุรามีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการกับความพลั้งเผลอซึ่งจะนำไปสู่การเป็นซ้ำ

เนื้อหาสาระ

การที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นสิ่งสำคัญคือ การป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยภายนอก คือบุคคล สถานที่ วันเวลาและโอกาสพิเศษ สถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายใน ซึ่งประกอบไปด้วย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การที่บุคคลมีการตระหนักรู้ความคิด รู้เท่าทันความคิดของตนเอง และมีการจัดการและแก้ไขกับอารมณ์ ความคิด ความอยากของตัวเองได้ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ที่สำคัญหากมีความตั้งใจแน่วแน่ มีแรงจูงใจในการเลิกเสพรู้จักสำรวจแรงจูงใจของตนเองตลอด จะทำให้ผู้เสพติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพรู้อย่างยั่งยืน

กิจกรรม ในการบำบัดครั้งที่ 4 ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กล่าวนำ (10 นาที)

1. พยาบาลกล่าวทักทายผู้เสพติดสุราด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. พยาบาลและผู้เสพติดสุราทบทวนกิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 1-3
3. พยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ รวมทั้งให้ผู้เสพติดสุราเล่าถึงบันทึกกิจกรรมของฉันทัน และบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ ว่าเป็นอย่างไรผู้เสพติดสุราสามารถควบคุมตนเองได้หรือไม่
4. พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเมินจากสมุดบันทึกการดื่ม พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมผู้เสพติดสุราที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการบำบัดจนถึงสัปดาห์สุดท้าย

5. พยาบาลประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสุราด้วยแบบสอบถาม
ชั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม

6. ในกรณีที่ผู้เสพติดสุรามีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบและคะแนนแบบวัดขั้นตอน
ของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) ไม่ผ่านเกณฑ์
ในการบำบัดครั้งที่ 3 และได้รับการเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมแล้วนั้น พยาบาลประเมินความคิด
อัตโนมัติด้านลบและแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการ
รักษา (SOCRATES – 8A) ซ้ำอีกครั้ง

ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการปฏิเสธ (20 นาที)

1. พยาบาลอธิบายถึงความสำคัญของการปฏิเสธการดื่มสุรา
2. พยาบาลให้ความรู้ผู้เสพติดสุราเกี่ยวกับการปฏิเสธการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วย การ
แสดงคำพูดปฏิเสธคำชวน และการแสดงสีหน้าท่าทาง
3. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราฝึกการปฏิเสธในสถานการณ์ต่างๆ โดยสร้างเหตุการณ์สมมติ
ให้ผู้เสพติดสุราได้ฝึกการปฏิเสธการดื่มสุรา

ขั้นที่ 3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (15 นาที)

1. พยาบาลทบทวนวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้เสพติดสุราเข้าใจว่าผู้เสพติด
สุราอาจผ่านวงจรนี้ได้หลายครั้งจึงจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา
สุราของตนเอง
2. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราค้นหาสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการพลั้งเผลอไปเสพยา
อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสีย (สังคม, การเงิน, สถานภาพทางสังคม) หรือการ
แสดงความสุข (ประสบความสำเร็จในงาน, เลื่อนขั้น) เป็นต้น
3. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราหาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยเสริมสร้าง
ความมั่นใจกับผู้เสพติดสุราว่าสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง
4. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราเขียนแผนการ ป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำลงในใบกิจกรรม
แนวทางสู่ความสำเร็จและตั้งรางวัลให้กับตัวเองเมื่อทำสำเร็จตามเป้าหมาย
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยให้ความ
ช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย เช่น ครอบครัว เพื่อน พร้อมทั้งบันทึกลงในใบกิจกรรมแนวทาง
สู่ความสำเร็จ
6. พยาบาลให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้เสพติดสุรา

ขั้นที่ 4 สิ้นสุดการบำบัด (20 นาที)

1. พยาบาลสรุปกิจกรรมการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง
2. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง
3. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรากล่าวคำมั่นสัญญาในการเลิกเสพสุราพยาบาลสรุปเป้าหมายพร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจของผู้เสพติดสุรา
4. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อผู้เสพติดสุราประสบปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราอภิปรายปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะหลังการบำบัด รวมถึงประโยชน์ที่ผู้เสพติดสุราได้รับจากการเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้
6. กล่าวยุติการบำบัด

การประเมินผล

จากการสังเกตการร่วมทำกิจกรรมและผู้เสพติดสุรามีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เกิดแรงจูงใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองด้วยความเต็มใจ มีทักษะในการปฏิเสธ และมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่

ละขั้นตอนแล้วนำไปโปรแกรมและเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้คือ

1. ปรับแก้ไขระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสม
2. ปรับแก้ไขกิจกรรมที่ 1.5 ให้ผู้วิจัยใช้การ formulate ผู้เสพติดสุรา แทนการให้ผู้เสพติดสุรา formulate ผู้ป่วยรายอื่น
3. ปรับแก้ไขกิจกรรมที่ 1.2 หน้าต่างแห่งความตระหนัก ควรเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยใส่ค่าคะแนนในแต่ละช่อง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกับผู้เสพติดสุรา
4. ในการบำบัดครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 ในกิจกรรมข้อที่ 4 ให้ปรับจากคำว่า การปรับเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เปลี่ยนเป็น การปรับเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองที่อยู่บนฐานของความเป็นจริงมากขึ้น
5. ในใบกิจกรรมที่ 3.2 ควรมีตัวอย่างแสดงอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง
6. พิจารณาหลีกเลี่ยงความคิดเชิงลบ/ เชิงบวก เพราะคำว่าเชิงบวกสอดคล้องกับ Positive thinking ซึ่งแตกต่างจาก concept Realistic thinking
7. ควรมีคู่มือการให้ความรู้กับผู้เสพติดสุราสำหรับผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มผู้เสพติดสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มารับการรักษาที่แผนกจิตประสาท สถาบันเวชศาสตร์การบิณ จำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง จากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าในการบำบัดต้องปรับระยะเวลาจาก 90 นาที เป็น 60 นาที เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เสพติดสุรา ปรับใบความรู้ให้กระชับขึ้นเนื่องจากเนื้อหาค่อนข้างมาก ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพ อาชีพ ระยะเวลาการดื่มสุรา สาเหตุการดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราของบิดามารดา ประวัติการให้สารเสพติดอื่นๆและประวัติการรักษา

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) ซึ่งอุบล ก่องแก้ว (2547) ได้นำไปประเมินกับกลุ่มผู้ติดสุราจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ

- 0 – 9 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติปกติ (normal range)
- 10 – 15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)
- 16 - 19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง(mild-moderate depression)
- 20 – 29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression)
- 30 – 63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:

Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 6 ปรับข้อคำถามจาก “ลงโทษ” เป็น “ตำหนิ”

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ภายหลังการปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการเสพสุรา และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนักและผู้ดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษจากสุราโดยประเมินจากพฤติกรรมการดื่มอันได้แก่ ปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่ม จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มจนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม

ในแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน การแปลความหมายพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับได้แก่

0 – 7	หมายถึง	การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย
8 – 15	หมายถึง	การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous)
16 – 19	หมายถึง	การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful)
≥ 20	หมายถึง	การดื่มแบบติด (Dependence)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) ได้เท่ากับ .80 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 ปรับแก้ข้อความจากเดิม ที่ผ่านมามีดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงใด ปรับแก้เป็นใน 12 เดือนที่ผ่านมาดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงใด

ข้อที่ 2 ปรับแก้ข้อความโดยให้ระบุว่าดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใด และระบุปริมาณที่ดื่มจริง แทนการใช้ปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้มากยิ่งขึ้น

ข้อที่ 7 ปรับแก้ข้อความโดยตัดคำว่า เกิดความรู้สึก

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .71 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้ากับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอื่น ๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงตรงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์ ครอนบาคสูงถึง 0.90 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck และมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดความซึมเศร้าอื่น ๆ ด้วย (ลัดดา แสนสีหา; 2536; Blackburn, 1986 ;Dobson, 1988 ; Hollon & Kendall, 1980) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้ง 30 ข้อได้ถูกนำมาวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้านต่างๆพบว่า คะแนนที่ได้นั้น ไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศและอายุ จากการศึกษาพบว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ประเมินที่มีต่อตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน ด้านแรกสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง ด้านที่สองสะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ ด้านที่สามสะท้อนอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ และด้านสุดท้ายสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้ค่า การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อที่ 1 – 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนนส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนนคือไม่มีความคิดด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนน ทั้งนี้หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ และดำเนินการแก้ปัญหาความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุรากลุ่มตัวอย่างต่อไป

หลังเสร็จสิ้นการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนนทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) ได้เท่ากับเท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 ปรับข้อคำถามจากเดิม ฉันรู้สึกว่าคุณเป็นคนต่อต้านโลก เปลี่ยนเป็น ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลกหรือต่อต้านสังคม

ข้อที่ 8 ปรับข้อคำถามจากเดิม ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน เปลี่ยนเป็น ฉันรู้สึกอ่อนแอเกินไป

ข้อที่ 12 ปรับข้อคำถามจากเดิม ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว เปลี่ยนเป็น ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นาน

ข้อที่ 15 ปรับข้อคำถามจากเดิม ฉันปรารถนาว่าคุณจะพ้นไปจากที่นี่ ไปอยู่ที่นั่น เปลี่ยนเป็น ฉันปรารถนาว่าคุณจะย้ายไปจากที่นี่ ไปอยู่ที่นั่น

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

3.2 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) ของ Miller & Tonigan (1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พิชัย แสงชาญชัย (2546) ซึ่งแปลจาก Assessing drinker's motivation for change : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES- 8A) และปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดย พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปีพ.ศ. 2547 และได้แปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ซึ่งแบบประเมินนี้จะประเมินโดยผู้เสพติดสุรา จะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้านคือ

ด้านการยอมรับจำนวน	7 ข้อ	(1,3,7,10,12,15,17)
ด้านความลังเล จำนวน	4 ข้อ	(2,6,11,16)
ด้านกำลังลงมือทำ จำนวน	8 ข้อ	(4,5,8,9,13,14,18,19)

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็นรายด้านดังนี้

ด้านการยอมรับ

คะแนนอยู่ในระดับสูง (33 – 35 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุรายอมรับว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา และแสดงออกถึงการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพสุราของตนเอง

คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (7 – 29 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุราไม่ยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการดื่มสุรา และไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพสุรา

ด้านความลังเล

คะแนนอยู่ในระดับสูง (16 - 20 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุราเกิดความลังเลใจไม่แน่ใจในการเสพสุราของตนเอง เริ่มตระหนักว่ามีปัญหา ซึ่งคะแนนในระดับนี้บ่งบอกว่าผู้เสพติดสุราอยู่ในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (4 - 14 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุราไม่ได้สนใจถึงพฤติกรรมกรรมการเสพสุราของตนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้เสพติดสุราอาจรับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุของปัญหาหรืออาจคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

ด้านกำลังลงมือทำ

คะแนนอยู่ในระดับสูง (34 - 40 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุราพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองและคิดว่าจะประสบความสำเร็จ

คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (8 - 30 คะแนน) หมายถึง ผู้เสพติดสุรายังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุรา

โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนที่อยู่ในด้านกำลังลงมือทำมีค่าคะแนน 36 คะแนนขึ้นไป โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์จากระดับคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังลงมือทำตามการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2548) ทั้งนี้หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

หลังเสร็จสิ้นการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้ในด้านกำลังลงมือทำมีค่าคะแนนมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไปทุกคน ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) ได้เท่ากับ เท่ากับ

1.0

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของคرونบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้น คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่องการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัย ได้ผ่านการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากนายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร หัวหน้าศูนย์สุขภาพจิต 1 ที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับวิทยากรผู้ฝึกอบรมรูปแบบการช่วยเหลือชนิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้วยที่ติดเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับแผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ สำหรับการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้วิจัยได้เข้าอบรมเรื่องการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบนึกคิดและพฤติกรรม จากดร.ดรุณี ภูขาว ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ อีกทั้งได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

1.2 จัดเตรียมโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

1.3 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัย

1.4 เตรียมสถานที่ในการทำโครงการ โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาถึงผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อทำการศึกษาและเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ โดยชี้แจงรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.2 ขอใช้สถานที่ในการดำเนินการศึกษา

1.4.3 การพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยแจ้งวันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการดำเนินการศึกษา

1.5 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ โดยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แล้วขออนุญาตดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา (AUDIT)

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน(Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางคู่กับระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 16 – 19 คะแนน) และระดับมากคู่กับระดับมาก (ช่วงคะแนน 20 – 29 คะแนน) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น โดยให้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน

2) ให้ข้อมูลกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือด ประเมินโรคทางกาย และโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการขาดสุรา และให้

ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและยาติ รวมถึงการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ หรือเข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช

3) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือด ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการขาดสุรา และให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและยาติ รวมถึงการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ หรือเข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช

2) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 3 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมอาการเสพสุรา โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมอาการเสพสุรา (AUDIT)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ	ภาวะ ซีมีเศร้า	พฤติกรรม การเสพยา	เพศ	อายุ	ภาวะ ซีมีเศร้า	พฤติกรรม การเสพยา
1	ชาย	26	20	31	ชาย	21	22	36
2	ชาย	29	24	36	ชาย	29	29	28
3	ชาย	40	18	39	ชาย	40	18	36
4	ชาย	44	16	20	ชาย	42	17	36
5	ชาย	44	18	27	ชาย	45	20	29
6	ชาย	41	26	32	ชาย	47	26	28
7	ชาย	48	29	36	ชาย	46	29	25
8	ชาย	46	16	32	ชาย	48	16	28
9	ชาย	48	26	33	ชาย	49	16	26
10	ชาย	35	18	23	ชาย	32	17	29
11	ชาย	34	19	32	ชาย	38	19	29
12	ชาย	35	24	27	ชาย	33	21	20
13	ชาย	34	26	34	ชาย	31	26	29
14	ชาย	34	34	32	ชาย	37	35	30
15	ชาย	33	36	30	ชาย	32	43	36
16	ชาย	49	18	39	ชาย	48	16	35
17	ชาย	58	25	40	ชาย	58	20	23
18	ชาย	57	17	20	ชาย	59	16	24

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุในจำนวนที่เท่ากันดังนี้ ช่วงอายุ 20 – 29 ปี กลุ่มละ 2 คน ช่วงอายุ 30 – 39 ปี กลุ่มละ 6 คน ช่วงอายุ 40 – 49 ปี กลุ่มละ 8 คน และช่วงอายุ 50 – 59 ปีกลุ่มละ 2 คน สำหรับภาวะซีมีเศร้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี คะแนนภาวะ

ซีมีเศร่าในจำนวนที่เท่ากันดังนี้ ภาวะซีมีเศร่าระดับปานกลาง (16 – 19 คะแนน) กลุ่มละ 8 คน ภาวะซีมีเศร่าในระดับมาก (20 – 29 คะแนน) กลุ่มละ 8 คน และภาวะซีมีเศร่าในระดับรุนแรง (30 – 63 คะแนน) กลุ่มละ 2 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 36 คนมีคะแนนพฤติกรรมการเสพสุราอยู่ในระดับติด คือมีคะแนนพฤติกรรมการเสพสุรามากกว่า 20 คะแนนทุกคน

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2554 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2555

2.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรในทีมสุขภาพได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือด ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการขาดสุรา และให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและญาติ รวมถึงการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ หรือเข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามวันเวลาที่กำหนด ผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

เมื่อดำเนินการในการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. พยาบาลและผู้เสพติดสุรามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้เสพติดสุราเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการบำบัด รวมถึงระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง ยินดีที่จะเข้ารับการบำบัดด้วยความเต็มใจ

2. ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราของตนเองซึ่งเกิดผลกระทบต่อร่างกายและครอบครัว สังคม หลังจากที่พยาบาลให้ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องผลการประเมินภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมการเสพสุรา โดยผู้เสพติดสุราเกือบทั้งหมดตระหนักว่าการดื่มสุราเกิดปัญหาให้กับตนเอง และเข้ารับการรักษาเพื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุรา โดยเห็นได้จากการกล่าว

ข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ซึ่งสะท้อนในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราพูดหรือคิด ยกตัวอย่างเช่น “มาเลิกเพราะปัญหาสุขภาพ” “มันไม่ไหวแล้วหมอกินไม่ได้เลย” “อายุลูกอายุหลานมันที่เห็นปู่กินเหล้าอย่างนี้” “สงสารเมียครับ ต้องมาคอยดูแลเวลาผมเมา” “เวลาเมาแล้วกลายเป็นคนละคนเลย อายุชาวบ้านเขา” และ “ต้องการมีครอบครัว”

3. ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่รู้จักภาวะซึมเศร้า คิดว่าเป็นอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เบื่อหน่ายไม่ อยากทำอะไร ยอมรับว่าตนเองเคยมีอาการดังที่ได้กล่าวมา บางครั้งต้องหันไปพึ่งสุราเพราะทำให้ ลืมความทุกข์ สบายใจ ไม่ต้องคิดอะไรมาก อย่างไรก็ตามผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่ไม่คาดคิดว่า ตนเองจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

4. ผู้เสพติดสุราสามารถวิเคราะห์ผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อชีวิตประจำวันของ ตนเองได้ จากกิจกรรมหน้าต่างแห่งความตระหนัก ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มองว่าหากยังคงดื่มสุรา ต่อจะมีผลกระทบหลายด้านได้แก่ สุขภาพของผู้เสพติดสุรา ครอบครัว การงาน และเศรษฐกิจและ สังคม ผู้เสพติดสุราคิดว่าการดื่มสุราไม่ส่งผลดีกับตนเองเลย และถ้าหยุดดื่มสุราจะทำให้สุขภาพ ของตนดีขึ้น รวมไปถึงครอบครัว สังคม ทำให้ตนเองมีงานทำ

5. ผู้เสพติดสุราประเมินแรงจูงใจของตนเองในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถาม ขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่ประเมินแรงจูงใจใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองที่ระดับ 8 กล่าวคือ อยู่ในขั้นตอนคิดหาวิธีการ ต่างๆที่ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง ผู้เสพติดสุรายาวหนึ่งมารับ การรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์โดยญาติเป็นผู้พามารักษาไม่ได้มารักษาด้วยความต้องการของ ตนเอง แต่หลังจากได้พูดคุยกับพยาบาล ได้วิเคราะห์กิจกรรมหน้าต่างแห่งความตระหนัก มอง ตัวเองในอดีตที่ผ่านมา และมองตัวเองในอนาคตหากยังคงดื่มสุราต่อ ผู้เสพติดสุราตระหนักว่าการ ดื่มสุราไม่ส่งผลดีกับตนเองเลย สุราไม่ได้ช่วยให้ตนเองดีขึ้น เป็นเพียงตัวช่วยดับทุกข์ชั่วคราว เท่านั้น รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว การทำงานอีกด้วย เมื่อประเมินแรงจูงใจในการเลิก เสพสุราพบว่าผู้เสพติดสุรายาวนี้ประเมินตนเองอยู่ที่ระดับ 8 ซึ่งถือเป็นระดับที่มีแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราอยู่ในระดับสูง

6. หลังจากผ่านขั้นตอนแรกของการสร้างเสริมแรงจูงใจเมื่อผู้เสพติดสุราได้สำรวจความ ลังเลใจของตนเองและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราแล้ว ผู้เสพติดสุราให้คำมั่น สัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง โดยมีเป้าหมายคือการเลิกดื่มสุราพร้อม บันที่กลงในใบคำมั่นสัญญา ซึ่งใบคำมั่นสัญญานั้นผู้เสพติดสุราจะเก็บไว้เพื่อเตือนตัวเองในขณะที่

อยู่ที่บ้าน ผู้เสพติดสุรารายหนึ่งกล่าวว่า “จะเอาไปให้หลานดู ว่าปู่สัญญาจะเลิกเหล้าแล้วจริงๆ” ไบค์มั้นสัญญาถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง เป็นเครื่องยืนยันให้แรงจูงใจยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง เป็นการเตือนตนเองของผู้เสพติดสุราไม่ให้พลังผลกลับไปเสพสุราซ้ำ หรือล้มเลิกความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการแสดงความรับผิดชอบตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพสุรา อีกทั้งการให้ผู้เสพติดสุราตั้งเป้าหมายด้วยตนเองซึ่งคิดว่าตนเองจะทำได้สำเร็จจะทำให้ผู้เสพติดสุราตั้งใจที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพสุราเพื่อให้เป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้เป็นจริง

7. ผู้เสพติดสุราสามารถค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเองเกิดความคิดอยากดื่มสุราได้ และมีแนวทางในการจัดการตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่นผู้เสพติดสุรารายหนึ่งเล่าว่าตนเองเป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ภรรยาของตนเองจะซื้อเบียร์แช่ตู้เย็นเก็บไว้ในบ้านตลอดเวลา เนื่องจากภรรยาไม่ต้องการให้ตนเองออกไปดื่มสุรานอกบ้าน เมื่อกลับจากการทำงาน หากตนเองรู้สึกเหนื่อย หรือมีภาวะเครียดจากงานสามารถเปิดตู้เย็นดื่มเบียร์ได้เลย ซึ่งตัวกระตุ้นที่ทำให้ดื่มสุราของผู้เสพติดสุรารายนี้คือ ภาวะเครียด เหนื่อยจากการทำงาน และการมีสุรารอบบ้านถือเป็นตัวกระตุ้นอย่างหนึ่งเมื่อพบเห็นทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มหรือภาวะเครียด เหนื่อยจากการทำงานถือเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติ เกิดอาการอยากสุราส่งผลให้เสพสุราตามมาได้ ดังนั้นแนวทางการจัดการกับตัวกระตุ้นของผู้เสพติดสุรารายนี้คือการไม่มีสุราเก็บไว้ในบ้าน รวมถึงมีการจัดการกับภาวะเครียดหรืออาการเหนื่อยล้าจากการทำงานที่เหมาะสม

8. ในเรื่องการทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของปัญหา ในขั้นตอนนี้ผู้เสพติดสุราสามารถวิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความคิดอยากดื่มสุรา ยกตัวอย่างเช่นปัญหาของบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง สูญเสียคนรัก รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ผิดหวังที่ตนเองทำงานไม่ได้อย่างที่ตั้งใจ และผู้เสพติดสุราสามารถวางแผนเปลี่ยนแปลงตนเองซึ่งมาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัญหาดังกล่าว

ในการบำบัดครั้งนี้พบว่าผู้เสพติดสุราบางรายที่ไม่ต้องการเลิกเสพสุรา แต่เข้ารับการบำบัดโดยความต้องการของญาติ หรือหัวหน้างาน หากเมื่อเข้ารับการบำบัดในครั้งที่ 1 หลังจากที่ใช้กลยุทธ์ของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ข้อดี และข้อเสียของการเสพสุราพบว่าผู้เสพติดสุราตระหนักถึงปัญหาในเรื่องสุขภาพ ครอบครัว การทำงาน ดังกรณีของผู้เสพติดสุรารายหนึ่งเข้ามารับการบำบัดเพราะมารดาต้องการให้เลิกเสพสุรา มีคะแนนพฤติกรรม การเสพสุราจากแบบประเมินพฤติกรรม การเสพสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับติด และมีระดับคะแนนภาวะ

ซึ่มเศร่าซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะซึ่มเศร่าของเบคอยู่ในระดับรุนแรง ในการพบผู้วิจัยครั้งแรกผู้เสพติดสุร่าสีหน้าเศร่าหมอง ไม่สนใจ ไม่อยากตอบคำถาม แต่หลังจากได้พูดคุยกับผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้เสพติดสุร่าเกิดความไว้วางใจ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร และแสดงความเข้าใจจริงใจ จึงพบว่าผู้เสพติดสุร่ามีปัญหาในเรื่องของการสูญเสียคนรัก และว่างงานจึงหันเสพสุร่าเพื่อบรรเทาภาวะซึ่มเศร่าของตนเองจนกระทั่งเสพติดสุร่า ผู้เสพติดสุร่าไม่ทราบว่ตนเองมีภาวะซึ่มเศร่าอยู่ในระดับรุนแรง แต่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ เมื่อผู้เสพติดสุร่าได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการเสพสุร่า เกิดความตระหนักว่การเสพสุร่ามีข้อเสียมากกว่าการหยุดเสพ หากตนเองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่าได้จะทำให้ชีวิตตนเองดีขึ้น ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่าของผู้เสพติดสุร่ารายนี้อยู่ในระดับ 8 และข้อความจูงใจตนเองของผู้เสพติดสุร่าคือ “ถ้าเลิกเหล้าชีวิตต้องดีขึ้นกว่าเดิม” ผู้เสพติดสุร่ามีแรงจูงใจที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่าของตนเองได้ด้วยความเต็มใจ เป้าหมายของผู้เสพติดสุร่ารายนี้คือ การหยุดเสพ ในการบำบัดครั้งต่อมาผู้เสพติดสุร่ายังคงความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่าของตนเองอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการบำบัด หลังการบำบัดสิ้นสุดลงผู้เสพติดสุร่ารายนี้ได้ทำงานเป็นผู้ช่วยเภสัชกรที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สีหน้าแจ่มใส

เนื่องจากการบำบัดครั้งนี้เป็นการพบกันครั้งแรกระหว่างพยาบาลกับผู้เสพติดสุร่าซึ่งต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกันดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยการที่พยาบาลแสดงท่าทีที่เป็นมิตร มีความจริงใจ เข้าใจทำให้ผู้เสพติดสุร่าเกิดความไว้วางใจได้ในที่สุด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบที่ยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้เสพติดสุร่าได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกให้ผู้เสพติดสุร่ารับรู้ว่ตนเองสามารถทำได้ภายใต้ท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจของผู้บำบัด มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งสิ่งสำคัญซึ่งเป็นเครื่องยืนยันให้แรงจูงใจยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องคือการให้คำมั่นสัญญาเพื่อเป็นการเตือนตนเองของผู้เสพติดสุร่าไม่ให้พลังเผลอลกลับไปเสพ สุร่าซ้ำ หรือล้มเลิกความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการแสดงความรับผิดชอบตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่า อีกทั้งการให้ผู้เสพติดสุร่าตั้งเป้าหมายด้วยตนเองซึ่งคิดว่าตนเองจะทำได้สำเร็จจะทำให้ผู้เสพติดสุร่าตั้งใจที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเสพสุร่าเพื่อให้เป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ เป็นจริง นอกจากนี้การกำกับพฤติกรรมกรการเสพสุร่าของตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เสพติดสุร่าระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ดื่มสุร่า ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ห้วงจรปัญหาที่นำมาสู่การดื่มสุร่าซ้ำๆของ

แต่ละคนและผลตามมาของการเสพสุราทั้งกับตนเอง บุคคลสำคัญในชีวิตและสังคม ซึ่งมีทั้งผลระยะสั้นและระยะยาว

สิ่งสำคัญที่สุดคือ การทำการบ้านซึ่งเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากของการบำบัด เป็นการฝึกให้ผู้เสพติดสุราได้สังเกต ตรวจสอบตนเองในแต่ละสถานการณ์มีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างไร โดยพยาบาลต้องชี้ให้ผู้เสพติดสุราเห็นถึงประโยชน์ของการทำการบ้านทุกครั้ง และช่วยให้มองเห็นความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดความร่วมมือและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสุรา

เมื่อดำเนินการในการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้เสพติดสุรายิ้มและกล่าวทักทายกับพยาบาลด้วยความเป็นกันเองมากขึ้น
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบค้นหาตัวกระตุ้น พบว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่ที่ทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งมีผู้เสพติดสุรา 2 รายที่ไม่ได้ทำการบ้านมา จากการที่พยาบาลพูดคุยกับผู้เสพติดสุราเพื่อหาสาเหตุ พบว่าผู้เสพติดสุราให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ไม่รู้ว่าจะเขียนอย่างไรเป็นต้น เมื่อพยาบาลชี้ให้เห็นประโยชน์ของการทำการบ้าน ผู้เสพติดสุรายอมรับฟัง และมองเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้น และพยายามคิดหาวิธีการที่จะทำการบ้านในครั้งต่อไป โดยให้ซักถามพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจการบ้านที่ได้รับมอบหมาย
3. ผู้เสพติดสุราทั้ง 18 คนไม่ดื่มสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมาจากแบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน พบว่าเมื่อผู้เสพติดสุราประเมินแรงจูงใจของตนเองในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมในการบำบัดครั้งนี้ ผู้เสพติดสุรายังคงมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ระดับ 8 แสดงว่าผู้เสพติดสุรายังคงมีแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้เสพติดสุรามีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอยากสุราที่แตกต่างกัน และมีแนวทางในการจัดการอาการอยากสุราของตนเองที่เหมาะสม โดยผู้เสพติดสุรายุ่หนึ่งเล่าประสบการณ์ของตนเองว่า เคยหยุดดื่มสุราแล้วมีอาการอยากสุราจะมีอาการมือสั่น เมื่อเห็นเพื่อนบ้านนั่งดื่มสุราอยู่จึงหลีกเลี่ยงโดยการรับประทานอาหารให้อิ่มพร้อมกับบอกตัวเองว่าเราต้องทำได้ หลังจากพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุราทำให้ผู้เสพติดสุรามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการอยากสุราได้มากยิ่งขึ้น

5. ผู้เสพติดสุราสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราได้ แบ่งออกเป็น ปัจจัยภายนอกได้แก่ เหตุการณ์กระตุ้นต่างๆ เช่นงานเลี้ยงสังสรรค์ วันเกิด งานฉลอง และปัจจัย ภายในได้แก่ ความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น อารมณ์เศร้า ทุกข์ใจ โดยพบว่าส่วนใหญ่ ตัวกระตุ้นของผู้เสพติดสุราที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราคือ ความคิด “ดื่มคนเดียวไม่เป็นไร” “สุรา ทำให้หายเหนื่อย ดื่มเบียร์เย็นๆแล้วชื่นใจ” “ถ้าไม่ดื่มแล้วคุยงานกับเขาไม่รู้เรื่อง” เป็นต้น

6. ผู้เสพติดสุราให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวกระตุ้น ความคิด อาการอยาก สุรา และพฤติกรรม โดยผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ระหว่างเดินทางกลับบ้านผ่านร้านขายสุราที่ซื้อเป็นประจำ ภาระงานที่รับผิดชอบมี มาก เกิดความเครียด เพื่อนนั่งดื่มสุราอยู่ข้างบ้านและชักชวนให้ดื่มสุรา เป็นต้น

7. หลังจากพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุรา ได้แก่ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นการหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยง ทำกิจกรรมต่างๆทดแทนการดื่มสุรา เช่นปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เล่นกีฬา กล่าวให้กำลังใจตนเองว่าแล้วมันจะผ่านไป หรือบอกกับตนเอง ว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราได้ รวมทั้งใช้เทคนิคการหยุดคิด หยุดให้ความสำคัญกับ อาการอยากสุรา เขียนป้ายหรือข้อความเตือนตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถนำไปใช้ ในเวลาที่เกิดอาการอยากสุรา ผู้เสพติดสุราเข้าใจและมีแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุรา ของตนเองที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ไม่เดินผ่านร้านขายสุราหากอยู่ในระหว่างทางกลับบ้าน จะหลีกเลี่ยง หรือทำกิจกรรมต่างๆทดแทนเมื่อมีอาการอยากสุรา ผู้เสพติดสุรายุหนึ่งบอกว่า ตนเองใช้วิธีการรับประทานอาหารเมื่อมีอาการอยากสุราเนื่องจากมีความคิดว่าหากตนเองรู้สึกอึด จะไม่อยากดื่มสุราอีกเป็นต้น

8. ผู้เสพติดสุราเข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับ ความพลั้งเผลอลงกลับไปดื่มสุราของตนเอง โดยผู้เสพติดสุรายุหนึ่งเล่าว่าตนเองเคยเลิกดื่มสุรา 6 ปี และเผลอลงกลับไปดื่มเพราะคิดว่า “แก้วเดียวคงไม่เป็นไร เราควบคุมการดื่มได้” โดยคิดว่าความ ใจอ่อนเผลอลงกลับไปดื่มเมื่อเพื่อนชวนทำให้ตนเองต้องกลับไปเสพสุราซ้ำ ซึ่งผู้เสพติดสุราเข้าใจว่า ความพลั้งเผลอสามารถเกิดขึ้นได้ และวางแนวทางการจัดการความพลั้งเผลอของตนเองได้

ในการบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราของ ตนเองแตกต่างกันไป โดยแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราผู้วิจัยเสนอแนวทางให้ผู้เสพติด สุราเป็นผู้เลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ดังกรณีผู้เสพติดสุรายุหนึ่งที่ใช้การหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้น คือไม่ไปหรือเดินผ่านสถานที่ที่ทำให้ต้องดื่มสุรา โดยผู้เสพติดสุรากล่าวว่า “ถ้าเดินผ่าน

เห็นขวดเหล้าตั้งอยู่มันก็อยากดื่มแล้ว จึงไม่เดินผ่านดีกว่าจะได้ไม่เห็น เราก็จะไม่รู้สึกอยากด้วย” “เห็นแล้วมันเปรี้ยวปากอยากดื่ม” ผู้เสพติดสุรบบางรายใช้หลักวิธีคลายขมวดความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ เช่นคิดว่าการดื่มสุร่าทำให้คลายความเครียด แต่คิดว่ามีวิธีการอื่นที่ทำให้คลายความเครียดเช่นเดียวกันโดยไม่ต้องดื่มสุร่า เช่น การปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา วาดรูป ซึ่งผู้เสพติดสุร่ารายหนึ่งกล่าวว่า “เอาเวลากินเหล้าไปทำกับข้าวให้เมียกินดีกว่า เมียไม่บ่นด้วย” หรือการจัดการกับอาการอยากสุร่าของผู้เสพติดสุร่าบางรายใช้เทคนิคการหยุดความคิด บอกกับตนเองหยุดให้ความสำคัญกับอาการอยากสุร่า ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจหรือทำกิจกรรมอื่นทดแทน เพื่อให้ลืมอาการอยากสุร่า เช่นการรับประทานอาหารเมื่อเกิดอาการอยากสุร่า หรือเห็นเพื่อนนั่งดื่มสุร่าอยู่ แล้วเกิดอาการอยากดื่มกับเพื่อน จะใช้วิธีรับประทานอาหารให้อิ่มจะได้ไม่ต้องดื่มสุร่า และปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนว่า “กินข้าวอิ่มแล้ว ดื่มเหล้าไม่ได้แล้ว” นอกจากนี้การให้ผู้เสพติดสุร่าฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการหายใจแบบช่องท้อง หรือการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ผู้เสพติดสุร่ามีแนวทางในการจัดการกับความเครียด และอาการอยากสุร่าของตนเองได้อีกวิธีหนึ่ง รวมถึงเทคนิคการพูดทางบวกกับตนเองว่า “อาการอยากสุร่าเปรียบเหมือนคลื่น ที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป ฉันสามารถควบคุมอาการอยากสุร่าของฉันได้” ผู้เสพติดสุร่ารายหนึ่งกล่าวว่า “จะเอาใบคำมันสัญญาไปแปะที่ฝาบ้าน เพื่อเตือนตัวเองเวลาอยากดื่มสุร่า” เป็นต้น นอกจากนี้การมอบหมายการบ้านให้ผู้เสพติดสุร่าถือว่าการบำบัดอย่างหนึ่งให้ผู้เสพติดสุร่าได้ฝึกทักษะ และมีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองขณะกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้เสพติดสุร่ารายหนึ่งกล่าวว่า “เพื่อนชวนไปดื่มเหล้า แต่ผมก็ปฏิเสธไปเพราะต้องลงบันทึกลงในการบ้านผมอายุหมอลครับ”

การกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุร่าเกิดแรงจูงใจและคงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพสุร่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัด เนื่องจากผู้เสพติดสุร่ามักมีประสบการณ์ของความล้มเหลวจากการหยุดดื่มมาก่อน และเชื่อว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุร่าของตนเองได้ ดังนั้นการให้ผู้เสพติดสุร่ามีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุร่าได้ และมีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยพยาบาลต้องให้ผู้เสพติดสุร่าตระหนักว่าความล้มเหลวนั้นเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ และการพลังผลกลับไปเสพสุร่าซ้ำไม่ใช่สัญญาณของความล้มเหลวเสมอไป

ความพลังผลกลับไปเสพสุร่าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการบำบัด เมื่อผู้เสพติดสุร่าพลังผลไปดื่มสุร่าไม่ได้หมายความว่าความล้มเหลวหรือผู้เสพติดสุร่าไม่

สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ แต่กลับเป็นสิ่งที่ทำทนายผู้เสพติดสุราให้สามารถหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการกับความพลั้งเผลอของตนซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหา ตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

เมื่อดำเนินการในการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้เสพติดสุราที่ทนายพยาบาลด้วยความเป็นกันเองมากขึ้นกว่าการบำบัดครั้งที่ผ่านมา
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบค้นหาตัวกระตุ้น พบว่าผู้เสพติดสุราทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบฝึกการสำรวจความคิด

3. เมื่อพยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินจากสมุดบันทึกการดื่มของฉัน พบว่ามีผู้เสพติดสุรา 1 รายที่ดื่มเบียร์ 1 กระป๋อง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้เสพติดสุราให้เหตุผลว่ากลับจากทำงานรู้สึกเหนื่อย คิดว่าการดื่มทำให้ตนเองหายเหนื่อย ดื่มชนิดเดียวคงไม่เป็นไร พยาบาลไม่ตำหนิผู้เสพติดสุราที่เผลอกลับไปดื่ม แต่กล่าวชื่นชมที่ผู้เสพติดสุรายอมรับว่าตนเองดื่มแม้จะเป็นเพียงเล็กน้อยซึ่งเป็นความพลั้งเผลอที่สามารถเกิดขึ้นได้ แต่เน้นย้ำว่าหากผู้เสพติดสุรายอมให้เกิดความพลั้งเผลอขึ้นหลายครั้งจะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และกล่าวให้กำลังใจกับผู้เสพติดสุราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองต่อเนื่อง

4. หลังจากพยาบาลประเมินแรงจูงใจผู้เสพติดสุราในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้เสพติดสุราทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ระดับ 8 ขึ้นไปทุกคน และหลังจากทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ อยู่ในระหว่าง 30 – 80 คะแนนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ และมีค่าคะแนนด้านกำลังลงมือทำจากแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) อยู่ที่ระดับมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไปทุกคน

5. ผู้เสพติดสุรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อมโยงของ ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม และมีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเสพติดสุรา โดยผู้เสพติดสุราสามารถบอกรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนของตนเองได้ ยกตัวอย่าง เช่น คิดว่าแม่ไม่รักตนเพราะทำงานที่ไม่ดีแม่ไม่เคยภูมิใจ คิดว่าตนล้มเหลวไปหมดทุกอย่างไม่มีทางทำอะไรสำเร็จ คิดว่าคนรอบข้างรังเกียจตนเพราะตนเป็นคนไม่ดี และ คิดว่าตนเป็นสามีที่ไม่ดีภรรยาจึงทิ้งตนไป

6. ผู้เสพติดสุราสามารถตรวจสอบความคิดด้านลบ ว่าเป็นรูปแบบความคิดที่บิดเบือนหรือไม่

7. ผู้เสพติดสุราเข้าใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดเดิมที่มีลักษณะบิดเบือนซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การเสพสุราไปเป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสม หรือเป็นความคิดด้านบวกที่มีความสมเหตุสมผล และมองเห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนความคิด วิธีการสร้างความคิดใหม่โดยการปรับเปลี่ยนความคิด เช่นการหยุดความคิด การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองที่อยู่บนฐานของความเป็นจริง เป็นต้น

ในการบำบัดครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราได้ค้นหา ตรวจสอบความคิดของตนเองว่าเป็นความคิดที่บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิด ดังกรณีผู้เสพติดสุรารายหนึ่ง คิดว่า “แม่ไม่เคยรักผมหรอก เขารักแต่พี่สาวเขาเรียนหนังสือเก่งเป็นถึงครูบาอาจารย์ ผมไม่เอาไหนแม่ไม่เคยภูมิใจในตัวผม” ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้เสพติดสุราตรวจสอบว่าความคิดนี้เป็นจริงหรือไม่ และมีเหตุการณ์ใดที่สนับสนุนว่าความคิดของตนเองเป็นจริง มีเหตุการณ์ใดที่ทำให้ตนเองคิดว่าแม่ไม่รัก ไม่ภาคภูมิใจ ซึ่งผู้เสพติดสุราไม่มีเหตุการณ์สนับสนุนความคิดของตนเองเลย หลังจากตรวจสอบความคิดแล้วพบว่า เป็นความคิดที่บิดเบือนซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และการเสพสุราในที่สุดนั่นเอง ผู้เสพติดสุราเล่าว่าตนเองเปิดร้านขายของที่ตลาดนัดสวนจตุจักรมีทั้งหมด 3 ร้าน แม่ต้องเดินทางมาจากเชียงใหม่เพื่อมาช่วยดูแลร้านทุกสัปดาห์เพราะตนเองดูแลร้านไม่ทั่วถึง ผู้วิจัยกล่าวว่า “การเรียนหนังสือไม่จบ แต่สามารถทำงานมีกิจการของตนเองถึง 3 ร้านน่าภูมิใจหรือไม่ “ เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราได้วิเคราะห์ตนเองว่าภูมิใจในตนเองหรือไม่ คิดว่าแม่ภูมิใจหรือไม่ที่บุตรชายของตนเอง แม้เรียนหนังสือไม่จบแต่สามารถมีกิจการของตนเองได้ การที่ดื่มสุราทุกวันจนเป็นผู้เสพติดสุรานั้น แม่ควรภาคภูมิใจหรือไม่ ผู้เสพติดสุราตระหนักว่าความคิดเรื่องแม่ไม่รัก ไม่ภูมิใจเป็นความคิดที่บิดเบือนจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของตนเอง ปรับเปลี่ยนความคิดว่าการที่ตนเองดื่มสุราจนติดสุรา

เป็นสิ่งที่แม่ไม่น่าภูมิใจ ดังนั้นจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และมีความคิดใหม่ว่าการหยุดดื่มสุราจะทำให้แม่รักตนเองและภูมิใจตนเองมากกว่า

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ที่กล่าวโดย Beck (1967) เชื่อว่าความซึมเศร้าเกิดจากปัจจัย 2 ประการคือ บุคคลมีความเครียดต่อสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดหลักในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นจึงเชื่อว่าอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม การแก้ปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนความคิด จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ตามมา ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการทำให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และมองเห็นว่าความคิดที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม

การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกช่วยให้ผู้เสพติดสุราได้ตระหนักรู้ และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองจากการที่บันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมในแต่ละวัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัตินั้นๆ

การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำและยุติการบำบัด

เมื่อดำเนินการในการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้เสพติดสุราทักทายด้วยความเป็นกันเอง สีหน้าสดชื่น แจ่มใส
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบสำรวจและตรวจสอบความคิดด้านลบ บันทึกกิจกรรมของฉัน บันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ พบว่าผู้เสพติดสุราทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย
3. เมื่อพยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินจากสมุดบันทึกการดื่ม พบว่าผู้เสพติดสุราไม่ดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ผ่านมา
4. หลังจากพยาบาลประเมินแรงจูงใจผู้เสพติดสุราในการเลิกเสพยา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าผู้เสพติดสุรามีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ระดับ 8 ขึ้นไปทุกคน
5. ผู้เสพติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธการดื่มสุรา และมีทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆได้

6. ผู้เสพติดยาสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการพลั้งเผลอไปเสพยาอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสีย (สังคม,การเงิน,สถานภาพทางสังคม) หรือการแสดงความสุข (ประสบความสำเร็จในงาน,เลื่อนขั้น) เป็นต้น

7. ผู้เสพติดยามีแผนการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และมีแนวทางสู่ความสำเร็จ รวมถึงการตั้งรางวัลให้กับตัวเองเมื่อทำสำเร็จตามเป้าหมาย ยกตัวอย่างเช่น ผู้เสพติดยารายหนึ่ง เลิกติดยาเพื่อเป็นของขวัญรับปริญญาให้กับลูก

8. ผู้เสพติดยามีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่คอยให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย เช่นครอบครัว เพื่อน

ในการบำบัดครั้งนี้ผู้เสพติดยามีทักษะในการปฏิเสธการติดยา และวางแผนการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยผู้เสพติดยารายหนึ่งกล่าวว่า แนวทางการปฏิเสธการติดยาของตนเองคือ บอกว่า “ไม่ดื่ม มีปัญหาสุขภาพ” หรือผู้เสพติดยารายหนึ่งใช้วิธีหลีกเลี่ยงกรณีที่เป็นเพื่อน หรือผู้ร่วมงานชวนให้ดื่มว่า “ขอเด็มน้ำอัดลมแทน ช่วงนี้อยู่ในระหว่างเลิกเหล้า ครั้นนี้จะเลิกเด็ดขาดแล้วครับ” เนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธที่จะร่วมดื่มด้วยได้ จึงหลีกเลี่ยงใช้น้ำอัดลมแทน ผู้เสพติดยาที่อยู่ในการบำบัดครั้งนี้ทุกคนมีสีหน้าแจ่มใส ต่างจากที่พบกับผู้วิจัยในครั้งแรก โดยผู้เสพติดยารายหนึ่งให้รางวัลกับตนเองที่สามารถเลิกติดยาได้สำเร็จว่า “จะให้เป็นของขวัญวันรับปริญญาลูก จะได้ไปงานรับปริญญาลูกไปอย่างนี้ดีกว่าตอนเมา ลูกจะได้ดีใจและไม่อายใครที่มีพ่อขี้เมา” และผู้เสพติดยารายหนึ่งให้รางวัลตนเองที่เลิกติดยาสำเร็จคือ “จะบวชให้แม่” และ “จะเริ่มค้นหาแฟนสักที เพราะอยากมีครอบครัวแล้ว” พบว่าผู้เสพติดยามีแผนในการให้รางวัลกับตนเองและครอบครัว มีความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถเลิกติดยาได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเน้นย้ำว่า สิ่งสำคัญคือความพลั้งเผลอกลับไปเสพยา ซึ่งนำไปสู่การกลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งผู้เสพติดยาต้องรู้เท่าทันความคิดของตนเองไม่ให้เกิดความพลั้งเผลอจนนำไปสู่วงจรการเสพยาในที่สุด สิ่งสำคัญคือการมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาอย่างต่อเนื่อง การนำทักษะการจัดการกับอาการอยากยา ทักษะในการปฏิเสธการติดยา ทักษะการฝึกฝนคลายความเครียดที่ได้รับจากการบำบัดไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้น ร่วมกับการมีแรงจูงใจและคงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง จะทำให้ผู้เสพติดยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สุดท้ายผู้วิจัยเน้นถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดยาซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์

การรักษาสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งมีท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร เห็นอกเห็นใจ สนับสนุนและให้กำลังใจระหว่างพยาบาลกับผู้เสพติดสุรา เพื่อให้ผู้เสพติดสุราที่มีแรงจูงใจและคงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของตนเองอย่างต่อเนื่องนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านก็เป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยให้ผู้เสพติดสุราได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งได้เห็นพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงของตนเองทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่สามารถป้องกันการกลับไปเสพติดสุราซ้ำได้ การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราได้ จำเป็นที่จะต้องมีทักษะในการปฏิเสธ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองสูง ไม่หวั่นไหวง่าย สามารถปฏิเสธตนเองและผู้อื่นได้โดยวิธีการที่เหมาะสมการเปลี่ยนแปลงตามอุดมคติเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นและคงการเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ตลอดไป แต่โดยส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจริงมักไม่เป็นที่ไปตามลำดับขั้นในวงจรเดียว การที่ผู้เสพติดสุรากลับไปเป็นพฤติกรรมเดิมนั้นเป็นเรื่องปกติ ส่วนใหญ่ผู้เสพติดสุราไม่สามารถเปลี่ยนได้ในวงจรเดียว ดังนั้นหากผู้เสพติดสุราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบ่อยขึ้นหรือ มีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะทำให้ผู้เสพติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราได้ในที่สุด

การกำกับการทดลอง

หลังการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ผลการประเมินพบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้เสพติดสุรามีค่าอยู่ระหว่าง 30 – 80 คือไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาเมื่อประเมินโดยใช้แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) พบว่าค่าคะแนนด้านกำลังลงมือทำของผู้เสพติดสุรามีค่ามากกว่า 36 คะแนนขึ้นไปทุกคน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงถือว่าผู้เสพติดสุราได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(n=18)

คนที่	เครื่องมือกำกับการทดลอง			
	ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	แปลผล	คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา	แปลผล
1	30	ปกติ	38	ระดับสูง
2	76	ปกติ	37	ระดับสูง
3	74	ปกติ	38	ระดับสูง
4	58	ปกติ	38	ระดับสูง
5	60	ปกติ	39	ระดับสูง
6	66	ปกติ	38	ระดับสูง
7	58	ปกติ	38	ระดับสูง
8	36	ปกติ	38	ระดับสูง
9	54	ปกติ	37	ระดับสูง
10	72	ปกติ	37	ระดับสูง
11	48	ปกติ	38	ระดับสูง
12	70	ปกติ	38	ระดับสูง
13	67	ปกติ	38	ระดับสูง
14	34	ปกติ	38	ระดับสูง
15	66	ปกติ	37	ระดับสูง
16	51	ปกติ	38	ระดับสูง
17	80	ปกติ	36	ระดับสูง
18	30	ปกติ	38	ระดับสูง

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมอาการเสพสุรา (AUDIT) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

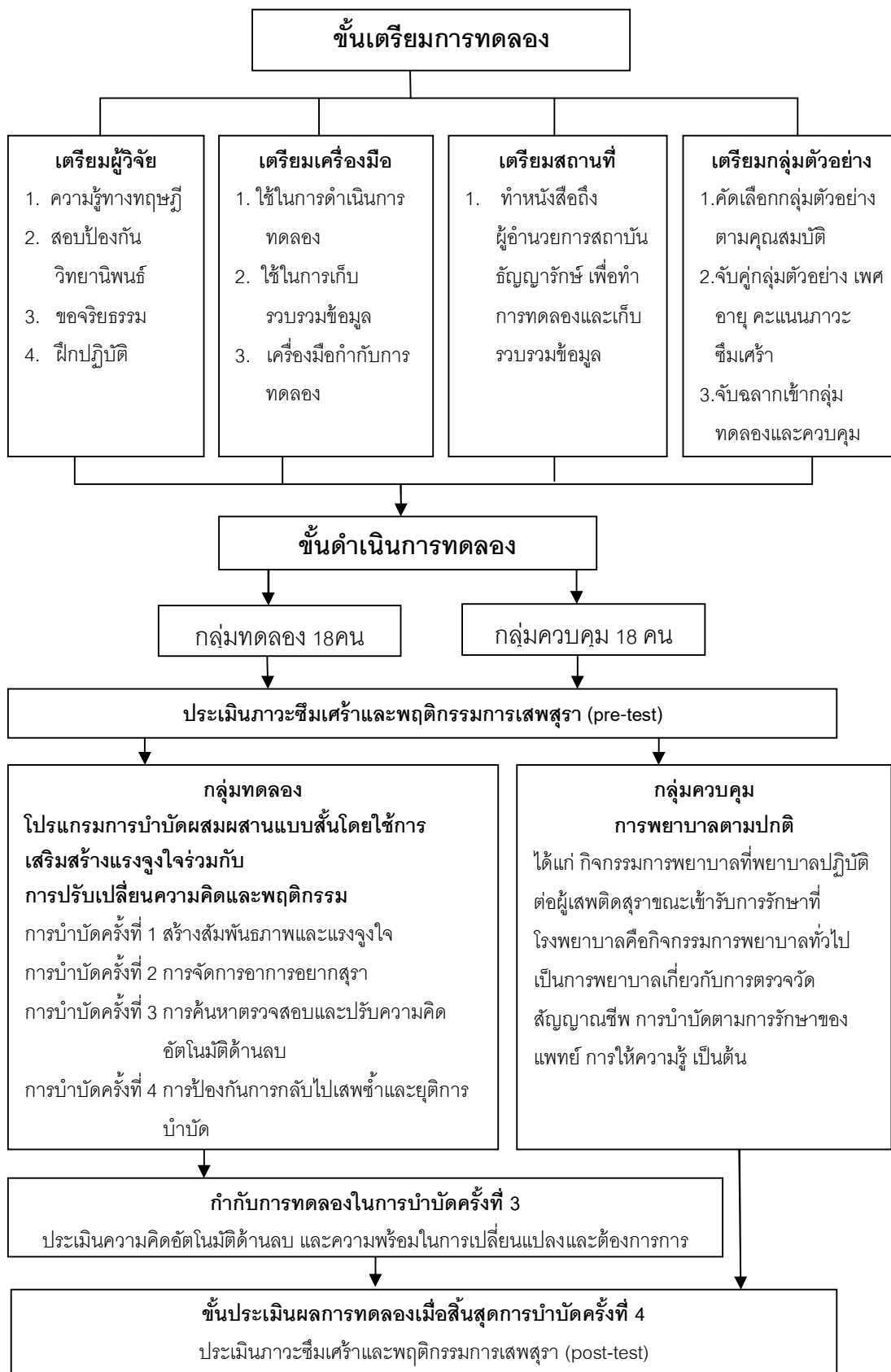
3.2 กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมอาการเสพสุรา (AUDIT) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วใช้สถิติทดสอบที่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอาการเสพสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอาการเสพสุราก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ.05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของกลุ่มผู้เสพติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มผู้เสพติดสุราที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันรัฐญารักษ์ จำนวน 36 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนพฤติกรรมการเสพยา สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุราก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนพฤติกรรมการเสพยาและการแปลผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราก่อนการทดลองและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	18	100	18	100	36	100
อายุ						
20-29 ปี	2	11.1	2	11.1	4	11.1
30-39 ปี	6	33.3	6	33.3	12	33.3
40-49 ปี	8	44.4	8	44.4	16	44.4
50-59 ปี	2	11.1	2	11.1	4	11.1
สถานภาพสมรส						
โสด	5	27.8	4	22.2	9	25
แยกกันอยู่	1	5.6	1	7.6	2	5.6
คู่	9	50	13	72.2	22	61.1
หย่า	3	16.7	0	0	3	8.3
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	22.2	7	38.9	11	30.6
มัธยมศึกษา	9	50	6	33.3	15	41.7
อนุปริญญา	4	22.2	3	16.7	7	19.4
ปริญญาตรี	1	5.6	2	11.1	3	8.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เสพติดสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 61.1 ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.9

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	5	27.8	0	0	5	13.9
เกษตรกรรม	1	5.6	2	11.1	3	8.3
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1	5.6	4	22.2	5	13.9
รับจ้าง	7	38.9	11	61.1	18	50
ค้าขาย	3	16.7	0	0	3	8.3
อื่นๆ	1	5.6	1	5.6	2	5.6
รายได้						
ไม่มีรายได้	3	16.7	0	0	3	8.3
1,000 – 5,000 บาท	3	16.7	4	22.2	7	19.4
5,001 – 10,000 บาท	5	27.8	5	27.8	10	27.8
10,001 – 15,000 บาท	3	16.7	5	27.8	8	22.2
15,001 – 20,000 บาท	1	5.6	1	5.6	2	5.6
มากกว่า 20,000 บาท	3	16.7	3	16.7	6	16.7
ระยะเวลาการดื่มสุรา						
น้อยกว่า 10 ปี	2	11.1	3	16.7	5	13.9
11 – 20 ปี	6	33.3	9	50	15	41.7
21 – 30 ปี	7	38.9	4	22.2	11	30.6
มากกว่า 30 ปี	3	16.7	2	11.1	5	13.9
จำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์						
1 – 5 วันต่อสัปดาห์	2	11.1	1	5.6	3	8.3
6 – 7 วันต่อสัปดาห์	16	88.9	17	94.4	33	91.7

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการดื่มสุรา อยู่ในระหว่าง 21 – 30 ปีในกลุ่มทดลอง และ 11 – 20 ปีในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 38.9 และ 50 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการดื่มสุราเฉลี่ย 20.31 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ดื่มสุรา 6 – 7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 91.7

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุที่เริ่มดื่มสุรา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา การใช้สารเสพติด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)		\bar{x}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุที่เริ่มดื่มสุรา							19.2
น้อยกว่า 15 ปี	1	5.6	0	0	1	2.8	
15 – 20 ปี	15	83.3	14	77.8	29	80.6	
21 – 25 ปี	1	5.6	2	11.1	3	8.3	
26 – 30 ปี	0	0	2	11.1	2	5.6	
มากกว่า 30 ปี	1	5.6	0	0	1	2.8	
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล							
รับการรักษาเป็นครั้งแรก	11	61.1	9	50	20	55.6	
2 – 5 ครั้ง	7	38.9	7	38.9	14	38.9	
6 – 10 ครั้ง	0	0	2	11.1	2	5.6	
สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา							
ไม่ดื่ม	8	44.4	9	50	17	47.2	
ดื่ม	10	55.6	9	50	19	52.8	
การใช้สารเสพติด							
ไม่ใช้สารเสพติด	4	22.2	4	22.2	8	22.2	
บุหรี่	14	77.8	13	72.2	27	75	
บุหรี่และแอมเฟตามีน	0	0	1	6.6	1	2.8	

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุเฉลี่ย 19.2 ปี โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราเมื่อช่วงอายุ 15 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 77.8 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เข้ารับการรักษากเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยพบว่าในกลุ่มควบคุมมีผู้เสพยาเสพติดสุรา 2 คนเข้ารับการรักษาก 6-10 ครั้ง ซึ่งจากประวัติการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 52.8 สำหรับการให้สารเสพติดร่วมด้วย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 1 คนที่เสพแอมเฟตามีน

ตอนที่ 2 ผลคะแนนภาวะซีมีเศร้า คะแนนพฤติกรรมการเสพยาและการแปลผล
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 ผลคะแนนภาวะซีมีเศร้า ผลคะแนนพฤติกรรมการเสพยา และการแปลผลของกลุ่ม
ทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง							
	แบบประเมินภาวะซีมีเศร้าของ Beck				แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	22	มาก	7	ปกติ	36	ระดับติด	0	น้อย
2	29	มาก	2	ปกติ	28	ระดับติด	0	น้อย
3	18	ปานกลาง	7	ปกติ	36	ระดับติด	0	น้อย
4	16	ปานกลาง	10	น้อย	36	ระดับติด	0	น้อย
5	18	ปานกลาง	9	ปกติ	29	ระดับติด	0	น้อย
6	26	มาก	9	ปกติ	28	ระดับติด	0	น้อย
7	29	มาก	9	ปกติ	25	ระดับติด	0	น้อย
8	16	ปานกลาง	2	ปกติ	28	ระดับติด	0	น้อย
9	16	ปานกลาง	5	ปกติ	26	ระดับติด	0	น้อย
10	17	ปานกลาง	9	ปกติ	29	ระดับติด	0	น้อย
11	19	ปานกลาง	8	ปกติ	29	ระดับติด	0	น้อย
12	21	มาก	10	น้อย	20	ระดับติด	0	น้อย
13	26	มาก	7	ปกติ	29	ระดับติด	0	น้อย
14	35	รุนแรง	14	น้อย	30	ระดับติด	0	น้อย
15	43	รุนแรง	15	น้อย	36	ระดับติด	0	น้อย
16	16	ปานกลาง	9	ปกติ	35	ระดับติด	0	น้อย
17	20	มาก	10	น้อย	23	ระดับติด	0	น้อย
18	16	ปานกลาง	2	ปกติ	24	ระดับติด	0	น้อย

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 9 คน ระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 7 คน และระดับรุนแรง (30 – 63 คะแนน) จำนวน 2 คน และมีคะแนนพฤติกรรมการเสพติดสุราอยู่ในระดับติด (≥ 20 คะแนน) จำนวน 18 คน

แต่ภายหลังจากการทดลอง พบว่า ผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0-9) จำนวน 13 คน ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 5 คนและมีคะแนนพฤติกรรมการเสพติดสุราอยู่ในระดับการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (0-7 คะแนน)จำนวน 18 คน

ตารางที่ 7 ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า ผลคะแนนพฤติกรรมการเสพยา และการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม							
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck				แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	20	มาก	18	ปานกลาง	31	ระดับติด	14	เสี่ยง
2	24	มาก	22	มาก	36	ระดับติด	0	น้อย
3	18	ปานกลาง	14	น้อย	39	ระดับติด	20	ระดับติด
4	16	ปานกลาง	3	ปกติ	20	ระดับติด	16	มีปัญหา
5	18	ปานกลาง	3	ปกติ	27	ระดับติด	0	น้อย
6	26	มาก	10	น้อย	32	ระดับติด	20	ระดับติด
7	29	มาก	28	มาก	36	ระดับติด	8	เสี่ยง
8	16	ปานกลาง	14	น้อย	32	ระดับติด	0	น้อย
9	26	มาก	18	ปานกลาง	33	ระดับติด	0	น้อย
10	18	ปานกลาง	18	ปานกลาง	23	ระดับติด	8	เสี่ยง
11	19	ปานกลาง	18	ปานกลาง	32	ระดับติด	24	ระดับติด
12	24	มาก	16	ปานกลาง	27	ระดับติด	0	น้อย
13	26	มาก	16	ปานกลาง	34	ระดับติด	0	น้อย
14	34	รุนแรง	30	รุนแรง	32	ระดับติด	0	น้อย
15	36	รุนแรง	32	รุนแรง	30	ระดับติด	20	ระดับติด
16	18	ปานกลาง	9	ปกติ	39	ระดับติด	20	ระดับติด
17	25	มาก	18	ปานกลาง	40	ระดับติด	0	น้อย
18	17	ปานกลาง	9	ปกติ	20	ระดับติด	5	น้อย

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้เสพยาในก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 8 คน ระดับมาก (20-29 คะแนน)

จำนวน 8 คน และระดับรุนแรง (30 – 63 คะแนน) จำนวน 2 คน และมีคะแนนพฤติกรรมการเสพสุราอยู่ในระดับติด (≥ 20 คะแนน) จำนวน 18 คน

แต่ภายหลังจากทดลอง พบว่า ผู้เสพติดสุราในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ (0-9) จำนวน 4 คน ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 3 คน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 7 คน ระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 2 คน และระดับรุนแรง (30 – 63 คะแนน) จำนวน 2 คน สำหรับคะแนนพฤติกรรมการเสพสุราอยู่ในระดับการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (0-7 คะแนน) จำนวน 9 คน การดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) จำนวน 3 คน การดื่มแบบมีปัญหา (16-19 คะแนน) จำนวน 1 คน และการดื่มในระดับติด (≥ 20 คะแนน) จำนวน 5 คน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	ระดับ	S.D.	t
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	22.44	มาก	6.79	8.79*
หลังการทดลอง	8.0	ปกติ	3.61	
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	22.61	มาก	6.14	5.24*
หลังการทดลอง	16.56	ปานกลาง	7.96	

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 22.44 ซึ่งอยู่ในระดับมาก หลังการทดลองเท่ากับ 8.0 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองเท่ากับ 22.61 ซึ่งอยู่ในระดับมาก หลังการทดลองเท่ากับ 16.56 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา	\bar{x}	รูปแบบการดื่ม	S.D.	t
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	28.44	แบบติด	4.94	24.38*
หลังการทดลอง	0	ไม่มีความเสี่ยง	0.00	
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	31	แบบติด	6.64	8.55*
หลังการทดลอง	7.50	แบบเสี่ยงน้อย	8.97	

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 28.44 ซึ่งมีรูปแบบการดื่มอยู่ในระดับติด หลังการทดลองเท่ากับ 0 ซึ่งมีรูปแบบการดื่มอยู่ในระดับไม่มีความเสี่ยง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองเท่ากับ 31 ซึ่งมีรูปแบบการดื่มอยู่ในระดับติด หลังการทดลองเท่ากับ 7.50 ซึ่งมีรูปแบบการดื่มอยู่ในระดับมีความเสี่ยงน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทาง

สถิติด้วย Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเสพสุรานั้นน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	S.D.	t	p
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่มทดลอง	13.83	6.28	3.98*	.00
กลุ่มควบคุม	6.33	4.92		
พฤติกรรมการเสพสุรา				
กลุ่มทดลอง	29.27	4.86	2.37*	.02
กลุ่มควบคุม	22.67	10.75		

* $P < 0.05$

จากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเท่ากับ 13.83 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 6.33 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเท่ากับ 29.27 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 22.67 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนพฤติกรรมการเสพยาลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น โดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ ตัวแปรต้น คือ การบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัยคือ

1. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาก่อนได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เสพยากที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันรัฐบุรุษ ทั้งชายและหญิง จำนวน 36 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20 -59 ปีทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีระดับคะแนนอยู่ในตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) รวมทั้งมีคะแนนพฤติกรรมการเสพสุรา อยู่ในกลุ่มแบบมีปัญหาและกลุ่มแบบติด (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา (AUDIT)
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
4. ไม่เป็นผู้เสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วย
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976) เพื่อนำมาหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำการศึกษาของ Baker et al.(2005) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 18 คนรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คนและกลุ่มทดลอง 18 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการบำบัดตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Ronick (1991) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่จะมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60- 90 นาที มีขั้นตอนของโปรแกรมดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เสพติดสุราเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ผู้เสพติดสุรามีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง ยินดีเข้ารับการบำบัดด้วยความเต็มใจ และคงอยู่ในการบำบัดจนสิ้นสุดการบำบัด

การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสุรา เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถจัดการกับอาการอยากสุราของตนเองได้ มีความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา ความเชื่อมโยงของอาการอยากสุรากับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด และสามารถวางแผนจัดการกับอาการอยากสุราได้ด้วยตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหาและตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อให้ผู้เสพติดสุราตระหนักถึงความคิดมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ และเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสพยา ผู้เสพติดสุราสามารถวิเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้

การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพยาและยุติการบำบัด สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้คือผู้เสพติดสุราสามารถค้นหาสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา มีทักษะการปฏิเสธ และมีแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาด้วยตนเองภายหลังสิ้นสุดการบำบัด จนสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราของบิดามารดา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และประวัติการรักษา

2.2 **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)** ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

2.3 **แบบประเมินพฤติกรรมกรมการเสพสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test)** เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการเสพสุรา และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนักและผู้ที่ดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษจากสุราโดยประเมินจากพฤติกรรมกรมการดื่มอัน ได้แก่ ปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการ

ดื่ม จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มจนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม ในแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน การแปลความหมายพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 – 7 คะแนนคือการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย 8 – 15คะแนนคือการดื่มแบบเสี่ยง 16 – 19 คะแนน คือการดื่มแบบมีปัญหา ≥ 20 คะแนนคือการดื่มแบบติด จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ.71 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ซึ่ง Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought Questionnaire, ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้นHollon & Kendall (1980) ได้พัฒนาแบบประเมินนี้ในปี 1980 แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้ากับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอื่น ๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ จำนวน 30 ข้อ แบบประเมินสะท้อนการรับรู้ของผู้ประเมินที่มีต่อตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน ด้านแรกสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง ด้านที่สองสะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ ด้านที่สามสะท้อนอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ และด้านสุดท้ายสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้อำนาจ การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อที่ 1 – 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนนส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน คะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนนคือไม่มีความคิดด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

3.2 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) ของ Miller & Tonigan (1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พิชัย แสงชาญชัย (2546) ซึ่งแปลจาก Assessing drinker's motivation for change : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES- 8A) และปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดย พันธน์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์ ในปีพ.ศ. 2547 และได้แปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ซึ่งแบบประเมินนี้จะประเมินโดยผู้เสพติดสุรา จะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับจำนวน 7 ข้อ ด้านความลังเล จำนวน 4 ข้อ และด้านกำลังลงมือทำ จำนวน 8 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ขั้น คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้

ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ชั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้รับการอบรมเรื่องการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากนายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร หัวหน้าศูนย์สุขภาพจิต 1 ที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และเข้ารับการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับวิทยากรผู้ฝึกอบรมรูปแบบการช่วยเหลือชนิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ติดเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยได้รับการอบรมเรื่องการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบนี้คิดและพฤติกรรม จากดร. ดรุณี ภูษา ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ อีกทั้งได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาถึงผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษและเก็บข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันธัญญารักษ์ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และให้การวินิจฉัยโรค ประเมินระดับสุราในเลือด ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวชภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการขาดสุรา และให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้เสพติดสุราและญาติ รวมถึงการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ หรือเข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามวันเวลาที่กำหนดประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

ในการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบและแบบวัดขั้นต้นของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการพูดคุยและเสริมกิจกรรมรวมทั้งมอบหมายการบ้านในการบำบัดครั้งนี้ และติดตามประเมินผลในการบำบัดครั้งที่ 4

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดสุรา (AUDIT) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดสุรา (AUDIT) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Pair t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราในผู้เสพติดสุราได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพติดในผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40.86 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกับการศึกษาของเอ็อมเดือน เนตรแซม (2541) ซึ่งศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง หรือในวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องมีความรับผิดชอบสูง ทั้งเรื่องการทำงานและครอบครัว เป็นช่วงอายุที่ต้องผ่านประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน บางครั้งมีการสูญเสียด้านบทบาททางสังคม การงาน หรือคู่สมรส เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลให้มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย น้อยใจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจมีการใช้สุราหรือสารเสพติด (ศิริธรรม ธนะภูมิ, 2535)

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 72.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ที่ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพบว่าระดับทางสังคมและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ กล่าวคือ เมื่อบุคคลที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ จะมีความซึมเศร้าสูง (ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน, 2534)

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการดื่มสุรา เฉลี่ย 20.31 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มสุรา 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 91.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราเมื่อช่วงอายุ 15 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.6 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มสุราเท่ากับ 19.17 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่ดื่มสุรารั้งแรกเนื่องมาจากการอยากทดลอง และจากการชักชวนของเพื่อน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวิ ภัคดีกุล (2547) ที่พบว่าประชากรที่ศึกษาร้อยละ 47.80 เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 -19 ปี เหตุผลส่วนใหญ่ดื่มเพราะอยากทดลอง คิดเป็นร้อยละ 37 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยพบว่าในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่เข้ารับการรักษาก่อน 6-10 ครั้ง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกดื่มสุราได้ แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ในสังคมแบบเดิม พบเจอบุคคลที่เคยดื่มด้วยกัน หรือเจอปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ จึงหันกลับไปดื่มสุราอีก เพราะเชื่อว่าการดื่มสุราจะช่วยให้ตนเองลืมปัญหาต่างๆและความไม่สบายใจลงได้ (เอี่ยมเดือนเนตรขาม, 2541) จากประวัติการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัวพบว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 52.8 ซึ่งปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการเสพสุราคือปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่พบว่าการที่ผู้เสพติดสุราเห็นบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวดื่มสุรามาตั้งแต่วัยเด็ก และเห็นว่าเป็นเรื่องปกติจะเกิดการเลียนแบบพฤติกรรม เมื่อเติบโตขึ้นจึงดื่มสุราตามแบบอย่างของบิดามารดา อีกทั้งหากมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุราการหยุดดื่มสุราจึงเป็นเรื่องที่ยากมากและมักล้มเหลวในการรักษาและกลับมาดื่มสุราซ้ำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 75 โดยสารเสพติดที่ใช้ร่วมด้วยคือบุหรี่

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า จากระดับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 22.44 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ซึ่งภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะเริ่มตั้งแต่มีอาการไม่สดชื่น รู้สึกเหน็ดเหนื่อยมาก ขาดคนเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ความภาคภูมิใจตนเองลดลง เริ่มรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิต ครอบครัว การงาน แต่ถึงอย่างไรถ้ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ก็ยังสามารถดำรงชีวิตอยู่แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก ซึ่งภาวะซึมเศร้าระดับนี้มักจะเป็นปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน (สุรนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527; Beck, 1967) ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องหาทางระบายความรู้สึกเหล่านี้ด้วยการดื่มสุรา โดยเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้สามารถลืมปัญหาต่างๆได้ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการที่ผู้เสพติดสุรายังมีความต้องการดื่มสุราอยู่ทั้งๆที่ได้รับผลกระทบหลายด้านจากการดื่มสุรา ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มสุราได้ (Fauman, 2002) ปัญหาที่สำคัญคือผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองไม่ติดสุรา ยังสามารถทำงานได้ทั้งๆที่ดื่มสุรา ทำให้ผู้เสพติดสุราขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา (Kalat, 2004) นอกจากนี้หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว ผู้เสพติดสุรามักกลับไปดื่มซ้ำเพราะขาดความตั้งใจ ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง (ดอกกรัก พิทาคำ, 2549)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษา เน้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากผู้เสพติดสุราได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอธิบายได้ว่า ผู้เสพติดสุรามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาของตนเองเนื่องมาจากได้รับความเห็นใจเข้าใจของ

ผู้บำบัด (express empathy) โดยผู้บำบัดสื่อสารในลักษณะเคารพความเป็นคนของผู้เสพติดสุรายอมรับในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราเป็นอยู่ ผู้เสพติดสุราได้รับการทบทวนเพื่อค้นหาช่องว่างของเป้าหมายที่ต้องการจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างในปัจจุบัน (develop discrepancy) ทำให้ผู้เสพติดสุรารับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของตนเอง และอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ ผู้เสพติดสุราที่มีความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพติดสุราของตนเองมักใช้กลไกทางจิตชนิค้นหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง เพื่อให้รู้สึกปลอดภัย สบายใจ เมื่อผู้บำบัดไม่ตำหนิและไม่โต้แย้งผู้เสพติดสุรา (avoid argumentation) เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา แต่ให้การยอมรับ แสดงท่าทีสอดคล้องกับแรงต้าน (roll with resistance) ที่เกิดจากการมองไม่เห็นปัญหาและความลังเลใจที่เกิดขึ้นของผู้เสพติดสุรา และการมีความตระหนักว่าการแก้ไขปัญหาคือต้องเกิดจากความคิดและความต้องการของผู้เสพติดสุราเองจะทำให้ผู้เสพติดสุราร่วมมือในการบำบัดมากยิ่งขึ้น การที่ผู้เสพติดสุราได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากผู้บำบัดว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพติดสุราได้ (support self efficacy) รวมทั้งการใช้เทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้เสพติดสุรา จะนำไปสู่การตัดสินใจและลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ในที่สุด (Miller & Rollnick, 1991; Miller, 1995) ดังการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2548) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพท์ที่ตามมาจากการดื่มสุราเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อยและคณะ (2547) ที่พบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ จะสามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิผลให้กลุ่มตัวอย่างลดพฤติกรรมกาดื่มหนักลง

เทคนิคและวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไม่ได้มุ่งเน้นการตำหนิ การต่อว่า หรือการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้เสพติดสุรา ซึ่งลักษณะการพูดของผู้บำบัดมีผลต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย ผู้บำบัดที่ใช้วิธีการพูดสะท้อนพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย (confrontation) จะมีผลให้ผู้ป่วยดื่มสุรามากยิ่งขึ้น (Miller, 1993) นอกจากนี้การที่ผู้บำบัดได้ใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุราคือ ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended question) เพื่อให้ผู้เสพติดสุราได้พูดอย่างมีอิสระ มีการแสดงคำพูดและสื่อท่าทีให้ผู้เสพติดสุราเห็นว่าตนเอง

สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสพสุราของตนเองได้ (affirmation) มีการฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินว่าผู้เสพติดสุรามีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับใด ได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง สิ่งที่เกิดขึ้นด้านบวกและด้านลบของผู้เสพติดสุราคืออะไร เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดอย่างเหมาะสม และใช้ทักษะการสรุปความ (summarizing) ในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราเล่ามาเพื่อสื่อถึงการแสดงความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้บำบัด ช่วยให้การสนทนาเข้าสู่ประเด็นมากยิ่งขึ้น เทคนิคเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสพสุราของผู้เสพติดสุราได้

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เนื่องจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลง มีระยะเวลา มีขอบเขต ระเบียบข้อตกลง ดังที่ Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเชิงรุก มีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time – limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้ ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอน มีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้เสพติดสุราทำอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้เสพติดสุราเห็นความสัมพันธ์ของระหว่างกิจกรรม และความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้เสพติดสุราที่เริ่มต้นการรักษา ทำให้ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเน้นการแก้ไขสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของ Beck et al. (1997) ซึ่งเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลก มองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) มีโครงสร้างทางความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error) ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราได้ค้นพบระบบความคิดในทางลบ ความคิดที่บิดเบือน พร้อมทั้งตรวจสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยให้พัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆไปในทางที่เหมาะสม และยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยให้ผู้เสพติดสุราสามารถหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก และผลของการพัฒนาโครงสร้างความคิด นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือ ผู้เสพติดสุราจะเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจถึงความสำคัญของการเผชิญหน้ากับปัญหา หรือเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต ที่ทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้จากการปรับเปลี่ยนการสร้างความคิดใหม่ หรือความคิดทางบวก ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ทำให้ผู้เสพติดสุราสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในทางที่ดีขึ้น เกิดความราบรื่นในการจัดการกับปัญหา และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้อย่างถาวร ดังการศึกษา ของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 คน พบว่าภายหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี รัชมะรัชิต (2550) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาจากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและพบว่าภายหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียกระดับความวิตกกังวลด้านลบลดลงแสดงถึงความวิตกกังวลด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุรา ดังนั้นการบำบัดผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามควรบำบัดเพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้ามควบคู่ไปกับการบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมการเสพสุราไปพร้อมๆกัน ดังการศึกษาของ Barick & Connors (2002) ในผู้ป่วยโรคร่วมสุราและซึมเศร้า ที่พบว่าหากระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงผู้ป่วยจะมีแนวโน้มการกลับไปเสพสุราซ้ำลดลง ด้วยเหตุนี้ในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามร่วมกับการลดพฤติกรรมการเสพสุรา ตามการศึกษาของ Baker et al. (2005) ซึ่งพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบสั้นผสมผสานแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1967) ร่วมกับแนวความคิดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 1991) ใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียง 4 ครั้งแต่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกแง่ลบไปเป็นเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจและตามความพร้อมของตนเองไม่ใช่มาจากการบังคับ ถือเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรวมทั้งผู้เสพติดสุรามีพฤติกรรมการเสพลดลงอย่างมั่นคง (Mckee et al., 2007) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้อย่างยั่งยืนตามมา (Baker et al.,2005)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังจากทดลองผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อาจเนื่องมาจากผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะเลิกเสพติดหรือสมัครใจที่จะลดการเสพติดอยู่แล้ว เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา แต่ไม่สามารถเลิกหรือลดด้วยตนเองได้ อีกทั้งสถาบันธัญญารักษ์ซึ่งเป็นสถาบันหลักของกรมการแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในระดับตติยภูมิ มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา แผนกผู้ป่วยนอกแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ที่ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การบำบัดรักษาไม่ได้บำบัดทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการบำบัดโดยใช้ยาาร่วมด้วย จึงส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมเสพติดสุราลดลงดังกล่าว และเนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพติดสุราตามการศึกษาของ Barick & Connors (2002) ดังนั้นหากผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมเสพติดสุราลดลง จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมาด้วย การที่ผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพติดสุรารายหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอาจเนื่องมาจาก การที่ผู้เสพติดสุราได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดสุราอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การบำบัดครั้งที่ 1 และมีการใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ แสดงคำพูดและสื่อท่าทีให้ผู้เสพติดสุรามองเห็นว่าคุณเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราของตนเองได้ มีการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด รวมถึงการแสดงความคิดเห็น ความตั้งใจ และให้การยอมรับผู้เสพติดสุรา เทคนิคเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราได้อย่างต่อเนื่อง

สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมเสพติดสุราลดลงอย่างมั่นคง และภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างยั่งยืนนั้นคือการที่ผู้เสพติดสุรามีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพติด เนื่องจากผู้เสพติดสุรามักมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ได้ง่าย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาทในสมองดังนั้นหากผู้เสพติดสุรามีทักษะในการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง มีสติเตือนตนเองอยู่ตลอดเวลาจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราไม่เผลอตัวกลับไปเสพติดสุราซ้ำ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) รวมทั้งผู้เสพติดสุราที่มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมเสพติดสุราลดลงอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพในฐานะผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยควรรักษาความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดยา เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญที่พบในผู้เสพติดยา หากระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดยาลดลง ผู้เสพติดยาจะมีแนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำลดลงตามมาด้วย ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้เสพติดยา บุคลากรทางด้านสุขภาพควรรักษาไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพติดยาต่อไปตามความเหมาะสม และควรมีการติดตามผลของโปรแกรมฯ เป็นระยะ เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษากาการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้เสพติดยาสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐาน ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่จะนำไปใช้ อาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้เสพติดยาที่เข้าร่วมกิจกรรม

1.3 ควรมีการศึกษากาการใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้เสพติดยาในระยะยาว ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพยาของผู้เสพติดยาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบำบัดผู้เสพติดยา เนื่องจากกาที่ผู้เสพติดยาจะมีพฤติกรรมกาเสพยาลดลงอย่างมั่นคงนั้น การให้แรงจูงใจของผู้เสพติดยายังคงอยู่

อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งเนื่องจากผู้เสพติดสุรามักมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ได้ง่าย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาทในสมอง ดังนั้นหากผู้เสพติดสุรามีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่เสมอ และมีวิธีปฏิบัติที่จะเลิกดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีทักษะในการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง มีสติเตือนตนเองอยู่ตลอดเวลาจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราไม่เผลอตัวกลับไปเสพสุราซ้ำ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) จะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลงอย่างยั่งยืน

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือเป็นโรคร่วมที่มีความซับซ้อน

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มอื่น เช่น ผู้เสพสารเสพติดชนิดอื่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุราที่อยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลในเชิงรุก

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ กิตติวัฒน์กุล.(2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด.วารสารจิตเวชขอนแก่นราช
นครินทร์.5 (2) : 33-39.
- กานต์พิชชา แสนบุตดา. (2551). ผลของการสร้างเสริมแรงจูงใจบำบัดแบบย่อต่อความ
พร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติดา สุภาคุณ.(2549). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤติดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2550). ผลของโปรแกรมการ
บำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.21(2) :77-89
- จิรวัดณ์ มุลศาสตร์. (2547). แนวทางการดูแลผู้ติดสุรา : ประสบการณ์ในโรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- ชัดเจน จันทพัฒน์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัฐธิดา นิมิตรดี.(2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของ
ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา.การค้นคว้าอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรุณี ภูขาว. (2547). การทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารจัดสำเนา.
- ดวงใจ กสานติกุล.(2543). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ.กรุงเทพฯ: นำ
อักษรการพิมพ์.

- ดอกรัก พิฑาคำ.(2549). **ผลของการสร้างเสริมแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.**
การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี วิสาระพันธ์.(2551). **การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์.**การศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ณ.(2541). **พฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา.**กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทองเกียรติ ปิยะกะและเวทิน ศันสนีย์เวทย์. (2542). **ยืมสู่เรียนรู้อาเสพติด.** กรุงเทพฯ: พิมพ์ณศพรินท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด.
- ธรมินทร์ กองสุข.(2547). **สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25 – 27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ.**
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและพันธ์ศักดิ์ วราห์ศวปิติ(2536). **ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.**ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ธวัชชัย ลีพิฬานาจ.(2549). **โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับการติดสารเสพติด ในพิชัย แสงชาญชัย พงศธรเนตรวาคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด.**กรุงเทพฯ : หจก.บางกอกบลิ๊อก.
- ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา,มาลัย เฉลิมชัยนุกูลและวิลาสินี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance use disorder : ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน.**วารสารจิตวิทยาคลินิก, 33(2): 70-92.**
- นฤมล อารยะพิพัฒน์. (2544). **คู่มือการจัดทำค่ายปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดแนวใหม่.**กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิชนันท์ คำล้าน.(2547). **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา.** การศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นิตานาถ โชคเกิด.(2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน.**การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวีชาชาติ.(2548). **ระบอดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.**พิมพ์ครั้งที่1.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล.(2546).**ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.**กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ.(2534).**สุรากับสุขภาพ. คู่มืออรรถรงค์ป้องกันปัญหาจากสุรา.**
สมาคมป้องกันปัญหาจากสุรา.
- ประไพ ทายาท.(2545) . **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา .** การศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพັນธัญภา กิตติรัตน์ไพบุลย์.(2542).**ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา.**รายงานวิจัย.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพັນธัญภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. (2552). **AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ทานตะวันเปเปอร์จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย.(2547). **การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ.**เอกสารอัดสำเนา.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). **โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง.** เอกสารอัดสำเนา.
- พັນธัญภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, สาวิตรี อัมธนางค์กรชัย, หทัยชนนี บุญเจริญ,สายรัตน์ นกน้อย,สุมิตรา ศรสวรรณ์ และวงเดือน สุนันตา.(2547). **การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Alcohol Service System.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25 – 27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ.**
- พັນธัญภา กิตติรัตน์ไพบุลย์,หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกสโย(บรรณารักษ์).(2549). **แนวเวชปฏิบัติกรให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงพยาบาลชุมชน.**เชียงใหม่ : พลอยการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2542). **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน.** เชียงใหม่ : นันทพันธ์การพิมพ์.

ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. (2534). **ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนกับคู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวาณิช.(2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.**เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์.(2539).**ตำราจิตเวชศาสตร์.**กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ลัดดา แสนสีหา.(2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิจารณ์ วิชัยยะ.(2533). **Depression 1990.** กรุงเทพฯ : บอสโกออฟเซท.

สมภพ เรืองตระกูล.(2542). **โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด.ตำราจิตเวชศาสตร์.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว

สมภพ เรืองตระกูล.(2543).**ยาเสพติดมหันตภัยเจ็บที่ป้องกันได้.**กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว

สมโภชน์ เข้มมสุภาษิต.(2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สรยุทธ์ วาสิกานานนท์.(2546). **โรคซึมเศร้า ในพิเศษรู้ อุดมรัตน์.บก.การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.**สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย และ สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล.(2543). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์.มปท.**

สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ.(2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง.**วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทย์วงกูร และวาม รั้งสินธุ์.(2547).

ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ.รายงานการวิจัย

สุขภาพจิต,กรม.(2547).รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ติดแอลกอฮอล์.นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต,กรม. **สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตของคนไทย.**

[online].แหล่งที่มา : <http://www.dmh.go.th>. [9 กุมภาพันธ์ 2552].

สุจิตรา อุรัตนมณี. (2549). **ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าใน**
ผู้เสพติดสุรา.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
 เวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาติ พหลภาคย์.(2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorders.** พิมพ์ครั้งที่ 1.

ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

สุนทร ศรีโกไสย. (2548). **ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด**
ปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าอิสระ
 ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาวดี อัมมะรักขิต.(2550). **การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะ**
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริภัญญา. โครงการ
 ศึกษาอิสระปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2544). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช.** พิษณุโลก : คณะพยาบาล
 ศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). **รายงานผลการศึกษา ภาวะโรคและ**
การบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข [online].แหล่งที่มา :

<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> [9 กุมภาพันธ์ 2552].

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นพฤติกรรมกาสูบหรี่และการ**
ดื่มสุราของประชากรปี พ.ศ. 2550. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [online].แหล่งที่มา :

<http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context-root/index.jsp> [9 กุมภาพันธ์ 2552].

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). **พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ.** กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์

- อรรถวรรณ ลีอนุญชวีชัย.(2545).**การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1.ด้านสุข
 วิชาการพิมพ์.กรุงเทพฯ.
- อรรถวรรณ ลีอนุญชวีชัย.(2545). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**.กรุงเทพฯ: ธนาเพลสการพิมพ์.
- อรรถวรรณ ลีอนุญชวีชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญชวีชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมของ
 โรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด.
- อวิस्ता จันทรแสนตอ. (2541). ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการติดยาของสตรี. วิทยานิพนธ์
 ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิญา พรหมพยอม .(2548). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการ
 บำบัดทางปัญญาต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- อุบล ก่องแก้ว.(2547). **ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล
 เครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน**.การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต
 สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอี่ยมเดือน เนตรเขม. (2541).**ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา
 เรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association . (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental
 disorders (4th ed.)**. Washington, DC : Author.

American Nurses Association. (2007). **Psychiatric-mental health nursing: scope and
 standards of practice**.:151 [online] Available from

<http://www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf>

[2012,May 15]

- Anderson, B. (2007). Collaborative Care and Motivational Interviewing: Improving Depression Outcomes Through Patient Empowerment Interventions. **The American Journal of ManageCare**. 13(4): S103-S106.
- Arkowitz, H., Miller, W.R., Westra, H.A. and Rollnick, S. (2007). **Motivational Interviewing in The Treatment of Psychological Problems**. New Yor : The Guilford Press.
- Arkowitz, H. and Westra, H.A . (2004). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**. 18(4): 337-350.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., and Monterio, M.G.(2001). The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care.
- Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T., Pohman, S., Saunders, J.B., Lambkin, F.K., Constable, P., Jenner, L. and Carr, V.J.(2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. **Addiction** . 100(3):367-378.
- Barrirck, C. and Conners, G.J.(2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol use disorders. **Drug Aging**. 19(8):583-594.
- Beck, A.T.(1967). **Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects**. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emergey, G.(1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York: Guilford Press.
- Stevens, H.H. and Craske, M.G. (2002). **Hand Book of Brief Cognitive Behavior Therapy**. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. and Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive – behavioral therapy: A review of meta – analyses. **Clinical Psychology Review**. 26:17 -31.
- Daley, D.C., Salloum, I.M., Zuckoff, A., Kirisci, L. and Thase, M.E.(1998). Increasing Treatment Adherence Among outpatients With Depression and Cocaine

- Dependence: Result of a Pilot Study. **The American Journal of Psychiatry**.155:1611-1613.
- Delgado, P.L. and Moreno, F.A. (2002). Association between serotonin transporter promoter region polymorphism and mood response during tryptophan depletion.**Molecular Psychiatry**.7 (2): 213 – 216.
- Donald, J.M., Twardon, E.M. and Shaffer, H.J.(1996).**Abuse substance source book of substance abuse and addiction**. Mmaryland : Williams & Wilkins.
- Fauman, M.A.(2002).**Study guide to DSM-IV-TR**.Washington,DC:American Psychiatric publishing.
- Fennell. (1989). **Depression**.In.K.Howton,P.M.Saikovrkis,J,Kirk,&D.M.Clark (Eds). Cognitive behavior therapy for psychiatric problem. Oxfröd: Oxfröd University Press.
- Gelder, M., Mayou, R. and Cowen, P.(2001).The misuse of alcohol and drugs. In G. Michael, M.Richard, & C. Philip (EDs.), **Textbook of psychiatry**.4(536-579). Arthens: Oxford University Press.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. **Educational Researcher**. (5) : 3-8.
- Graber, D.A., Moyers, T.B., Griffith, G., Guajardo, E.,& Tonigan, S.(2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophreniaand alcohol use disorders. **Community Mental Health Journal**, 39(3): 189 – 202.
- Gratzer, D., Levitan, R.D., Sheldon, T., Rector, N.A., & Goering, P.(2004). Lifetime rates of alcoholism in adult with anxiety,depression, or co-morbid depression/anxiety : A community survey of Ontario.**Journal of Affective Disorders**. (79) : 209-215.
- Grote,N.K., Zuckoff,A.,Swartz,H.,Bledsoe,S.E. and Geibel,S.(2007).Engaging Women Who Are Depressed and Economically Disadvantaged in Mental Health Treatment.**National Association of Social Workers**. 25(4) : 295-308.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. (2002).Major Depression in 6050 Former Drinkers Association with Past Alcohol Dependence. **Arch Gen Psychiatry**.59: 794 – 800.

- Holdcraft LC, Iacono WG, McGue MK. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. *J Stud Alcohol*. Mar, 59 (2):222-6.
- Hollon, S.D. and Kendall, P.C. (1980). Cognitive Self Statement in Depression: development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 4, 383-395.
- Julia, D.B., Deborah, R.L., Richard, G.H. and Norman, B.S. (2008). Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: Combining Motivation Enhancement Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy. *Clinical case studies*. 7;208. [online] Available from <http://ccs.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/3/208> [2009, September 5]
- Kalat, J.W. (2004). *Biological psychology*. Australia: Wadsworth.
- Kurlowicz. (1994). Depression in hospitalized medically ill elders. Evolution of the concept, *Archives of psychiatric Nursing*, 8(2), April:124 – 136.
- Lewin, L. (2003). The Client with a Depressive Disorder. In: Deborah, Antai – Otong CD, editor. *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts*. United States: Thomson Learning, Inc.
- Lowe, V.M and Krantzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric disorder. *Alcohol Research & Health*. 23(2):144-149.
- McCarthy, P.M. (2008). A Brief Cognitive Behavioural Therapy Alcohol Intervention Programme is an Effective Secondary Prevention Approach for New Employees Entering an Irish Workforce: A Pilot Evaluation. University College Cork. MA Behavioural and Cognitive Psychotherapy.
- Mckee, S.L., Carroll, K.M., Sinha, R., Robinson, J.E., Nich, C., Cavallo, D. and Malley, S.O. (2007). Enhancing Brief Cognitive Behavioral Therapy with Motivational Enhancement Techniques in Cocaine Users. *Drug and Alcohol Depend*. 91(1): 97-101.

- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). **Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior**. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. and Rollnick, S.(1995). **Motivational Interviewing: What is MI?**.*Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23:325 – 334.[online] Available from <http://motivationalinterview.org/clinical/whatisdmi.html>. [2009,September 10]
- Mueller, T.L.,Lavor, W.P.,Keller, M.B.,Swarshaw,M.,Hasin, D.,et al. (1994). Prognostic effect of the course of alcoholism on the 10 year courses of depression.*American Journal Psychiatry*. 151 (5): 701 -706.
- Pomerantz,. E.M. & Rudolph, K.D.(2003). **What ensues from emotional distress implications for competence estimation**. The society for research in child development, 74(2), March –April: 329 -345.
- Preuss, U.W.,Schuckit, M.A.,Smith, T.I.L.,Danko, D.P.,Buckman, K.,Bierut, L.,Bucholz, K.K.,Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M.,Reich, T.(2002).Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts.*Journal of Studies on Alcohol*.26(4): 471 – 7.
- Prochaska, J.O.and DiClimente, C.C.(1986). Towards a comprehensive model of change, in *Treatment addictive behaviors*, eds. W.R. Miller & N. Heather, New York :Plenum .3-27.
- Sadock, B.J.and Sadock,V.A. (2003). **Synopsis of psychiatry : behavioral sciences/ clinical psychiatry. (9th ed.)** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *Q J Med*. 99: 57-61.
- Sher, L., Oquendo,M.A., Li,S., Huang, Y., Grunebaum,M.F., Burke,A.K., Malone, K.M., Mann, J.J. (2003). Lower CSF homovanillic acid levels in depressed patients with a history of alcoholism. *Neuropsychopharmacology*. 28:1712-19.
- Sher, L., Oquendo,M.A., Galfalvy,H.C., Grunebaum,M.F., Burke,A.K.,Zalsman,G.,Mann, J.J. (2005). The Relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors*. 30: 1144-1153.
- Skinner, B.F.(1953). **Science and human behavior**.New York. The Free Press.

- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. **Alcohol and Alcoholism**. 36: 219–223.
- Stevens, H.H. and Craske, M.G. (2002). Brief Cognitive-Behavioural Therapy: Definition and Scientific Foundations. **Handbook of Brief Cognitive Behavioural Therapy**. England: John & Sons Ltd.
- Wang, J., El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. **Can J Psychiatry**. 49(1): 37-44.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A. and Locke, B.Z. (1997). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 106(12): 203-204.
- Willam, R. and Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards: a model task for clinical governance. **Psychiatric Bulletin**. 24: 43 – 46.
- WHO. (2001). **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. [online] Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf [2009, September 10]
- WHO. (2003). **WHO to meet beverage company representative to discuss health related alcohol issues**. [online] Available from <http://riley1@WHO.Int>. [2009, September 10]
- WHO. (2008). **Dependence syndrome**. [online] Available http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en [2009, September 10]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย	แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี
2. อาจารย์ สังวรณ์ สมบัติใหม่	หัวหน้าหน่วยสังคมสงเคราะห์จิตเวช ภาควิชา จิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ ดร.ดรุณี ภู่ขาว	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางนิชนันท์ คำล้าน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(พยาบาลจิตเวช) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ภาคผนวก ข.
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{9}{11} = 0.81$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค

$$CVI = \frac{21}{21} = 1.0$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเสฟสุรา

$$CVI = \frac{8}{10} = 0.80$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

$$CVI = \frac{30}{30} = 1.0$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRAATES – 8A)

$$CVI = \frac{19}{19} = 1.0$$

ภาคผนวก ค.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

- (1) ชาย (2) หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

- (1) โสด (4) คู่
 (2) หม้าย (5) หย่า
 (3) แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- (1) ประถมศึกษา (4)ปริญญาตรี
 (2) มัธยมศึกษา (5) สูงกว่าปริญญาตรี
 (3) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร

5. อาชีพ

- (1) ไม่ได้ทำงาน (4) รับจ้าง
 (2) เกษตรกรรม (5) ค้าขาย
 (3) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (6) อื่นๆระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- (1) ไม่มีรายได้ (4) 10,001 – 15,000 บาท
 (2) 1,000 – 5,000 บาท (5) 15,001 – 20,000 บาท
 (3) 5,001 – 10, 000 บาท (6) มากกว่า 20,000 บาท

7. ระยะเวลาการดื่มสุรติดต่อกันจนถึงปัจจุบันปี

8. ความถี่ของการดื่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมา

- (1) น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน (3) 1-5 วัน/สัปดาห์
 (2) 1-3 ครั้ง/เดือน (4) 6-7 วัน/สัปดาห์

9. ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละครั้ง.....

10. จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา.....ครั้ง

11. บุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา ไม่มี มี โปรดระบุ
12. สาเหตุของการดื่มสุราครั้งแรก (โปรดระบุ)
13. การใช้สารเสพติดอื่นๆ.....ไม่มี.....มี (โปรดระบุ)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว

2. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวว่าคนอื่นๆ
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ทำให้ฉันจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
 - 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
 - 1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
 - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
 - 3 ฉันไม่ได้รู้สึกพอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ
- 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวดหรือท้องผูก
- 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
- 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
-
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
- 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
- 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

แบบประเมินพฤติกรรมกาเสพติดสาร

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกรของท่าน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
1. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4ครั้ง/เดือน	2-3ครั้ง/สัปดาห์	4ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า
2. เวลาที่คุณดื่มสุราตามปกติ คุณดื่มปริมาณเท่าใดต่อวัน เลือคำตอบเป็น เบียร์ (ข้อ ก) หรือเหล้าวิสกี้ (ข้อ ข) เพียงข้อเดียว					
ก. ถ้าเทียบปริมาณเบียร์ สบาย (เช่น เบียร์ช้าง สិងห์ คลอสเตอร์ คลาสเบอร์ก)	1 – 1.5 กระจบอง (1/2-3/4 ขวด)	2 – 3 กระจบอง (1 – 1.5 ขวด)	3.5 – 4 กระจบอง (2 ขวด)	4.5 - 6 กระจบอง (3-4 ขวด)	7 กระจบองขึ้นไป (4 ขวดขึ้นไป)
ข. ถ้าเทียบเป็นปริมาณเหล้า เล่น แมโขงหงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี	1 เป็ก (30 มล.)	1.5 – 2 เป็ก (1/4 แบน)	2.5 – 3 เป็ก (1/2 แบน)	3.5-4.5 เป็ก (3/4 แบน)	มากกว่า 5 เป็ก (1 แบนขึ้นไป)
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระจบองขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป็กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
4. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้เลยเมื่อคุณได้เริ่มต้นดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
5. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่การดื่มของคุณ เป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สามารถทำสิ่งต่างๆที่ตามปกติ แล้วคุณเคยทำได้มาก่อน	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
6.					
7.					
8.					
9.					
10. เคยมีเพื่อน ญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่นๆแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม ของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการดื่มลงบ้าง หรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว		เคยในช่วง ปีที่แล้ว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่างๆดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตรงกับข้อความเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนต่อต้านโลกหรือต่อต้านสังคม					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น					
29. ทุกๆวันไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายสำหรับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					

แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา

(SOCRATES – 8A)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ติงสุราของท่านอย่างไร กรุณาวางกลมล้อมรอบตัวเลข 1 – 5 เพื่อแสดงว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด กรุณา O เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันทันอย่างจริงจัง	1	2	3	4	5
2. บางครั้งฉันสงสัยว่าฉันติตสุราหรือไม่	1	2	3	4	5
3. ถ้าฉันไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันทันในระยะเวลาอันใกล้นี้ปัญหาของฉันทันก็จะเลวลงเรื่อยๆ	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
18. ฉันกำลังพยายามอย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันทัน	1	2	3	4	5
19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันทันบ้างแล้ว และฉันต้องการความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มแบบเดิมอีก	1	2	3	4	5

โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จัดทำโดย
เรืออากาศเอกหญิงพัชชราวลัย กนกจรรยา

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้เสพติดสุรา
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเองและสมัครใจเข้าร่วมบำบัดด้วยความเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาได้
3. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถกำกับพฤติกรรมการเสพยาของตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราสามารถเข้าใจองค์ประกอบของปัญหาการเสพยาของตนเองได้
5. เพื่อให้ผู้เสพติดสุราคงความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เสพติดสุราและพยาบาลผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ซึ่งต้องเริ่มจากผู้เสพติดสุราเกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งเปิดเผยข้อมูลของตนเองให้กับพยาบาล อีกทั้งการให้ผู้เสพติดสุราได้

พิจารณาถึงผลกระทบของการเสพสุราที่เกิดต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมจะเป็นเหตุผลให้ผู้เสพติดสุราตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องเกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับ มีการกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งให้คำมั่นสัญญากับตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุรา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1.1 รูปแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเสพสุราและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการเสพสุรา
2. ใบกิจกรรมที่ 1.2 หน้าต่างแห่งความตระหนัก
3. ใบกิจกรรมที่ 1.3 คำมั่นสัญญา
4. ใบกิจกรรมที่ 1.4 แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน
5. ใบกิจกรรมที่ 1.5 การทำความเข้าใจองค์ประกอบของปัญหา
6. ใบกิจกรรมที่ 1.6 แบบค้นหาตัวกระตุ้น
7. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เกี่ยวกับสุรา
8. ใบความรู้ที่ 1/2 การกำกับพฤติกรรมการเสพสุราของตนเอง
9. คู่มือการดูแลตนเองของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
10. สมุดบันทึกการดื่มของฉันทัน
11. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม

การประเมินผล

จากการสังเกตการร่วมทำกิจกรรมและผู้เสพติดสุรามีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล มีแรงจูงใจต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาเสพสุราของตนเองด้วย
ความเต็มใจ

แผนการบำบัดครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบกิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดสุราเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพสุราของตนเอง	<p>เนื่องจากการพบกันครั้งแรกระหว่างพยาบาลกับผู้เสพติดสุราซึ่งต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกันดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญโดยพยาบาลแสดงท่าทีที่เป็นมิตร มีความจริงใจ เข้าใจ เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดความไว้วางใจ</p> <p>การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p><u>ขั้นที่1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (30นาที)</u></p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพโดยพยาบาลแนะนำตนเองกับผู้เสพติดสุรา ทักทายผู้เสพติดสุราด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แสดงท่าทีเป็นมิตร จริงใจและเปิดเผย ให้การยอมรับผู้เสพติดสุราในฐานะบุคคลคนหนึ่ง เพื่อให้ผู้เสพติดสุราเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง จากนั้นให้ผู้เสพติดสุราแนะนำตนเอง</p> <p>2. พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ และแจ้งเรื่องระยะเวลาการ</p>		<p>1. ผู้เสพติดสุรามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล</p> <p>2. ผู้เสพติดสุราบอกถึงสาเหตุ ปริมาณ ความถี่ของการเสพสุราของตนเองได้</p> <p>3. ผู้เสพติดสุราบอกถึงผลกระทบของการเสพสุราของตนเองได้</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และ แก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้าง ความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ที่ตนเอง สามารถทำได้ภายใต้ท่าที่ที่แสดงถึง ความเข้าใจ เห็นใจของผู้บำบัด</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมว่ามีทั้งสิ้น 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เสพติดสุราเล่า เรื่องราวของตนเองที่ผ่านมา ปัญหาที่เกิดขึ้นใน ชีวิตและการแก้ไขปัญหานั้นๆ สาเหตุของการดื่ม สุรา ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง ความถี่ของการ ดื่มสุรา ประวัติการรักษาและประสบการณ์การ เลิกดื่มสุราของตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เสพ ติดสุราแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสพสุรา ของตนเอง</p> <p>4. พยาบาลให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับผล การประเมินพฤติกรรมการเสพสุรา (AUDIT) และ คะแนนภาวะซึมเศร้า (BDI) ของผู้เสพติดสุรา แล้วแสดงรูปภาพแสดงความสัมพันธ์ของ</p>	<p>รูปแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างปริมาณการเสพ สุราและปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากการเสพสุรา</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>ปริมาณการเสพสุราและระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดภายหลังการเสพสุรา (ใบกิจกรรมที่ 1.1) พยาบาลใช้คำถามปลายเปิดถามผู้เสพติดสุราว่ามีความคิดเห็นอย่างไรหลังจากที่ได้ดูรูปภาพแสดงความสัมพันธ์ของปริมาณการเสพสุราและระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดภายหลังการเสพสุรา จากนั้นกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์เปรียบเทียบกับระดับการดื่มของตนเองกับรูปภาพที่แสดง</p> <p>5. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์เกี่ยวกับผลกระทบของการเสพสุราต่อชีวิตประจำวันของตนเอง</p> <p>6. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุราสำรวจตนเองเกี่ยวกับสาเหตุของการเสพสุราของตนเอง วิเคราะห์สิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีจากการเสพสุราพร้อมทั้งบันทึกลงในใบกิจกรรมหน้าต่างแห่งความตระหนัก (ใบกิจกรรมที่</p>	<p>(ใบกิจกรรมที่ 1.1)</p> <p>หน้าต่างแห่งความตระหนัก (ใบกิจกรรมที่ 1.2)</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>1.2) โดยมีหัวข้อดังนี้</p> <p>6.1 พยาบาลให้ผู้เสพติดยาค้นหาสิ่งที่ดีถ้ายังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นถามผู้เสพติดยาถึงสาเหตุที่เสพยาอย่างต่อเนื่อง ว่าเกิดผลดีกับตนเองอย่างไรและบันทึกลงในใบกิจกรรมหน้าต่างแห่งความตระหนัก</p> <p>6.2 พยาบาลให้ผู้เสพติดยาวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ไม่ดีถ้ายังเสพยาอย่างต่อเนื่องประเมินว่าสำคัญต่อตนเองเพียงใดและบันทึกลงในหน้าต่างแห่งความตระหนัก</p> <p>6.3 พยาบาลให้ผู้เสพติดยาค้นหาสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีถ้าลดปริมาณการเสพยาหรือหยุดเสพยา</p> <p>6.4 พยาบาลให้ผู้เสพติดยาประเมินตนเองเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาของตนเองโดยตั้งคำถามผู้เสพติดยาว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีมึดยา</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>ของตนเองมีความสำคัญเพียงใด (จาก 0 หมายถึง ไม่สำคัญเลย และ 10 หมายถึงสำคัญมาก) และให้ผู้เสพติดสุราประเมินแรงจูงใจของตนเองในการเลิกเสพสุรา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>7. พยาบาลค้นหาความรู้สึกลังเลใจของผู้เสพติดสุรา โดยกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุราวิเคราะห์ว่าตนเองประสบผลกระทบบจากการเสพสุราอย่างไรบ้าง เช่นปัญหาสุขภาพ ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน ถ้าตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสุราแล้วจะเกิดผลอย่างไร โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้เสพติดสุรากลับข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ซึ่งสะท้อนในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราพูดหรือคิด พร้อมทั้งเสนอในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจถ้ายังคงเสพสุราต่อ</p> <p>8. พยาบาลและผู้เสพติดสุราร่วมกันคำนวณ</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>ค่าใช้จ่ายในการเสพสุราตั้งแต่เริ่มเสพจนถึงปัจจุบัน และให้ผู้เสพติดสุราคำนวณว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเท่าใดถ้ายังคงเสพสุราต่อ</p> <p>9. พยาบาลให้ผู้เสพติดสุรามองตนเองก่อนเริ่มเสพสุรา และมองตนเองในอนาคตถ้าเริ่มลดการเสพสุราหรือหยุดเสพสุรา</p> <p>10. พยาบาลถามผู้เสพติดสุราว่าบุคคลใกล้ชิดมองเห็นส่วนที่ดีของตนเองอย่างไรและตนเองมองเห็นส่วนที่ดีของตนเองอย่างไรในทางกลับกัน มองตนเองที่เป็นผู้เสพติดสุราอย่างไร</p> <p>11. พยาบาลสรุปการพูดคุยในชั้นที่ 1 รวมถึงข้อความจูงใจตนเองของผู้เสพติดสุรา และให้ผู้เสพติดสุราสรุปความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไร</p>		

ใบกิจกรรมที่ 1.2
หน้าต่างแห่งความตระหนัก

ช่องสี่เหลี่ยมข้างล่าง เป็นเสมือนหน้าต่างที่จะช่วยให้ท่านได้สำรวจชีวิตในด้านต่างๆรวมทั้งสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีของการดื่มสุราทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยให้เขียนประสบการณ์ของท่านลงในช่องหน้าต่างทั้ง 4 บาน

สิ่งที่ดีถ้าท่านยังคงดื่มสุรา	สิ่งที่ไม่ดีถ้าท่านยังคงดื่มสุรา
สิ่งที่ดีถ้าท่านเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา	สิ่งที่ไม่ดีถ้าท่านเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา

ใบกิจกรรมที่ 1.3

คำมั่นสัญญา

ระหว่างรับการบำบัดท่านได้พูดคุยกับพยาบาลผู้ให้การบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยหยุด ลด เลิกการดื่มสุรา โดยใช้ความพยายามมุ่งมั่นของตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว คนใกล้ชิด ตลอดจนจนพยาบาลผู้ให้การบำบัด คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนี้จะคงอยู่กับท่าน เพียงท่านปฏิบัติง่าย ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยทบทวนและบอกตนเองก่อนนอนหรือภายหลังตื่นนอนดังนี้

1. เป้าหมายชีวิต / ความคาดหวังในอนาคตผม/ดิฉัน
สัญญาว่า ภายในช่วงระยะเวลา.....สัปดาห์/เดือนเลือกที่จะ (วงกลมรอบข้อที่ท่านเลือก)

ก. ไม่ดื่มสุราเลย

ข. ดื่มสุราเป็นบางครั้งในบางโอกาส โดย

.....ลดปริมาณการดื่มหรือความบ่อยครั้งของการดื่ม

.....หยุดดื่มสุรา ยกเว้นในโอกาสสำคัญซึ่งผม/ดิฉัน มีความ

ตั้งใจ จะดื่มประมาณ 1 – 2 ดื่มมาตรฐาน

ซึ่งเรากำลังเดินทางไปสู่เป้าหมายนั้น และจะสำเร็จในไม่ช้า

2. เมื่อแรกเข้ารับการบำบัด ผม/ดิฉัน ได้ให้สัญญากับตนเอง / คนที่เรารัก / พยาบาลผู้ให้การบำบัดว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผม/ดิฉัน จะสัญญานั้นไว้โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัญญาว่าจะลด / เลิกดื่มสุรา

3. ผม/ดิฉัน จะเก็บสิ่งที่ทำสำเร็จในแต่ละวัน โดยเฉพาะการลด/เลิกดื่มสุราไว้เป็นกำลังใจที่จะลด/เลิกต่อไปในอนาคต ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเราให้ดีขึ้นและสามารถควบคุมการดื่มสุราได้

4. ถ้ามีเหตุการณ์ให้พลาดพลั้งกลับไปดื่มสุราอีกแม้แต่ครั้งเดียวผม/ดิฉัน จะตั้งใจเลิกใหม่โดยรีบขอรับการช่วยเหลือจากผู้ให้การบำบัด

5. ลงนามไว้ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

()

ผู้รับการบำบัด

ลงชื่อ.....

()

พยาน

ใบกิจกรรมที่ 1.4

แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

คำชี้แจง ให้คุณบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้คุณรู้สึกแย่ หรือทำให้คุณต้องไปเสพสุรา บันทึกทุกครั้งที่เกิดความรู้สึกนั้น
(อาจใช้เวลาตอนเย็นทบทวนเหตุการณ์ประจำวันแล้วบันทึกลงตาราง)

วันที่/ เวลา/ สถานที่	บุคคลที่คุณอยู่ ด้วย	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	ความคิดของคุณต่อ เหตุการณ์นั้น	อารมณ์/ความรู้สึกที่ เกิดขึ้น	วิธีการปฏิบัติต่อ เหตุการณ์

สมุดบันทึกการดื่มของฉันทัน

วันเดือนปี	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในวันนี้							
ปริมาณที่ดื่มใน วันนี้							
อาการข้างเคียงที่ เกิดขึ้นหลังการดื่ม							
ความรู้สึกของ ท่านหลังการดื่ม							
บุคคลใกล้ชิด แสดงความ คิดเห็นต่อการดื่ม ของท่านอย่างไร							

ใบกิจกรรมที่ 2.4

แบบฝึกการสำรวจความคิด

คำชี้แจง ให้คุณบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่ทำให้คุณรู้สึกแย่ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้คุณต้องหันไปดื่มสุรา บันทึกทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น โดยอาจใช้ช่วงเวลาตอนเย็นนั่งทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

วันที่ / เวลา / สถานที่	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น A	ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น B	ผลที่เกิดขึ้น (อารมณ์/ พฤติกรรม) C	สิ่งที่ส่งเสริมความคิดต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ใบกิจกรรมที่ 3.3
แบบบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์

วัน/เวลา	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
เช้า							
มี๊อกกลางวัน							
บ่าย							
มี๊อเย็น							
ค่ำ							

ใบกิจกรรมที่ 4.2
แนวทางสู่ความสำเร็จ

สถานการณ์เสี่ยง / กระตุ้น	กลวิธีในการจัดการของฉัน	รางวัลที่ฉันจะให้กับตัวเอง เมื่อทำสำเร็จ
วิธีการในการจัดการกับสถานการณ์ทั่วไป		
ทักษะที่ต้องการเพิ่มเติมในการจัดการ		

บุคคลที่สามารถช่วยเหลือ / สนับสนุน หากทำไม่สำเร็จในการเลิกเสพยา

- 1.....
- 2.....
- 3.....

คู่มือ

การดูแลตนเองของผู้เสพติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้า



จัดทำโดย

เรืออากาศเอกหญิงพัชชราวลัย กนกจรรยา

อาจารย์ ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต คุณอาจรู้สึกทุกข์ ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดความกระตือรือร้นที่จะทำอะไร รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระต่อผู้อื่น ความรู้สึกเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเป็นพักๆ หรือเกิดขึ้นตลอดเวลา ถ้ามีความรุนแรงจนบางครั้งอาจรู้สึกเบื่อชีวิตอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดฆ่าตัวตาย ถ้าคุณมีอาการดังกล่าวอยู่นาน 2 สัปดาห์ หรือมากกว่า แสดงว่าคุณอาจกำลังตกอยู่ใน “ภาวะซึมเศร้า”

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งนอกจากจะพบได้ในผู้ป่วยทั่วไปแล้ว มักพบร่วมกับการเสพสุรา จากการศึกษาพบว่าการเสพสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ผู้เสพติดสุราอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลหันไปเสพติดสุราได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของตัวผู้เสพติดสุราเอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านี้ขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เรืออากาศเอกหญิงพัชรวลัย กนกจรรยา

กรกฎาคม 2554

สารบัญ

มารู้จัก สุรา (เหล้า) กันเถิด	3
จะเกิดอะไรขึ้นเมื่อคุณดื่มเหล้า	5
ผลกระทบจากการดื่มเหล้า	6
บันได 6 ขั้นเพื่อการดื่มให้น้อยลง	8
เทคนิคการดื่มแบบฉลาด	11
อาการอยากสุรา	12
การจัดการกับอาการอยากสุรา	16
การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ	19
ภาวะซึมเศร้า	21
สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	22
ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์	25
การจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง	29
การผ่อนคลายความเครียด	35
สถานที่ขอคำปรึกษา	39

ภาคผนวก ง.

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพสุราในผู้เสพติดสุรา

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิงพัชชราวลัย กนกจรรยา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

สถานที่พักอาศัย 80 ประดิพัทธ์ 25 สามเสนใน พญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์บ้าน 02 - 2792324

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-7355602

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพสุราในผู้เสพติดสุรา
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
4. รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 40 คน ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16 -29 คะแนน) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค รวมทั้งมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการเสพสุราอยู่ในกลุ่มแบบมีปัญหาและกลุ่มแบบติด (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเสพสุรา สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ ได้แก่ การประเมินอาการและให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลอาการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างเข้ารับการรักษา การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ดูแลติดตามให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในกลุ่มควบคุม มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินพฤติกรรมกรมการเสพสุรา ครั้งละไม่เกิน 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยครั้งแรกเมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ได้แก่ การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การบำบัดครั้งที่ 2 การจัดการกับอาการอยากสุรา การบำบัดครั้งที่ 3 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและยุติการบำบัด และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินพฤติกรรมกรมการเสพสุรา ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้งโดยครั้งแรกเมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เช่นมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

7. เนื่องจากการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้สำรวจและจัดการกับความลังเลใจ เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งค้นพบความคิดที่บิดเบือนของตนเอง ช่วยพัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆได้ รวมทั้งหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการ
สุขภาพจิตและจิตเวช

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถ
ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย
ได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้ง
ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอ
ผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนับสนุนค่าเดินทางในการเข้ามารับการ
บำบัดให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกครั้ง

11. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้
ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-
2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ
ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติด
สุรา

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิงพัชชราวัลย์ กนกจรรยา

ที่อยู่ติดต่อ 80 ประดิพัทธ์ 25 สามเสนใน พญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 081-7355602

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับ
คำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยในกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมรับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น
โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและ
พฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา จำนวน 4 ครั้งๆละ 60 – 90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4
สัปดาห์ พร้อมกับตอบแบบประเมินพฤติกรรมการเสพยาและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ครั้ง
และสำหรับกลุ่มควบคุมยินดีตอบแบบประเมินพฤติกรรมการเสพยาและแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์**โดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ.
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 037/2554

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 144.1/53 : ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพยาในผู้เสพยา

ผู้วิจัยหลัก : เรืออากาศเอกหญิงพัชราวลัย กนกกรรยา

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริลา ทศนประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 กุมภาพันธ์ 2554

วันหมดอายุ : 20 กุมภาพันธ์ 2555

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



โครงการวิจัย 144.1/53
วันที่รับรอง 21 ก.พ. 2554
วันหมดอายุ 20 ก.พ. 2555

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาในแรกที่ใช้ออกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรื่ออากาศเอกหญิงพัชชราวลัย กนกจรรยา เกิดวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ในปีการศึกษา 2541 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ