

เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมกาไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา

ผู้วิจัย สุกุมมา แสงเดือนฉาย

วันเดือนปี สิงหาคม 2554

บทสรุปของผู้บริหาร

ปัญหาการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการแพร่ขยายของปัญหาไปอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีผู้ดื่มสุราในปริมาณมากและดื่มอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จึงจำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา แต่ผลการบำบัดรักษาก็พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อและกลับเข้ารับรักษาในสถานบำบัด ถึงร้อยละ 45-60

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถจัดการกับปัญหาการกลับไปติดเชื้อครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จึงเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาานานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ

ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมกาไม่ติดเชื้อ และ 2) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อที่มีต่อพฤติกรรมกาไม่ติดสุราซ้ำ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 80 คน ที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน เมื่อสิ้นสุดการทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดตามผลได้ดังนี้ กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 29 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 5 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1 เดือนที่2 และเดือนที่3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ 3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ 4) แบบบันทึกพฤติกรรมกาดื่มสุรา และ 5) การตรวจสาร GGT ในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมกาไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา

ผู้วิจัย สุกุมมา แสงเดือนฉาย

วันเดือนปี สิงหาคม 2554

บทสรุปของผู้บริหาร

ปัญหาการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการแพร่ขยายของปัญหาไปอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีผู้ดื่มสุราในปริมาณมากและดื่มอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จึงจำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา แต่ผลการบำบัดรักษาก็พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อและกลับเข้ารับรักษาในสถานบำบัด ถึงร้อยละ 45-60

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถจัดการกับปัญหาการกลับไปติดเชื้อครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จึงเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาานานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ

ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมกาไม่ติดเชื้อ และ 2) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อที่มีต่อพฤติกรรมกาไม่ติดสุราซ้ำ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 80 คน ที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน เมื่อสิ้นสุดการทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดตามผลได้ดังนี้ กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 29 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 5 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่1 เดือนที่2 และเดือนที่3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ 3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ 4) แบบบันทึกพฤติกรรมกาดื่มสุรา และ 5) การตรวจสาร GGT ในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

มีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการกลับไปติดเชื้อให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด และประเมินผลการศึกษาอย่างต่อเนื่องจนได้รูปแบบการบำบัดที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการบำบัดรักษา ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัด และช่วยให้ผู้ป่วยยืดระยะเวลาการติดเชื้อให้ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

การนำรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้สู่การปฏิบัติควรคำนึงสิ่งเหล่านี้

1. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง ที่มีแนวคิด และเทคนิควิธีการที่มีความเฉพาะแตกต่างจากการบำบัดวิธีอื่นๆ ผู้บำบัดที่นำรูปแบบการบำบัดนี้มาใช้จึงต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ
2. การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการดำเนินการเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy) ควรมีสมาชิกเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 6-8 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ และผู้บำบัดสามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง
3. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมาก อาจทำให้เข้าใจได้ยาก ในการอธิบายจึงควรใช้วิธีการยกตัวอย่างเหตุการณ์ สถานการณ์จริงที่เป็นเรื่องใกล้ตัวของผู้ป่วยประกอบการสอน หรือการใช้รูปภาพ วิดีโอ การสาธิตเพื่อที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น
4. ในช่วงระยะติดตาม เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ (Booster session) ซึ่งอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความตั้งใจที่จะคงอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และการนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือต่างๆ เพราะจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยในระยะติดตามผลเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 มีความสัมพันธ์กัน โดยมีแนวโน้มของพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อลดลงเมื่อเวลาของการติดตามยาวนานขึ้น

มีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการกลับไปติดเชื้อให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด และประเมินผลการศึกษาอย่างต่อเนื่องจนได้รูปแบบการบำบัดที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการบำบัดรักษา ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัด และช่วยให้ผู้ป่วยยืดระยะเวลาการติดเชื้อให้ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

การนำรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้สู่การปฏิบัติควรคำนึงสิ่งเหล่านี้

1. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง ที่มีแนวคิด และเทคนิควิธีการที่มีความเฉพาะแตกต่างจากการบำบัดวิธีอื่นๆ ผู้บำบัดที่นำรูปแบบการบำบัดนี้มาใช้จึงต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ
2. การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการดำเนินการเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy) ควรมีสมาชิกเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 6-8 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ และผู้บำบัดสามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง
3. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมาก อาจทำให้เข้าใจได้ยาก ในการอธิบายจึงควรใช้วิธีการยกตัวอย่างเหตุการณ์ สถานการณ์จริงที่เป็นเรื่องใกล้ตัวของผู้ป่วยประกอบการสอน หรือการใช้รูปภาพ วิดีโอ การสาธิตเพื่อที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น
4. ในช่วงระยะติดตาม เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ (Booster session) ซึ่งอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความตั้งใจที่จะคงอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และการนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือต่างๆ เพราะจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยในระยะติดตามผลเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 มีความสัมพันธ์กัน โดยมีแนวโน้มของพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อลดลงเมื่อเวลาของการติดตามยาวนานขึ้น

Topic: The effect of cognitive-behavioral therapy program, with social support on readiness for early relapse prevention and non-relapse of alcohol use disorder patients

Researcher: Sukuma Saengduenchai

Date/Month/Year: August 2011

Executive Summary

Drinking problem is a problem that has become more and more severe which has spread widely because heavy drinkers and continuous drinkers have no self-control to the extent that they require alcohol treatment and rehabilitation. However, the result shows that 45-60% of the patients became relapsed and returned to the treatment center.

Cognitive-Behavioral Therapy is a form of therapy that can deal with the relapse prevention that covers Interpersonal determinants and Intrapersonal-environmental determinants. Therefore, it is an effective form of therapy that could extend the duration of non-relapse longer than other methods of therapy.

Therefore, Cognitive-behavioral therapy program, with social support was developed. The purposes of this study were : 1) to examine the result of cognitive-behavioral therapy program, with social support on readiness for early relapse prevention and non-relapse and 2) to investigate the effects of readiness for early relapse prevention on non-relapse.

This research was designed as experimental design. The participants consisted of 80 alcohol use disorder patients who were admitted in Thanyarak Institute. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. In Follow up, there were patients 30 in experimental group, and 29 in control group. The data were collected for five times: pre-test, post-test and follow up in the first, second and third month, respectively. The instruments in the study were cognitive-behavioral therapy program, with social support, readiness questionnaires comprising intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention, alcohol consumption report and GGT in the blood. The data were analyzed by utilizing MANCOVA, χ^2 -test and multiple regression analysis.

Topic: The effect of cognitive-behavioral therapy program, with social support on readiness for early relapse prevention and non-relapse of alcohol use disorder patients

Researcher: Sukuma Saengduenchai

Date/Month/Year: August 2011

Executive Summary

Drinking problem is a problem that has become more and more severe which has spread widely because heavy drinkers and continuous drinkers have no self-control to the extent that they require alcohol treatment and rehabilitation. However, the result shows that 45-60% of the patients became relapsed and returned to the treatment center.

Cognitive-Behavioral Therapy is a form of therapy that can deal with the relapse prevention that covers Interpersonal determinants and Intrapersonal-environmental determinants. Therefore, it is an effective form of therapy that could extend the duration of non-relapse longer than other methods of therapy.

Therefore, Cognitive-behavioral therapy program, with social support was developed. The purposes of this study were : 1) to examine the result of cognitive-behavioral therapy program, with social support on readiness for early relapse prevention and non-relapse and 2) to investigate the effects of readiness for early relapse prevention on non-relapse.

This research was designed as experimental design. The participants consisted of 80 alcohol use disorder patients who were admitted in Thanyarak Institute. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. In Follow up, there were patients 30 in experimental group, and 29 in control group. The data were collected for five times: pre-test, post-test and follow up in the first, second and third month, respectively. The instruments in the study were cognitive-behavioral therapy program, with social support, readiness questionnaires comprising intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention, alcohol consumption report and GGT in the blood. The data were analyzed by utilizing MANCOVA, χ^2 -test and multiple regression analysis.

The results of this research were as follows:

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

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

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

4. The follow up assessment in the first month showed that the intention in relapse prevention could predict the percent heavy drinking days and the percent days abstinent with statistically significant at 0.05 level, the intention and self-efficacy in relapse prevention could explain the variance of percent heavy drinking days and the percent days abstinent for 15 % and 24 %, respectively.

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

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

The results of this research were as follows:

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

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

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

4. The follow up assessment in the first month showed that the intention in relapse prevention could predict the percent heavy drinking days and the percent days abstinent with statistically significant at 0.05 level, the intention and self-efficacy in relapse prevention could explain the variance of percent heavy drinking days and the percent days abstinent for 15 % and 24 %, respectively.

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

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

Recommendations

Policy Recommendations

Studies and researches should be supported and promoted in order to develop the cognitive-behavioral therapy for early relapse prevention, and for continuously evaluating result of the study until acquiring therapy that suits the patient, which will increase efficiency and effectiveness of the therapy, reduce the cost and expense in the therapy, and help extending the period the of non-relapse, which will result in a better life quality for the patients and their families

Operational Recommendations

1. The cognitive - behavioral therapy is a form of psychotherapeutic approach that has specific concepts and techniques that are different from other therapeutic approaches. Therefore, therapists who are applying this approach require training from experts.

2. The cognitive - behavioral therapy that is run as group therapy should consist of approximately 6-8 members in each group in order for the everybody in the group to be able to express their ideas and exchange knowledge, and for thorough supervision by the therapist.

3. The cognitive - behavioral therapy is a therapy that emphasizes on changing internal behavior regarding thought, belief, and perception of patients which are very abstract and may be hard to grasp. Therefore, the explanation should include examples of actual events or situations, that patients can relate to, in the class, or include pictures, videos, and demonstrations to communicate the message to patients for better understanding.

4. In Follow up, when patients return home, monitoring should be done continuously and periodically (Booster Session), which may be in a form of telephone calls, letters, or home visit as a stimulation and warning for patients to stay on track with the goal to quit drinking, and applying the skills, acquired in the class, in actual situations, as well as providing supports and assistances because the study shows that patients non-relapse in the monitoring period in the 1st, 2nd, and 3rd months are correlated, which the likelihood of relapse decreases when the monitoring period is longer.

Recommendations

Policy Recommendations

Studies and researches should be supported and promoted in order to develop the cognitive-behavioral therapy for early relapse prevention, and for continuously evaluating result of the study until acquiring therapy that suits the patient, which will increase efficiency and effectiveness of the therapy, reduce the cost and expense in the therapy, and help extending the period the of non-relapse, which will result in a better life quality for the patients and their families

Operational Recommendations

1. The cognitive - behavioral therapy is a form of psychotherapeutic approach that has specific concepts and techniques that are different from other therapeutic approaches. Therefore, therapists who are applying this approach require training from experts.

2. The cognitive - behavioral therapy that is run as group therapy should consist of approximately 6-8 members in each group in order for the everybody in the group to be able to express their ideas and exchange knowledge, and for thorough supervision by the therapist.

3. The cognitive - behavioral therapy is a therapy that emphasizes on changing internal behavior regarding thought, belief, and perception of patients which are very abstract and may be hard to grasp. Therefore, the explanation should include examples of actual events or situations, that patients can relate to, in the class, or include pictures, videos, and demonstrations to communicate the message to patients for better understanding.

4. In Follow up, when patients return home, monitoring should be done continuously and periodically (Booster Session), which may be in a form of telephone calls, letters, or home visit as a stimulation and warning for patients to stay on track with the goal to quit drinking, and applying the skills, acquired in the class, in actual situations, as well as providing supports and assistances because the study shows that patients non-relapse in the monitoring period in the 1st, 2nd, and 3rd months are correlated, which the likelihood of relapse decreases when the monitoring period is longer.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามปฏิบัติการ.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	11
พฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	20
ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ.....	23
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	26
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ.....	28
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	29
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ..	32
แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา.....	33
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การดำเนินการทดลอง.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามปฏิบัติการ.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	11
พฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	20
ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ.....	23
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	26
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ.....	28
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด.....	29
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ..	32
แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา.....	33
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การดำเนินการทดลอง.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	106
ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	106
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ภาคผนวก ข โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคม.....	140

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	106
ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	106
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ภาคผนวก ข โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคม.....	140

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด และ พฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3 โดยการวิเคราะห์แบบ Pre Protocol analysis (PP) และ แบบ Intention-to-treat analysis (ITT).....	103
10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวน วันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3.....	104

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด และ พฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3 โดยการวิเคราะห์แบบ Pre Protocol analysis (PP) และ แบบ Intention-to-treat analysis (ITT).....	103
10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวน วันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3.....	104

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด.....	43
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	61
4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกัน แรงสนับสนุนทางสังคม.....	66
5 ขั้นตอนในการดำเนินการ.....	88
6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	99

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด.....	43
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	61
4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกัน แรงสนับสนุนทางสังคม.....	66
5 ขั้นตอนในการดำเนินการ.....	88
6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	99

บทที่ 1 บทนำ

ภูมิหลัง

การตีพิมพ์หรือเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการแพร่ขยายของปัญหาไปในวงกว้าง เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ที่ตีพิมพ์สุราในปริมาณมากและตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมการตีพิมพ์ของตนเองได้ ดังผลการสำรวจจรรยาบรรณและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในแบบแผนการตีพิมพ์ต่างๆ ในเวลา 10 ปี ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของผู้ตีพิมพ์ทุกวันหรือเกือบทุกวัน และผู้ที่ตีพิมพ์ประจำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มว่าผู้มีพฤติกรรมการตีพิมพ์ประจำเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่ตีพิมพ์ประจำมีการย้ายจากการตีพิมพ์ทุกเดือนเป็นการตีพิมพ์ทุกสัปดาห์และทุกวัน (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2550: 16-17)

พฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป โดยองค์การอนามัยโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2549: 27-28; อ้างอิงจาก WHO. 2004) ได้ระบุไว้ว่าการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคถึง 60 โรค ทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น โรคจิตจากสุรา โรคตับแข็ง ประสาทเสื่อมจากสุรา กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ เช่น โรคมะเร็งต่างๆ และกลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพอย่างฉับพลัน เช่นอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมถึงความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่นการก่ออาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิร็อบเบิร์ต วูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) กล่าวว่า การติดสารเสพติดสุรา และ บุหรี่ เป็นปัญหาอันดับ 1 ที่เป็นต้นเหตุที่คร่าชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความตาย และทุพพลภาพ มากกว่าเรื่องอื่นๆ และเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตครอบครัว ต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก (ทิพาวดี เอมะวรรณะ. 2547: 16-17)

การดำเนินการแก้ไขปัญหการตีพิมพ์สุรา ทั้งภาครัฐบาล และองค์กรเอกชนได้ประสานความร่วมมือโดยใช้มาตรการต่างๆ รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์แห่งชาติ ซึ่งในการดำเนินการส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหา และส่งเสริมไม่ให้ตีพิมพ์สุรา อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหานั้น ในทางสาธารณสุขต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การส่งเสริม การป้องกันการบำบัดรักษา และการฟื้นฟู โดยในกลุ่มที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จะใช้วิธีการส่งเสริมรณรงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เริ่มตีพิมพ์ หรือผู้ที่เคยตีพิมพ์ป้องกันไม่ให้ตีพิมพ์จนเป็นปัญหา สำหรับในกลุ่มผู้ที่ตีพิมพ์จนเป็นปัญหา หรือติดสุรา จำเป็นต้องรับการบำบัดและฟื้นฟู เพราะเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีปัญหาที่

บทที่ 1 บทนำ

ภูมิหลัง

การตีพิมพ์หรือเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการแพร่ขยายของปัญหาไปในวงกว้าง เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ที่ตีพิมพ์สุราในปริมาณมากและตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมการตีพิมพ์ของตนเองได้ ดังผลการสำรวจจรรยาบรรณและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในแบบแผนการตีพิมพ์ต่างๆ ในเวลา 10 ปี ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของผู้ตีพิมพ์ทุกวันหรือเกือบทุกวัน และผู้ที่ตีพิมพ์ประจำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มว่าผู้มีพฤติกรรมการตีพิมพ์ประจำเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่ตีพิมพ์ประจำมีการย้ายจากการตีพิมพ์ทุกเดือนเป็นการตีพิมพ์ทุกสัปดาห์และทุกวัน (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2550: 16-17)

พฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป โดยองค์การอนามัยโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2549: 27-28; อ้างอิงจาก WHO. 2004) ได้ระบุไว้ว่าการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคถึง 60 โรค ทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น โรคจิตจากสุรา โรคตับแข็ง ประสาทเสื่อมจากสุรา กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ เช่น โรคมะเร็งต่างๆ และกลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพอย่างฉับพลัน เช่นอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมถึงความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่นการก่ออาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิร็อบเบิร์ต วูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) กล่าวว่า การติดสารเสพติดสุรา และ บุหรี่ เป็นปัญหาอันดับ 1 ที่เป็นต้นเหตุที่คร่าชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความตาย และทุพพลภาพ มากกว่าเรื่องอื่นๆ และเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตครอบครัว ต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก (ทิพาวดี เอมะวรรณะ. 2547: 16-17)

การดำเนินการแก้ไขปัญหการตีพิมพ์สุรา ทั้งภาครัฐบาล และองค์กรเอกชนได้ประสานความร่วมมือโดยใช้มาตรการต่างๆ รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์แห่งชาติ ซึ่งในการดำเนินการส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหา และส่งเสริมไม่ให้ตีพิมพ์สุรา อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหานั้น ในทางสาธารณสุขต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การส่งเสริม การป้องกันการบำบัดรักษา และการฟื้นฟู โดยในกลุ่มที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จะใช้วิธีการส่งเสริมรณรงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เริ่มตีพิมพ์ หรือผู้ที่เคยตีพิมพ์ป้องกันไม่ให้ตีพิมพ์จนเป็นปัญหา สำหรับในกลุ่มผู้ที่ตีพิมพ์จนเป็นปัญหา หรือติดสุรา จำเป็นต้องรับการบำบัดและฟื้นฟู เพราะเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีปัญหาที่

ซับซ้อนยากที่ผู้ติดสุราจะสามารถแก้ไขปัญหา หรือหยุดยาดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ทิพาวดี เอมะวรรณะ (2547: 78) ที่กล่าวว่าผู้ที่ติดยาจะรู้ว่าตัวเองควรเลิกยาเสพติด เมื่อนั้นมักเป็นเวลาที่มึนปมปัญหาและอุปสรรคนานัปการ การหยุดยาเสพติดจึงไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ ที่จะปล่อยให้ผู้ติดยาได้ต่อสู้กับอุปสรรคเพียงลำพังได้สำเร็จ จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ติ่มสุรา และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะแต่ละประเภท ทำให้การดูแลไม่แตกต่างกัน (พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. 2547: 109) โดยหลักการสำคัญคือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และบรรเทาอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) หลักการบำบัดจึงมีการใช้ยาในการบำบัดด้านร่างกาย เพื่อระงับอาการขาดสุรา ซึ่งอาการนี้อาจเกิดหลังการติ่มสุราครั้งสุดท้าย 6-8 ชั่วโมงจะมีการสั่น ไม่มีแรง เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก และอาการต่างๆ เหล่านี้จะพบมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังติ่มสุรา หรือประมาณ 7 วัน (บรรจง สืบสมาน. 2536; พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์; และคณะ. 2547: 106) และโดยทั่วไปอาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมที่จัดไว้ให้ สำหรับกิจกรรมกลุ่มที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีเพียงกลุ่มกายบริหาร กลุ่มนันทนาการ กลุ่มประชุมเข้า กลุ่มผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าเป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเท่านั้น ส่วนการฟื้นฟูสภาพจิตใจยังมีน้อยมาก และไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

จากผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ (สถาบันธัญญารักษ์. 2550: 3) พบว่าในปี 2548-2549 ผู้เข้ารับการรักษาสุราเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยรับการรักษาแล้วถึงร้อยละ 45-60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่กลับไปติดซ้ำจำนวนมาก และยังเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงผลของการบำบัดที่ยังไม่ได้ผลนัก สอดคล้องกับการศึกษาของฮันท์ บาร์เน็ต และบรานซ์ (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S5; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) ที่กล่าวถึงการเสพยาสุราหลังการบำบัดรักษาใน 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน เป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 53 ตามลำดับ

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

ซับซ้อนยากที่ผู้ติดสุราจะสามารถแก้ไขปัญหา หรือหยุดยาดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ทิพาวดี เอมะวรรณะ (2547: 78) ที่กล่าวว่าผู้ที่ติดยาจะรู้ว่าตัวเองควรเลิกยาเสพติด เมื่อนั้นมักเป็นเวลาที่มึนปมปัญหาและอุปสรรคนานัปการ การหยุดยาเสพติดจึงไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ ที่จะปล่อยให้ผู้ติดยาได้ต่อสู้กับอุปสรรคเพียงลำพังได้สำเร็จ จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ติ่มสุรา และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะแต่ละประเภท ทำให้การดูแลไม่แตกต่างกัน (พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. 2547: 109) โดยหลักการสำคัญคือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และบรรเทาอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) หลักการบำบัดจึงมีการใช้ยาในการบำบัดด้านร่างกาย เพื่อระงับอาการขาดสุรา ซึ่งอาการนี้อาจเกิดหลังการติ่มสุราครั้งสุดท้าย 6-8 ชั่วโมงจะมีการสั่น ไม่มีแรง เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก และอาการต่างๆ เหล่านี้จะพบมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังติ่มสุรา หรือประมาณ 7 วัน (บรรจง สืบสมาน. 2536; พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์; และคณะ. 2547: 106) และโดยทั่วไปอาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมที่จัดไว้ให้ สำหรับกิจกรรมกลุ่มที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีเพียงกลุ่มกายบริหาร กลุ่มนันทนาการ กลุ่มประชุมเข้า กลุ่มผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าเป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเท่านั้น ส่วนการฟื้นฟูสภาพจิตใจยังมีน้อยมาก และไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

จากผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ (สถาบันธัญญารักษ์. 2550: 3) พบว่าในปี 2548-2549 ผู้เข้ารับการรักษาสุราเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยรับการรักษาแล้วถึงร้อยละ 45-60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่กลับไปติดซ้ำจำนวนมาก และยังเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงผลของการบำบัดที่ยังไม่ได้ผลนัก สอดคล้องกับการศึกษาของฮันท์ บาร์เน็ต และบรานซ์ (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S5; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) ที่กล่าวถึงการเสพยาสุราหลังการบำบัดรักษาใน 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน เป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 53 ตามลำดับ

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

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับแรงกดดันจากสังคม มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวนทำทนายให้ดื่มและสถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่ม

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

นอกจากนี้การศึกษาของมาหลัทและกอร์ดอน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 152; citing Marlatt; & Gordon.1985; Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) เกี่ยวกับการป้องกันการติดยา พบว่าการที่บุคคลกลับไปติดยาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยง โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสของการกลับไปสู่การติดยาได้ดีกว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับคอนเนอร์ส เมียสโต และโดโนแวน (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S6-S7) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง หรือสิ่งทำทนายจากการดื่มสุราทำให้กลับไปติดยา และจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่อง เกี่ยวกับปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ป่วยสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2549: 38-39) โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้เสพยา และกลุ่มผู้ไม่เสพยา พบเช่นเดียวกันว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุราซ้ำได้ และเมื่อวิเคราะห์รายด้านย่อยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยสุราเป็นตัวแปรที่ทำนายการเสพยาซ้ำสุราได้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์มีโอกาสเสพยาซ้ำสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ เพิ่มขึ้น 1.13 เท่า

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับแรงกดดันจากสังคม มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวนทำทนายให้ดื่มและสถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่ม

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

นอกจากนี้การศึกษาของมาหลัทและกอร์ดอน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 152; citing Marlatt; & Gordon.1985; Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) เกี่ยวกับการป้องกันการติดยา พบว่าการที่บุคคลกลับไปติดยาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยง โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสของการกลับไปสู่การติดยาได้ดีกว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับคอนเนอร์ส เมียสโต และโดโนแวน (Connors; Maisto; & Donovan. 1996: S6-S7) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง หรือสิ่งทำทนายจากการดื่มสุราทำให้กลับไปติดยา และจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่อง เกี่ยวกับปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ป่วยสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2549: 38-39) โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้เสพยา และกลุ่มผู้ไม่เสพยา พบเช่นเดียวกันว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุราซ้ำได้ และเมื่อวิเคราะห์รายด้านย่อยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยสุราเป็นตัวแปรที่ทำนายการเสพยาซ้ำสุราได้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์มีโอกาสเสพยาซ้ำสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากเมื่อเผชิญกับความคิดและอารมณ์ เพิ่มขึ้น 1.13 เท่า

จากการศึกษาปัจจัยของการติดซ้ำที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลดังกล่าวมานั้น มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบของความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการติ่มสุราและการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงที่บิดเบือนไป รวมทั้งการขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงมีผลทำให้ผู้ติ่มสุราไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive-behavioral therapy) โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน และภายนอกควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบำบัดจะเข้าไปปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือน มีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการติ่มสุรา เข้าใจถึงกระบวนการเกิดของความคิดและเนื้อหาของความคิดที่มีการบิดเบือนไปจากความเป็นจริง จนนำไปสู่การตีความสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (ดรุณี ภูขาว. 2547: 22) และมีการเสริมทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในที่เกิดจากอารมณ์ความรู้สึก ความคิด และจากภายนอกที่เกิดจากความขัดแย้ง หรืออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ความมุ่งมั่นตั้งใจ และมั่นใจในความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำได้

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

สำหรับในประเทศไทยผลงานวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรามีน้อยไม่มากนัก และไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้กับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานวิจัยยังพบข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีการศึกษาวัดผลเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่นงานวิจัยของนิชนันท์ คำล้าน (2547) และนิमित แก้วอาจ (2549) และเมื่อคำนึงถึงการนำไปใช้พบว่ารูปแบบของการบำบัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการบำบัดระยะสั้นๆ โดยใช้เวลาในการบำบัดเพียง 5-6 ครั้งๆ ละประมาณ 90-120 นาที ในช่วง 1 สัปดาห์เท่านั้น (นิชนันท์ คำล้าน. 2547; นิमित แก้วอาจ. 2549; และPhukao. 2006) ซึ่งจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยสุราและพิจารณาถึงเป้าหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งเรียนรู้

จากการศึกษาปัจจัยของการติดซ้ำที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลดังกล่าวมานั้น มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบของความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการติ่มสุราและการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงที่บิดเบือนไป รวมทั้งการขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงมีผลทำให้ผู้ติ่มสุราไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive-behavioral therapy) โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน และภายนอกควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบำบัดจะเข้าไปปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือน มีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการติ่มสุรา เข้าใจถึงกระบวนการเกิดของความคิดและเนื้อหาของความคิดที่มีการบิดเบือนไปจากความเป็นจริง จนนำไปสู่การตีความสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (ดรุณี ภูขาว. 2547: 22) และมีการเสริมทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในที่เกิดจากอารมณ์ความรู้สึก ความคิด และจากภายนอกที่เกิดจากความขัดแย้ง หรืออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ความมุ่งมั่นตั้งใจ และมั่นใจในความสามารถของตนในการป้องกันการติดซ้ำได้

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

สำหรับในประเทศไทยผลงานวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรามีน้อยไม่มากนัก และไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้กับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานวิจัยยังพบข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีการศึกษาวัดผลเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่นงานวิจัยของนิชนันท์ คำล้าน (2547) และนิमित แก้วอาจ (2549) และเมื่อคำนึงถึงการนำไปใช้พบว่ารูปแบบของการบำบัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการบำบัดระยะสั้นๆ โดยใช้เวลาในการบำบัดเพียง 5-6 ครั้งๆ ละประมาณ 90-120 นาที ในช่วง 1 สัปดาห์เท่านั้น (นิชนันท์ คำล้าน. 2547; นิमित แก้วอาจ. 2549; และPhukao. 2006) ซึ่งจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยสุราและพิจารณาถึงเป้าหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งเรียนรู้

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

จากเหตุผลดังกล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการติดซ้ำในผู้ป่วยสุรา ระยะเวลาบำบัดด้วยยา เพราะจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงรูปแบบของการวิจัยและการจัดกิจกรรมบำบัดให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและสภาพความเป็นจริงในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้ความคิด วิเคราะห์ปัญหา แยกแยะปัจจัยเสี่ยงทั้งอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเองหรือสถานการณ์ที่กระตุ้น กัดดันต่อการกลับไปติดซ้ำ และมีการฝึกทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา รู้จักการควบคุมตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา รวมทั้งการให้ครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด และสนับสนุนช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งบนเส้นทางชีวิตใหม่ของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความเชื่อในความสามารถของตนมากขึ้น ทำให้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองไปสู่การไม่ดื่มสุรา และสามารถอ้างการเป็นผู้ไม่ติดสุราได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

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

จากเหตุผลดังกล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการติดซ้ำในผู้ป่วยสุรา ระยะเวลาบำบัดด้วยยา เพราะจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงรูปแบบของการวิจัยและการจัดกิจกรรมบำบัดให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและสภาพความเป็นจริงในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้ความคิด วิเคราะห์ปัญหา แยกแยะปัจจัยเสี่ยงทั้งอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเองหรือสถานการณ์ที่กระตุ้น กัดดันต่อการกลับไปติดซ้ำ และมีการฝึกทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา รู้จักการควบคุมตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา รวมทั้งการให้ครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด และสนับสนุนช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งบนเส้นทางชีวิตใหม่ของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความเชื่อในความสามารถของตนมากขึ้น ทำให้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองไปสู่การไม่ดื่มสุรา และสามารถอ้างการเป็นผู้ไม่ติดสุราได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

ความสำคัญของการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บำบัดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการติดเชื้อไปใช้ในการดำเนินชีวิตภายนอกสถานบำบัด
2. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะให้ผลดีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ
3. สามารถนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดเชื้อไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และศึกษาวิจัยประเมินผลต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ติดเชื้อเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ซึ่งเป็นระยะที่เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อ จนผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปกติของสถานบำบัดได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นผู้ติดเชื้อเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ที่อยู่รักษาในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน โดยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสถานบำบัด และผ่านพ้นจากช่วงเวลาวิกฤตของการเกิดอาการขาดยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อได้ จำนวน 80 คน สุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตามผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยในระยะติดตามผล 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน โดยกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจะเข้าร่วมโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. สม์ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

ความสำคัญของการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บำบัดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการติดเชื้อไปใช้ในการดำเนินชีวิตภายนอกสถานบำบัด
2. ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะให้ผลดีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ
3. สามารถนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดเชื้อไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และศึกษาวิจัยประเมินผลต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ติดเชื้อเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ซึ่งเป็นระยะที่เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อ จนผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปกติของสถานบำบัดได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นผู้ติดเชื้อเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ที่อยู่รักษาในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน โดยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสถานบำบัด และผ่านพ้นจากช่วงเวลาวิกฤตของการเกิดอาการขาดยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อได้ จำนวน 80 คน สุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตามผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยในระยะติดตามผล 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน โดยกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจะเข้าร่วมโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. สม์ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

1.1 ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) แบ่งเป็น 2 ระยะ

2.1 ระยะที่ 1 หลังการทดลอง ได้แก่ ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

2.2 ระยะที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการดื่ม ซึ่งประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด

2.2.2 พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นการดื่มสุราไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐาน

นิยามปฏิบัติการ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงวิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น โดยการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและตรวจสอบความคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม การใช้จินตนาการ การใช้คำพูดที่เป็นบวกบอกกับตนเอง การใช้กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมุติ ร่วมกับการรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในการให้การช่วยเหลือดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนอยู่ได้โดยลดปัญหาจากการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการดื่มสุรา หรือจนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนามีดังนี้

1. **ขั้นสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่า การดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไรตั้งแต่ปัจจัย สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะดื่มสุรา ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมขณะดื่มสุรา และผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

1.1 ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) แบ่งเป็น 2 ระยะ

2.1 ระยะที่ 1 หลังการทดลอง ได้แก่ ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

2.2 ระยะที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการดื่ม ซึ่งประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด

2.2.2 พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นการดื่มสุราไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐาน

นิยามปฏิบัติการ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงวิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น โดยการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและตรวจสอบความคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม การใช้จินตนาการ การใช้คำพูดที่เป็นบวกบอกกับตนเอง การใช้กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมุติ ร่วมกับการรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในการให้การช่วยเหลือดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนอยู่ได้โดยลดปัญหาจากการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการดื่มสุรา หรือจนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนามีดังนี้

1. **ขั้นสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่า การดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไรตั้งแต่ปัจจัย สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะดื่มสุรา ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมขณะดื่มสุรา และผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา

ที่เกิด การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. ขั้นเสริมแรงจิตใจในการบำบัด เป็นการเสริมสร้างความรู้สึภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยการใช้ตัวแบบจากผู้ป่วยที่สามารถหยุดดื่มสุราแล้วประสบความสำเร็จในการดำรงตนบนเส้นทางการหยุดดื่ม ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ รวมถึงสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา การตั้งเป้าหมายในการบำบัดรักษา และให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือ

3. ขั้นการพัฒนาทักษะ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ 4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

4. ขั้นการเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต

ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย

1. ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนเองในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดความคิดหรืออารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

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

ที่เกิด การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. ขั้นเสริมแรงจิตใจในการบำบัด เป็นการเสริมสร้างความรู้สึภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยการใช้ตัวแบบจากผู้ป่วยที่สามารถหยุดดื่มสุราแล้วประสบความสำเร็จในการดำรงตนบนเส้นทางการหยุดดื่ม ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ รวมถึงสิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา การตั้งเป้าหมายในการบำบัดรักษา และให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือ

3. ขั้นการพัฒนาทักษะ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ 4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

4. ขั้นการเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต

ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย

1. ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนเองในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดความคิดหรืออารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

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

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึงการที่ผู้ป่วย
สุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่
จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะ
เจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ใน
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้แบบสอบถามที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐาน
ของการป้องกันการเสพยาของมาลท์และกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) โดยมาตรวัดมีลักษณะ
เป็นมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” ผู้ที่ได้คะแนน
มากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนน
ต่ำกว่า

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีต่อการดื่มสุรา ภายหลังจากที่ได้รับ
การจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งสามารถประเมินได้ดังนี้

1. **ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่ม
มาตรฐาน x 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุรา
ของดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรม
การดื่มสุราของตนเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม และปริมาณการดื่ม

2. **ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดดื่มx100
หารด้วยจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มในช่วงเวลาที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุรา
ของดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกวันที่ดื่มสุรา
และวันที่ไม่ได้ดื่มสุรา

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

พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยสุราไม่กลับไปดื่มหนักแม้เพียงวันเดียว
ภายหลังจากการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งการดื่มหนักคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึงการที่ผู้ป่วย
สุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่
จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะ
เจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ใน
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้แบบสอบถามที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐาน
ของการป้องกันการเสพยาของมาลท์และกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) โดยมาตรวัดมีลักษณะ
เป็นมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” ผู้ที่ได้คะแนน
มากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนน
ต่ำกว่า

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีต่อการดื่มสุรา ภายหลังจากที่ได้รับ
การจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งสามารถประเมินได้ดังนี้

1. **ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่ม
มาตรฐาน x 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุรา
ของดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรม
การดื่มสุราของตนเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม และปริมาณการดื่ม

2. **ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม** หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดดื่มx100
หารด้วยจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มในช่วงเวลาที่ติดตาม

การวัดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ใช้แบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุรา
ของดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 248-249) ซึ่งเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกวันที่ดื่มสุรา
และวันที่ไม่ได้ดื่มสุรา

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

พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยสุราไม่กลับไปดื่มหนักแม้เพียงวันเดียว
ภายหลังจากการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งการดื่มหนักคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ มีพื้นฐานมาจากแนวคิด ทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
3. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ
 - ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
 - ความตั้งใจในการป้องกันการติดช้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ
 - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
 - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดช้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ
4. แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา
5. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ

แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความหมายและคุณสมบัติของสุรา

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

โดยปกติแอลกอฮอล์เป็นของเหลวไม่มีสี และมีกลิ่นเฉพาะตัว (Spirituos odour) มีคุณสมบัติพิเศษคือ ละลายหรือผสมน้ำและสารละลายของสารอินทรีย์ได้ โดยมีจุดเดือดเพียง 78 °c จึงระเหยได้เร็ว มีแคลอรีสูง แอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในสุรานั้นเป็นชนิด เอทิลแอลกอฮอล์ หรือเรียกว่าเอทานอล มีสูตรทางเคมี C₂H₅OH เป็นโมเลกุลเล็ก ๆ ละลายได้ในน้ำและไขมันจึงสามารถเข้าถึงได้ในทุกแห่งของร่างกาย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545 : 80)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ มีพื้นฐานมาจากแนวคิด ทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. พฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
3. ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ
 - ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
 - ความตั้งใจในการป้องกันการติดช้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ
 - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมายและวิธีวัด
 - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดช้ำกับพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ
4. แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา
5. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อ

แนวคิดเกี่ยวกับสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

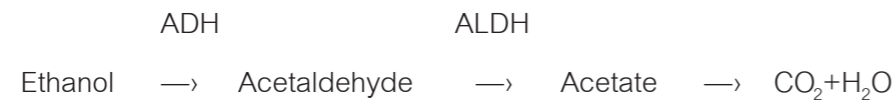
ความหมายและคุณสมบัติของสุรา

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

โดยปกติแอลกอฮอล์เป็นของเหลวไม่มีสี และมีกลิ่นเฉพาะตัว (Spirituos odour) มีคุณสมบัติพิเศษคือ ละลายหรือผสมน้ำและสารละลายของสารอินทรีย์ได้ โดยมีจุดเดือดเพียง 78 °c จึงระเหยได้เร็ว มีแคลอรีสูง แอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในสุรานั้นเป็นชนิด เอทิลแอลกอฮอล์ หรือเรียกว่าเอทานอล มีสูตรทางเคมี C₂H₅OH เป็นโมเลกุลเล็ก ๆ ละลายได้ในน้ำและไขมันจึงสามารถเข้าถึงได้ในทุกแห่งของร่างกาย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545 : 80)

เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์

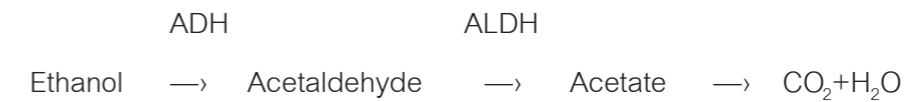
แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็วผ่านผนังกระเพาะ ลำไส้เข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านการย่อย และกระจายตัวไปได้ทุกเนื้อเยื่อของร่างกายโดยเฉพาะเนื้อเยื่อทุกแห่งที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ และในการทำลายแอลกอฮอล์ในร่างกายร้อยละ 90 ถูกทำลายที่ตับโดยการออกซิเดชัน (Oxidation) โดยเอนไซม์ดีไฮโดรจีเนสในตับ (Alcohol dehydrogenase=ADH) จะเปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็นสารตัวใหม่ชื่ออะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกายมาก เพราะมันคล้ายกับน้ำยาฟอร์มาลดีไฮด์ ซึ่งเป็นน้ำยาอาบศพ หลังจากนั้นจะถูกย่อยต่อโดยเอนไซม์อะซีตัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (Acetaldehyde dehydrogenase) จนกลายเป็นอะซีเตต (Acetate) คือน้ำส้มสายชู ซึ่งเป็นสารไม่มีพิษ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 จะกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์ และน้ำ ขับออกมาทางร่างกายทางลมหายใจ เหงื่อ และปัสสาวะ ดังนี้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545; 81; Hamid Ghodse. 2002: 149)



ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูงสุดประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากดื่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ชนิดของสุราที่ดื่มซึ่งมีความเข้มข้นของปริมาณของแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน โดยสุราที่มีแอลกอฮอล์ผสมระหว่าง 15-30 เปอร์เซ็นต์จะมีการดูดซึมเร็ว การดื่มผสมโซดา(ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์) ทำให้แอลกอฮอล์ดูดซึมเร็วขึ้น (พงศธร เนตราคม. 2549: 62) รวมทั้งน้ำหนักตัวและเพศ พบว่าเมื่อดื่มในปริมาณเดียวกัน ผู้หญิงมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายของผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวโดยรวม เอทานอลที่แพร่กระจายอยู่จึงมีความเข้มข้นมาก (Hamid Ghodse. 2002: 150) และผู้หญิงมีน้ำย่อยดีไฮโดรจีเนส ที่ย่อยแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย จึงทำให้ระดับของแอลกอฮอล์สูงขึ้นเร็วกว่าผู้ชาย (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 288) นอกจากนี้ความเร็วในการดื่ม และสภาพของกระเพาะอาหารว่างโดยเฉพาะผู้ดื่มโดยไม่รับประทานอาหารจะมีการดูดซึมอย่างรวดเร็ว (Hamid Ghodse. 2002: 150) สำหรับการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย โดยปกติผู้ใหญ่จะเผาผลาญแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ได้ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 1 ดื่มมาตรฐานต่อชั่วโมง หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง 0.15 กรัมเปอร์เซ็นต์ต่อชั่วโมง (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 289) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ น้ำหนักของร่างกาย เพศ และการพัฒนาความทนทานต่อแอลกอฮอล์

เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็วผ่านผนังกระเพาะ ลำไส้เข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านการย่อย และกระจายตัวไปได้ทุกเนื้อเยื่อของร่างกายโดยเฉพาะเนื้อเยื่อทุกแห่งที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ และในการทำลายแอลกอฮอล์ในร่างกายร้อยละ 90 ถูกทำลายที่ตับโดยการออกซิเดชัน (Oxidation) โดยเอนไซม์ดีไฮโดรจีเนสในตับ (Alcohol dehydrogenase=ADH) จะเปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็นสารตัวใหม่ชื่ออะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกายมาก เพราะมันคล้ายกับน้ำยาฟอร์มาลดีไฮด์ ซึ่งเป็นน้ำยาอาบศพ หลังจากนั้นจะถูกย่อยต่อโดยเอนไซม์อะซีตัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (Acetaldehyde dehydrogenase) จนกลายเป็นอะซีเตต (Acetate) คือน้ำส้มสายชู ซึ่งเป็นสารไม่มีพิษ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 จะกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์ และน้ำ ขับออกมาทางร่างกายทางลมหายใจ เหงื่อ และปัสสาวะ ดังนี้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545; 81; Hamid Ghodse. 2002: 149)



ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูงสุดประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากดื่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ชนิดของสุราที่ดื่มซึ่งมีความเข้มข้นของปริมาณของแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน โดยสุราที่มีแอลกอฮอล์ผสมระหว่าง 15-30 เปอร์เซ็นต์จะมีการดูดซึมเร็ว การดื่มผสมโซดา(ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์) ทำให้แอลกอฮอล์ดูดซึมเร็วขึ้น (พงศธร เนตราคม. 2549: 62) รวมทั้งน้ำหนักตัวและเพศ พบว่าเมื่อดื่มในปริมาณเดียวกัน ผู้หญิงมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายของผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวโดยรวม เอทานอลที่แพร่กระจายอยู่จึงมีความเข้มข้นมาก (Hamid Ghodse. 2002: 150) และผู้หญิงมีน้ำย่อยดีไฮโดรจีเนส ที่ย่อยแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย จึงทำให้ระดับของแอลกอฮอล์สูงขึ้นเร็วกว่าผู้ชาย (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 288) นอกจากนี้ความเร็วในการดื่ม และสภาพของกระเพาะอาหารว่างโดยเฉพาะผู้ดื่มโดยไม่รับประทานอาหารจะมีการดูดซึมอย่างรวดเร็ว (Hamid Ghodse. 2002: 150) สำหรับการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย โดยปกติผู้ใหญ่จะเผาผลาญแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ได้ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 1 ดื่มมาตรฐานต่อชั่วโมง หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง 0.15 กรัมเปอร์เซ็นต์ต่อชั่วโมง (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 289) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ น้ำหนักของร่างกาย เพศ และการพัฒนาความทนทานต่อแอลกอฮอล์

พฤติกรรมกรรมการดื่ม

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการดื่มกันอย่างแพร่หลายมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และเป็นสาเหตุที่ทั่วโลกยอมรับให้ดื่มกันอย่างเปิดเผยในที่สาธารณะและงานสังคมต่างๆ จึงส่งผลให้มีการดื่มเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี ทั้งนี้ที่ผลกระทบ ความสูญเสียจากการดื่มมีมากมายทั้งกับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมกรรมการดื่มเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติ ผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จากผลการสำรวจจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทั่วประเทศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่สำรวจในปี 2544 และ ปี 2546 มีปริมาณผู้ดื่มลดลงเล็กน้อย แต่พบว่าอัตราผู้ดื่มมากกว่า 20 วัน ใน 30 วันที่ผ่านมา มีปริมาณมากขึ้น ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิด เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าจีน (สาวิตรี อักษรนางค์กรชัย; และคณะ. 2547: 40) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547: 37-38) ที่พบว่าผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดของกรมการแพทย์ มีการเริ่มต้นดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่นเพื่อต้องการสนุกสนานสังสรรค์ โดยไม่คิดว่าเหล้าจะทำให้ติดได้ จึงไม่ได้ระมัดระวังในการดื่ม และดื่มอย่างต่อเนื่องจนติด ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าในการเริ่มต้นดื่มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีเหตุผลของการดื่มไม่ได้แตกต่างจากการดื่มของบุคคลทั่วไป แต่สิ่งที่พบจากการศึกษาที่น่าสังเกตคือพฤติกรรมกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ไม่คิดว่าตนเองจะติดเหล้า จึงดื่มเป็นประจำ ปริมาณการดื่ม และเวลาที่ใช้ไปกับการดื่มมากขึ้น ประกอบกับการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่สามารถทำให้เสพติดได้ จึงทำให้ผู้ดื่มสุราปกติ กลายเป็นผู้ดื่มที่เป็นปัญหา หรือดื่มจนติดสุรา

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มพบว่า มีการเริ่มต้นดื่มจากน้อยไปจนถึงหนัก และปัญหาที่ตามมาจากการดื่มจะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย ไปจนถึงมีปัญหามากและรุนแรง ทำให้มีการจำแนกการดื่มสุราและปัญหาตามปริมาณการดื่มและความเสี่ยงต่อปัญหา ดังนี้ (ดรุณี ภูขาว. 2547: 29; ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อักษรนางค์กรชัย. 2545: 230-233; พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2547: 46-47)

1. การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) เป็นการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง
2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) เป็นการดื่มที่เพิ่มความเสี่ยง และส่งผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับผู้ชายดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือในกลุ่มที่ไม่ได้ดื่มทุกวัน แต่ถ้าดื่มจะดื่มหนักติดต่อกันแบบ เม้าหัวรำน้า (Binge drinking) ก็ถือว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงด้วย

พฤติกรรมกรรมการดื่ม

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการดื่มกันอย่างแพร่หลายมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และเป็นสาเหตุที่ทั่วโลกยอมรับให้ดื่มกันอย่างเปิดเผยในที่สาธารณะและงานสังคมต่างๆ จึงส่งผลให้มีการดื่มเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี ทั้งนี้ที่ผลกระทบ ความสูญเสียจากการดื่มมีมากมายทั้งกับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมกรรมการดื่มเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติ ผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จากผลการสำรวจจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทั่วประเทศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่สำรวจในปี 2544 และ ปี 2546 มีปริมาณผู้ดื่มลดลงเล็กน้อย แต่พบว่าอัตราผู้ดื่มมากกว่า 20 วัน ใน 30 วันที่ผ่านมา มีปริมาณมากขึ้น ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิด เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าจีน (สาวิตรี อักษรนางค์กรชัย; และคณะ. 2547: 40) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547: 37-38) ที่พบว่าผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดของกรมการแพทย์ มีการเริ่มต้นดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่นเพื่อต้องการสนุกสนานสังสรรค์ โดยไม่คิดว่าเหล้าจะทำให้ติดได้ จึงไม่ได้ระมัดระวังในการดื่ม และดื่มอย่างต่อเนื่องจนติด ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าในการเริ่มต้นดื่มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีเหตุผลของการดื่มไม่ได้แตกต่างจากการดื่มของบุคคลทั่วไป แต่สิ่งที่พบจากการศึกษาที่น่าสังเกตคือพฤติกรรมกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ไม่คิดว่าตนเองจะติดเหล้า จึงดื่มเป็นประจำ ปริมาณการดื่ม และเวลาที่ใช้ไปกับการดื่มมากขึ้น ประกอบกับการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่สามารถทำให้เสพติดได้ จึงทำให้ผู้ดื่มสุราปกติ กลายเป็นผู้ดื่มที่เป็นปัญหา หรือดื่มจนติดสุรา

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มพบว่า มีการเริ่มต้นดื่มจากน้อยไปจนถึงหนัก และปัญหาที่ตามมาจากการดื่มจะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย ไปจนถึงมีปัญหามากและรุนแรง ทำให้มีการจำแนกการดื่มสุราและปัญหาตามปริมาณการดื่มและความเสี่ยงต่อปัญหา ดังนี้ (ดรุณี ภูขาว. 2547: 29; ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และสาวิตรี อักษรนางค์กรชัย. 2545: 230-233; พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2547: 46-47)

1. การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) เป็นการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง
2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) เป็นการดื่มที่เพิ่มความเสี่ยง และส่งผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับผู้ชายดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือในกลุ่มที่ไม่ได้ดื่มทุกวัน แต่ถ้าดื่มจะดื่มหนักติดต่อกันแบบ เม้าหัวรำน้า (Binge drinking) ก็ถือว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงด้วย

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

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้บำบัดรักษาสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2549: 32) โดยเก็บข้อมูลปริมาณการดื่มสุราพบว่าผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบอันตราย

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

สำหรับปริมาณและปัญหาการดื่มในทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญ และยึดหยุ่นกับผู้ดื่มที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ในทันทีโดยการจำกัดปริมาณการดื่มให้สามารถควบคุมได้ ซึ่งเรียกว่าการดื่มอย่างปลอดภัย (Safe-limit drinking) หรือการดื่มพอประมาณ (Moderate drinking) เป็นการดื่มในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและสังคมรอบข้าง (สาวิตรี อักษรนางค์กรชัย. 2550: 111) ซึ่งสอดคล้องกับ พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2547: 45) ที่กล่าวถึงมุมมองของการบำบัดผู้ติดสุราที่ไม่เพียงแต่การมุ่งหวังให้หยุดดื่มสุราเท่านั้น แต่การช่วยเหลือทำให้ผู้ดื่มสุราดื่มอย่างฉลาดและปลอดภัยได้ โดยจำกัดปริมาณการดื่ม สำหรับผู้ชายดื่มน้อยกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ผู้หญิงน้อยกว่า 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ทั้งนี้ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคตับ ความดัน เบาหวาน หรือกำลังตั้งครรภ์ ก็ไม่ควรดื่ม เช่นเดียวกับพิชัย แสงชาญชัย (2548: 282-283) ที่กล่าวถึงปริมาณการดื่มแบบความเสี่ยงต่ำที่แพทย์แนะนำผู้ป่วย ในกรณีที่ยังคงต้องการดื่มต่อไป แต่ต้องลดปริมาณลง ไม่ดื่มทุกวัน สัปดาห์หนึ่งควรมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน และหยุดดื่มหากพบว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือพบว่ามีผลเสียหรือปัญหาต่างๆ ตามมา โดยผู้ชายไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และไม่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก ส่วนผู้หญิงไม่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก และหยุดดื่มเมื่อตั้งครรรภ์

อาการถอนพิษแอลกอฮอล์

ผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราทันที จึงมักเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งการขาดแอลกอฮอล์ส่งผลให้ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA receptor)

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

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้บำบัดรักษาสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2549: 32) โดยเก็บข้อมูลปริมาณการดื่มสุราพบว่าผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบอันตราย

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

สำหรับปริมาณและปัญหาการดื่มในทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญ และยึดหยุ่นกับผู้ดื่มที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ในทันทีโดยการจำกัดปริมาณการดื่มให้สามารถควบคุมได้ ซึ่งเรียกว่าการดื่มอย่างปลอดภัย (Safe-limit drinking) หรือการดื่มพอประมาณ (Moderate drinking) เป็นการดื่มในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและสังคมรอบข้าง (สาวิตรี อักษรนางค์กรชัย. 2550: 111) ซึ่งสอดคล้องกับ พันธินภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2547: 45) ที่กล่าวถึงมุมมองของการบำบัดผู้ติดสุราที่ไม่เพียงแต่การมุ่งหวังให้หยุดดื่มสุราเท่านั้น แต่การช่วยเหลือทำให้ผู้ดื่มสุราดื่มอย่างฉลาดและปลอดภัยได้ โดยจำกัดปริมาณการดื่ม สำหรับผู้ชายดื่มน้อยกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ผู้หญิงน้อยกว่า 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ทั้งนี้ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคตับ ความดัน เบาหวาน หรือกำลังตั้งครรภ์ ก็ไม่ควรดื่ม เช่นเดียวกับพิชัย แสงชาญชัย (2548: 282-283) ที่กล่าวถึงปริมาณการดื่มแบบความเสี่ยงต่ำที่แพทย์แนะนำผู้ป่วย ในกรณีที่ยังคงต้องการดื่มต่อไป แต่ต้องลดปริมาณลง ไม่ดื่มทุกวัน สัปดาห์หนึ่งควรมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน และหยุดดื่มหากพบว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือพบว่ามีผลเสียหรือปัญหาต่างๆ ตามมา โดยผู้ชายไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และไม่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก ส่วนผู้หญิงไม่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก และหยุดดื่มเมื่อตั้งครรรภ์

อาการถอนพิษแอลกอฮอล์

ผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราทันที จึงมักเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งการขาดแอลกอฮอล์ส่งผลให้ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA receptor)

และการทำงานของสารสื่อประสาทของกาบาลดลง (Gamma-aminobutyric acid = GABA) (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2550: 60) ระบบต่างๆ ของสมองจะมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาภาวะสมดุลของ สารสื่อประสาท ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของสมองมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 292; Bayard; McIntyre; Hill; & Woodside. 2004: 1443-1444) มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการถอน แอลกอฮอล์ โดยอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณการดื่ม (Alcohol intake) และระยะเวลาในการดื่ม (Duration of a patient's recent drinking habit) (Bayard; McIntyre; Hill; & Woodside. 2004: 1444)

อาการถอนสุราโดยทั่วไป มักเกิดขึ้นภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ต่ำ ร้อนวูบ วาบ ม่านตาขยาย วิดกกังวล กระวนกระวาย ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก

ในกรณีที่มีความรุนแรงมากขึ้น ภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต คิดหลงผิด และประสาทหลอนทั้งการเห็นภาพหลอนต่างๆ ที่น่ากลัว หูแว่วได้ยินเสียง หรือรู้สึกว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่ตามตัว ในระยะต่อมาภายใน 12-24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการ ลมชัก และมักมีภาวะสมองสับสนตามมา (Delirium tremens= DTs) โดยทั่วไปอาการสมองสับสนเริ่ม ในช่วง 72-96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการอาจเป็นอยู่ได้นาน 2-3 วัน

ผลของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นเกิดขึ้น ภายหลังจากที่แอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย จะปรากฏชัดให้เห็นในระบบประสาท โดยกดการทำงานของระบบ ประสาท เมื่อใช้ปริมาณไม่มากทำให้เกิดความผ่อนคลาย กระตุ้นให้อยากอาหาร จิตใจชุ่มชื้น ลืมความ ทุกข์ ความโศกได้ชั่วคราว แต่เมื่อดื่มในปริมาณมากแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์คล้ายกับยาสลบ เช่น ทำให้หมดสติ ไม่รู้สึกตัว กดการหายใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาวก่อให้เกิด โรคในระบบต่างๆ ดังนี้ (พงศธร เนตราคม. 2549: 6; สมบัติ ตรีประเสริฐกุล. 2550)

1. สมองและระบบประสาท

แอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง คือ ตัวสมองใหญ่ที่ ควบคุมการทำงานของร่างกายและสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไม่ดี ปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ลดการควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและลดการควบคุมตนเองลง ถ้าดื่มมาก ทำให้ความจำหมดไป เกิดอาการร่วง การหายใจช้าลงและหลับไป แต่การหลับจะไม่เหมือนธรรมชาติ จะปลุกให้ตื่นยาก บางครั้งถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากอาจตายได้

และการทำงานของสารสื่อประสาทของกาบาลดลง (Gamma-aminobutyric acid = GABA) (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2550: 60) ระบบต่างๆ ของสมองจะมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาภาวะสมดุลของ สารสื่อประสาท ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของสมองมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 292; Bayard; McIntyre; Hill; & Woodside. 2004: 1443-1444) มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการถอน แอลกอฮอล์ โดยอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณการดื่ม (Alcohol intake) และระยะเวลาในการดื่ม (Duration of a patient's recent drinking habit) (Bayard; McIntyre; Hill; & Woodside. 2004: 1444)

อาการถอนสุราโดยทั่วไป มักเกิดขึ้นภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ต่ำ ร้อนวูบ วาบ ม่านตาขยาย วิดกกังวล กระวนกระวาย ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก

ในกรณีที่มีความรุนแรงมากขึ้น ภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต คิดหลงผิด และประสาทหลอนทั้งการเห็นภาพหลอนต่างๆ ที่น่ากลัว หูแว่วได้ยินเสียง หรือรู้สึกว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่ตามตัว ในระยะต่อมาภายใน 12-24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการ ลมชัก และมักมีภาวะสมองสับสนตามมา (Delirium tremens= DTs) โดยทั่วไปอาการสมองสับสนเริ่ม ในช่วง 72-96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการอาจเป็นอยู่ได้นาน 2-3 วัน

ผลของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นเกิดขึ้น ภายหลังจากที่แอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย จะปรากฏชัดให้เห็นในระบบประสาท โดยกดการทำงานของระบบ ประสาท เมื่อใช้ปริมาณไม่มากทำให้เกิดความผ่อนคลาย กระตุ้นให้อยากอาหาร จิตใจชุ่มชื้น ลืมความ ทุกข์ ความโศกได้ชั่วคราว แต่เมื่อดื่มในปริมาณมากแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์คล้ายกับยาสลบ เช่น ทำให้หมดสติ ไม่รู้สึกตัว กดการหายใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาวก่อให้เกิด โรคในระบบต่างๆ ดังนี้ (พงศธร เนตราคม. 2549: 6; สมบัติ ตรีประเสริฐกุล. 2550)

1. สมองและระบบประสาท

แอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง คือ ตัวสมองใหญ่ที่ ควบคุมการทำงานของร่างกายและสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไม่ดี ปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ลดการควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและลดการควบคุมตนเองลง ถ้าดื่มมาก ทำให้ความจำหมดไป เกิดอาการร่วง การหายใจช้าลงและหลับไป แต่การหลับจะไม่เหมือนธรรมชาติ จะปลุกให้ตื่นยาก บางครั้งถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากอาจตายได้

โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration)

1. สมอมน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษสุราโดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 (Vitamin B1) สมอมน้อยอยู่ด้านหลังที่บริเวณท้ายทอย ซึ่งมีหน้าที่ในการที่จะให้การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวได้ปกติตามความตั้งใจที่จะทำ เช่น เขียนหนังสือ จับช้อนตักอาหารเข้าปาก ถ้ามีการเสื่อมของสมอมน้อยก็จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติไป มีอาการเดินทรงตัวไม่ได้ (Ataxia) เดินเซ เดินขาถ่างออกเพราะกลัวว่าจะล้ม เวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง เพราะฉะนั้นผู้ที่ดื่มสุรามากๆ ถ้ามีอาการเสื่อมของสมอมน้อยก็จะทำให้รู้สึกตัวตัวเองนี้เดินแบบคนขี้เมาตลอดเวลาทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ดื่มสุราแม้แต่หยดเดียว ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุเป็นอันตรายทำให้หกล้ม แขนขาหัก หรือศีรษะแตกถึงกับเลือดออกในสมองได้

2. สมอมน้อยเสื่อม (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรัง ในระยะหลังๆ จะมีสมอมน้อยคือการตายของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฉะนั้นอาการที่แสดงออกมาก็จะมีความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและอาจจะเดินเซ ซึ่งเป็นผลจากช่องน้ำในสมองโตมากขึ้นเพราะสมอมน้อย ความคิดอ่านจะเสียไป

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

2. ภาวะขาดอาหาร

แอลกอฮอล์ทำให้มีการดื่มน้ำย่อยของภาวะขาดอาหารเพิ่มขึ้น ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 7 เข้าไป 4-10 มิลลิกรัม แต่ถ้ามีความเข้มข้นตั้งแต่ร้อยละ 15 - 20 ขึ้นไป จะยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของภาวะขาดอาหารและทำให้เยื่อภาวะขาดอาหารอักเสบอย่างรุนแรงเป็นเหตุให้การดูดซึมอาหารและวิตามินน้อยลง ทำให้ขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1

3. ตับ

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

โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration)

1. สมอมน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษสุราโดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 (Vitamin B1) สมอมน้อยอยู่ด้านหลังที่บริเวณท้ายทอย ซึ่งมีหน้าที่ในการที่จะให้การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวได้ปกติตามความตั้งใจที่จะทำ เช่น เขียนหนังสือ จับช้อนตักอาหารเข้าปาก ถ้ามีการเสื่อมของสมอมน้อยก็จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติไป มีอาการเดินทรงตัวไม่ได้ (Ataxia) เดินเซ เดินขาถ่างออกเพราะกลัวว่าจะล้ม เวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง เพราะฉะนั้นผู้ที่ดื่มสุรามากๆ ถ้ามีอาการเสื่อมของสมอมน้อยก็จะทำให้รู้สึกตัวตัวเองนี้เดินแบบคนขี้เมาตลอดเวลาทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ดื่มสุราแม้แต่หยดเดียว ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุเป็นอันตรายทำให้หกล้ม แขนขาหัก หรือศีรษะแตกถึงกับเลือดออกในสมองได้

2. สมอมน้อยเสื่อม (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรัง ในระยะหลังๆ จะมีสมอมน้อยคือการตายของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฉะนั้นอาการที่แสดงออกมาก็จะมีความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและอาจจะเดินเซ ซึ่งเป็นผลจากช่องน้ำในสมองโตมากขึ้นเพราะสมอมน้อย ความคิดอ่านจะเสียไป

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

2. ภาวะขาดอาหาร

แอลกอฮอล์ทำให้มีการดื่มน้ำย่อยของภาวะขาดอาหารเพิ่มขึ้น ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 7 เข้าไป 4-10 มิลลิกรัม แต่ถ้ามีความเข้มข้นตั้งแต่ร้อยละ 15 - 20 ขึ้นไป จะยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของภาวะขาดอาหารและทำให้เยื่อภาวะขาดอาหารอักเสบอย่างรุนแรงเป็นเหตุให้การดูดซึมอาหารและวิตามินน้อยลง ทำให้ขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1

3. ตับ

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

โรคที่เกิดจากตับ

1. ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) เนื่องจากน้ำย่อย อะไมเลส (Amylase) สูงขึ้น
2. ตับมัน (Fatty liver) เกิดจากอัตราส่วน NADH/NAD สูงขึ้น
3. ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) เนื่องจากเนื้อตับถูกทำลาย จะมีอาการมีไข้ ปวดท้อง

ด้านขวาตอมนบน ตาเหลือง (Jaundice)

4. ตับแข็ง (Alcoholic cirrhosis) ซึ่งพบว่าผู้ดื่มสุราจัดเป็นโรคตับแข็งมากกว่าผู้ไม่ดื่มสุราถึง 7 เท่า

4. หัวใจและการไหลเวียนของเลือด

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

นอกจากนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนของเลือดเกิดอาการบวมบริเวณเท้า ม้ามโต หลอดเลือดฝอยขยายตัวตามผิวหนัง หลอดเลือดเปราะและแข็งตัว และอาจมีการตกเลือดที่หลอดอาหาร

5. ไต

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

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

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราครอบคลุม ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) ใช้สำหรับการบำบัดทางด้านร่างกาย และทางจิตเวชที่เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะในภาวะการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) โดยมีการประเมินอาการถอนพิษสุราว่ารุนแรงเพียงใด มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

โรคที่เกิดจากตับ

1. ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) เนื่องจากน้ำย่อย อะไมเลส (Amylase) สูงขึ้น
2. ตับมัน (Fatty liver) เกิดจากอัตราส่วน NADH/NAD สูงขึ้น
3. ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) เนื่องจากเนื้อตับถูกทำลาย จะมีอาการมีไข้ ปวดท้อง

ด้านขวาตอมนบน ตาเหลือง (Jaundice)

4. ตับแข็ง (Alcoholic cirrhosis) ซึ่งพบว่าผู้ดื่มสุราจัดเป็นโรคตับแข็งมากกว่าผู้ไม่ดื่มสุราถึง 7 เท่า

4. หัวใจและการไหลเวียนของเลือด

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

นอกจากนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนของเลือดเกิดอาการบวมบริเวณเท้า ม้ามโต หลอดเลือดฝอยขยายตัวตามผิวหนัง หลอดเลือดเปราะและแข็งตัว และอาจมีการตกเลือดที่หลอดอาหาร

5. ไต

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

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

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราครอบคลุม ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) ใช้สำหรับการบำบัดทางด้านร่างกาย และทางจิตเวชที่เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะในภาวะการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) โดยมีการประเมินอาการถอนพิษสุราว่ารุนแรงเพียงใด มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

หรือทางจิตเวชหรือไม่ รวมถึงประวัติการชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในอดีตหรือไม่ เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพความรุนแรงของปัญหา โดยมีหลักการที่สำคัญคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านช่วงของการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งอาจให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยเฝ้าสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ยากลุ่มที่นิยมใช้คือ ยากลุ่มเบนโซไดเซพีน (Benzodiazepine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายสุราได้แก่ ไดอะซีแพม (Diazepam=Valium) คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide=Librium) ซึ่งใช้ในกรณีที่ไม่มีปัญหาทางตับ หรืออาจใช้โลราเซปแอม (Lorazepam=Ativan) และออกซาซีแพม (Oxazepam=Serax) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตับ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545: 94) ถ้าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย มีอาการประสาทหลอนหรือโรคจิตจากแอลกอฮอล์ อาจให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol=Hadol) ร่วมด้วย และโดยทั่วไปผู้ป่วยทุกรายจะได้รับวิตามินบี (Thiamine) เพราะผู้ป่วยที่ติดสุรามักขาดวิตามินบี เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะความจำระยะสั้นเสื่อม (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296)

นอกจากยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาทางร่างกาย และทางจิตในช่วงการถอนแอลกอฮอล์แล้ว ยังมียาที่ใช้เพื่อช่วยในการเลิกสุรา ดังนี้

1.1 การบำบัดด้วยยาที่ไปเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของแอลกอฮอล์ในร่างกาย (Alteration drug metabolism) ทำให้การเผาผลาญของแอลกอฮอล์ผิดไปจากเดิม เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุราได้แก่ ไดซูลฟิแรม (Disulfiram=Antabuse) ซึ่งเป็นยาที่ไปยับยั้งเอนไซม์ เอเซทิลดีไฮด์ ดีไฮโดรจีเนส (ALDH) อย่างถาวร ดังนั้นหากผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้แอลกอฮอล์ไม่สามารถเผาผลาญได้ตามกลไกปกติ ทำให้ร่างกายมีระดับของเอเซทิลดีไฮด์ในเลือดสูง เกิดปฏิกิริยาที่เป็นพิษต่อร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจขัด เหงื่อออก มึนงง บางรายอาจมีอาการรุนแรงเป็นอันตรายทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้นได้ และตายได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545: 96; พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296; 2549: 138,143)

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

1.2.1 นาลเทตโซน (Naltrexone) เป็นยาบล็อกรสชาติ กลุ่ม Opioid antagonist จะไปป้องกันไม่ให้เอนโดฟิน (Endorphins) เข้าไปทำงานที่ Opioid receptor ทำให้ลดอาการอยากดื่มและลดแรงเสริมจากแอลกอฮอล์

หรือทางจิตเวชหรือไม่ รวมถึงประวัติการชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในอดีตหรือไม่ เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพความรุนแรงของปัญหา โดยมีหลักการที่สำคัญคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านช่วงของการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งอาจให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยเฝ้าสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ยากลุ่มที่นิยมใช้คือ ยากลุ่มเบนโซไดเซพีน (Benzodiazepine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายสุราได้แก่ ไดอะซีแพม (Diazepam=Valium) คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide=Librium) ซึ่งใช้ในกรณีที่ไม่มีปัญหาทางตับ หรืออาจใช้โลราเซปแอม (Lorazepam=Ativan) และออกซาซีแพม (Oxazepam=Serax) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตับ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545: 94) ถ้าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย มีอาการประสาทหลอนหรือโรคจิตจากแอลกอฮอล์ อาจให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol=Hadol) ร่วมด้วย และโดยทั่วไปผู้ป่วยทุกรายจะได้รับวิตามินบี (Thiamine) เพราะผู้ป่วยที่ติดสุรามักขาดวิตามินบี เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะความจำระยะสั้นเสื่อม (พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296)

นอกจากยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาทางร่างกาย และทางจิตในช่วงการถอนแอลกอฮอล์แล้ว ยังมียาที่ใช้เพื่อช่วยในการเลิกสุรา ดังนี้

1.1 การบำบัดด้วยยาที่ไปเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของแอลกอฮอล์ในร่างกาย (Alteration drug metabolism) ทำให้การเผาผลาญของแอลกอฮอล์ผิดไปจากเดิม เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุราได้แก่ ไดซูลฟิแรม (Disulfiram=Antabuse) ซึ่งเป็นยาที่ไปยับยั้งเอนไซม์ เอเซทิลดีไฮด์ ดีไฮโดรจีเนส (ALDH) อย่างถาวร ดังนั้นหากผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้แอลกอฮอล์ไม่สามารถเผาผลาญได้ตามกลไกปกติ ทำให้ร่างกายมีระดับของเอเซทิลดีไฮด์ในเลือดสูง เกิดปฏิกิริยาที่เป็นพิษต่อร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจขัด เหงื่อออก มึนงง บางรายอาจมีอาการรุนแรงเป็นอันตรายทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้นได้ และตายได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สาวิตรี อัมณางค์กรชัย. 2545: 96; พิชัย แสงชาญชัย. 2548: 296; 2549: 138,143)

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

1.2.1 นาลเทตโซน (Naltrexone) เป็นยาบล็อกรสชาติ กลุ่ม Opioid antagonist จะไปป้องกันไม่ให้เอนโดฟิน (Endorphins) เข้าไปทำงานที่ Opioid receptor ทำให้ลดอาการอยากดื่มและลดแรงเสริมจากแอลกอฮอล์

1.2.2 อะแคมโพรเสท (Acamprosate) เป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน มีผลต่อสารสื่อประสาท กาบตา (GABA) และ กลูตาเมท (Glutamate) ซึ่งการออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทกลูตาเมท เป็นกลไกหลักของยาในการรักษาผู้ติดสุรา ยานี้ยังอยู่ในขั้นทดลองจึงไม่มีใช้ในประเทศไทย (พิชัย แสงชาญชัย. 2549: 144)

1.3 ยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. การบำบัดทางจิต-สังคม (Psycho-social therapy) เป็นการบำบัดที่มีความสำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการบำบัดทางยา ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการติดสุราและสารเสพติดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้น ซึ่งนักบำบัดคงปฏิเสธไม่ได้ว่าปัญหาทางร่างกายที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติ และเข้าสู่สภาพร่างกายที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตามปัญหาการติดสุราและสารเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรังมีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุราเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรม จนถึงวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ติดสุรา นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาอีกมากมาย ดังนั้นการบำบัดทางจิต-สังคมจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับลำซ่า ลักษณะนิชนัชช (2548: 500-503) ที่ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคการบำบัดรักษารูปแบบต่างๆ และสรุปไว้ว่าการใช้ยาบำบัดจะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อใช้เสริมกับการบำบัดรักษาอื่นๆ ทางจิต-สังคม

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

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิต-สังคมรูปแบบหนึ่งที่น่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการประเมินแก้ไขพฤติกรรมการเสพติดและรางวัลพฤติกรรมที่ดีไว้เพื่อป้องกันการพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำ

1.2.2 อะแคมโพรเสท (Acamprosate) เป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน มีผลต่อสารสื่อประสาท กาบตา (GABA) และ กลูตาเมท (Glutamate) ซึ่งการออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทกลูตาเมท เป็นกลไกหลักของยาในการรักษาผู้ติดสุรา ยานี้ยังอยู่ในขั้นทดลองจึงไม่มีใช้ในประเทศไทย (พิชัย แสงชาญชัย. 2549: 144)

1.3 ยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. การบำบัดทางจิต-สังคม (Psycho-social therapy) เป็นการบำบัดที่มีความสำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการบำบัดทางยา ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการติดสุราและสารเสพติดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้น ซึ่งนักบำบัดคงปฏิเสธไม่ได้ว่าปัญหาทางร่างกายที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติ และเข้าสู่สภาพร่างกายที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตามปัญหาการติดสุราและสารเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรังมีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุราเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรม จนถึงวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ติดสุรา นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาอีกมากมาย ดังนั้นการบำบัดทางจิต-สังคมจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับลำซ่า ลักษณะนิชนัชช (2548: 500-503) ที่ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคการบำบัดรักษารูปแบบต่างๆ และสรุปไว้ว่าการใช้ยาบำบัดจะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อใช้เสริมกับการบำบัดรักษาอื่นๆ ทางจิต-สังคม

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

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิต-สังคมรูปแบบหนึ่งที่น่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการประเมินแก้ไขพฤติกรรมการเสพติดและรางวัลพฤติกรรมที่ดีไว้เพื่อป้องกันการพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำ

พฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและสารเสพติดมีเป้าหมายเพื่อให้หยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้ และยังคงพฤติกรรมการณ์หยุดดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้ยาวนานหรือเลิกได้อย่างถาวร ซึ่งจากการติดตามผลของการบำบัดที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบปัญหาที่คล้ายกันคือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไม่สามารถหยุดเสพ และกลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเหตุให้ในแวดวงของการบำบัดให้ความสำคัญ และความสนใจกับเรื่องของการติดซ้ำอย่างมาก เพราะการไม่ติดซ้ำเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดรักษา ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษากันอย่างกว้างขวางถึงปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปติดซ้ำ รวมทั้งวิธีการต่างๆ ที่ป้องกันการติดซ้ำ

ในการศึกษาพฤติกรรมการณ์ติดซ้ำมีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน เช่นมาหลัท ปาร์ก และวิท ไควิทซ์ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: 2) ให้ความหมายของการติดซ้ำว่า เป็นการกระทำที่มีการเลื่อนถอย (Backsliding) การเลวลง (Worsening) หรือการทรุดจมลง (Subsiding) ซึ่งอาจเป็นการบั่นทอนผลการบำบัดรักษาที่ออกแบบเพื่อการบำบัดปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดย Columbo Plan (2000: 34-37) มองว่าการติดซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้หยุดเสพยาเสพติด เริ่มต้นกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล โดยก่อนที่บุคคลจะกลับไปติดซ้ำนั้น มักจะมีสัญญาณ หรือ อาการแสดงที่บ่งชี้เตือนให้รู้ว่าผู้ป่วยอาจกลับไปติดซ้ำได้ โดยผู้ป่วยมักจะมีความคิดกลับไปสู่ความคิดเดิมๆ ที่ตอบสนองต่อการใช้ยา เช่น คิดว่าเขาดื่มสุราได้เพราะมีสติพอที่สามารถหยุดดื่มได้ มั่นใจตนเองมากไป ปฏิเสธการช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมกลับไปใกล้ชิดกับเพื่อนที่ดื่มสุรา เช่นเดียวกับกอร์สกี และเคลเลย์ (Gorski; & Kelley. 1996: 11) ที่กล่าวว่าการเสพยาไม่ได้มองแยกส่วนเป็นเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง (Isolated event) แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีสติได้ จึงนำไปสู่การใช้สุราและสารเสพติด ขณะที่มิลเลอร์ (Miller. 1996: 21-22) ให้ความหมายการติดซ้ำในหลายมิติทั้งในมิติที่ไปเกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (การกลับไปใช้ยาเสพติด) รวมทั้งความต่อเนื่องของการใช้ยาเสพติดนั้น (ระยะเวลาของการใช้) และการตัดสินใจนั้นขัดต่อมาตรฐานที่ยอมรับได้ (ไม่ได้รับการยอมรับ) หรือกล่าวได้ว่าการพิจารณาว่ามีการเสพยาซ้ำของสุราหรือไม่นั้นควรต้องคำนึงถึงลักษณะของการดื่มที่มีการดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมของการดื่มได้

จากที่กล่าวมาจะสังเกตได้ว่าความหมายของการติดซ้ำมีความหมายกว้างขวางครอบคลุมพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนเสพ ขณะเสพ และพฤติกรรมภายหลังการเสพ รวมทั้งคำนึงถึงมิติต่างๆ ของพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม มุมมองผลการบำบัดจึงไม่ได้เป็นเพียงการตัดสินใจเพียงขาว หรือดำ

พฤติกรรมการณ์ไม่ติดซ้ำ: ความหมายและวิธีวัด

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและสารเสพติดมีเป้าหมายเพื่อให้หยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้ และยังคงพฤติกรรมการณ์หยุดดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้ยาวนานหรือเลิกได้อย่างถาวร ซึ่งจากการติดตามผลของการบำบัดที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบปัญหาที่คล้ายกันคือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไม่สามารถหยุดเสพ และกลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเหตุให้ในแวดวงของการบำบัดให้ความสำคัญ และความสนใจกับเรื่องของการติดซ้ำอย่างมาก เพราะการไม่ติดซ้ำเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดรักษา ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษากันอย่างกว้างขวางถึงปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปติดซ้ำ รวมทั้งวิธีการต่างๆ ที่ป้องกันการติดซ้ำ

ในการศึกษาพฤติกรรมการณ์ติดซ้ำมีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน เช่นมาหลัท ปาร์ก และวิท ไควิทซ์ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: 2) ให้ความหมายของการติดซ้ำว่า เป็นการกระทำที่มีการเลื่อนถอย (Backsliding) การเลวลง (Worsening) หรือการทรุดจมลง (Subsiding) ซึ่งอาจเป็นการบั่นทอนผลการบำบัดรักษาที่ออกแบบเพื่อการบำบัดปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดย Columbo Plan (2000: 34-37) มองว่าการติดซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้หยุดเสพยาเสพติด เริ่มต้นกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล โดยก่อนที่บุคคลจะกลับไปติดซ้ำนั้น มักจะมีสัญญาณ หรือ อาการแสดงที่บ่งชี้เตือนให้รู้ว่าผู้ป่วยอาจกลับไปติดซ้ำได้ โดยผู้ป่วยมักจะมีความคิดกลับไปสู่ความคิดเดิมๆ ที่ตอบสนองต่อการใช้ยา เช่น คิดว่าเขาดื่มสุราได้เพราะมีสติพอที่สามารถหยุดดื่มได้ มั่นใจตนเองมากไป ปฏิเสธการช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมกลับไปใกล้ชิดกับเพื่อนที่ดื่มสุรา เช่นเดียวกับกอร์สกี และเคลเลย์ (Gorski; & Kelley. 1996: 11) ที่กล่าวว่าการเสพยาไม่ได้มองแยกส่วนเป็นเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง (Isolated event) แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีสติได้ จึงนำไปสู่การใช้สุราและสารเสพติด ขณะที่มิลเลอร์ (Miller. 1996: 21-22) ให้ความหมายการติดซ้ำในหลายมิติทั้งในมิติที่ไปเกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (การกลับไปใช้ยาเสพติด) รวมทั้งความต่อเนื่องของการใช้ยาเสพติดนั้น (ระยะเวลาของการใช้) และการตัดสินใจนั้นขัดต่อมาตรฐานที่ยอมรับได้ (ไม่ได้รับการยอมรับ) หรือกล่าวได้ว่าการพิจารณาว่ามีการเสพยาซ้ำของสุราหรือไม่นั้นควรต้องคำนึงถึงลักษณะของการดื่มที่มีการดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมของการดื่มได้

จากที่กล่าวมาจะสังเกตได้ว่าความหมายของการติดซ้ำมีความหมายกว้างขวางครอบคลุมพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนเสพ ขณะเสพ และพฤติกรรมภายหลังการเสพ รวมทั้งคำนึงถึงมิติต่างๆ ของพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม มุมมองผลการบำบัดจึงไม่ได้เป็นเพียงการตัดสินใจเพียงขาว หรือดำ

(Dichotomous) คือหยุดเสพ (Abstinent) กับติดซ้ำ (Relapse) เท่านั้น (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999:151) แต่มองตามความเป็นจริงและมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในแง่มุมมองของการลดอันตรายจากการใช้สุรา และสารเสพติด (Harm reduction หรือ Risk reduction) (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2548: 27; อ้างอิงจาก Marlatt. 1998) รวมทั้งเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญในแต่ละช่วงตั้งแต่ระยะการบำบัดจนถึงสิ้นสุดการบำบัดและการเข้าสู่การติดตามผล

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

การประเมินผลในลำดับที่ 1 (Primary outcome measures)

การประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดคือการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งสมมติฐานว่า ผู้ป่วยหยุดดื่มเมื่อเริ่มต้นการบำบัดรักษา โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

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

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

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

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

4. จำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักครั้งแรก (Days to first heavy drinking days) หมายถึง จำนวนวันที่ไม่ได้ดื่มในระหว่างการรักษาก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก

(Dichotomous) คือหยุดเสพ (Abstinent) กับติดซ้ำ (Relapse) เท่านั้น (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999:151) แต่มองตามความเป็นจริงและมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในแง่มุมมองของการลดอันตรายจากการใช้สุรา และสารเสพติด (Harm reduction หรือ Risk reduction) (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2548: 27; อ้างอิงจาก Marlatt. 1998) รวมทั้งเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญในแต่ละช่วงตั้งแต่ระยะการบำบัดจนถึงสิ้นสุดการบำบัดและการเข้าสู่การติดตามผล

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

การประเมินผลในลำดับที่ 1 (Primary outcome measures)

การประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดคือการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งสมมติฐานว่า ผู้ป่วยหยุดดื่มเมื่อเริ่มต้นการบำบัดรักษา โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

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

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

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

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

4. จำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักครั้งแรก (Days to first heavy drinking days) หมายถึง จำนวนวันที่ไม่ได้ดื่มในระหว่างการรักษาก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก

หารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม วิธีการนี้จะเป็นการวัดช่วงเวลาที่ยืดได้ยาวนานที่สุด ก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

การประเมินผลในลำดับที่2 (Secondary outcome measures) ซึ่งมีวิธีการประเมินดังนี้

1. การตรวจชีวเคมีของร่างกาย (Biochemical markers) โดยการตรวจแกมมา กรูตามิลทรานเฟอเรส (Gamma glutamyl transferase = GGT) ซึ่งมีความไวต่อการตรวจดูประสิทธิภาพของตับว่าได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยได้ดื่มสุราอย่างหนักในช่วงรอบเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (Phukao. 2006: 230; citing Connors; Donovan; & DiClemente: 2001) และคาร์โบไฮเดรต ดีฟิซิเียน ทรานสเฟอร์ริน (Carbohydrate deficient transferring = CDT) ทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวัดผลทางชีวเคมีไว้เป็นข้อมูลในเบื้องต้น และวัดต่อเนื่องเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงระดับของสารระหว่างการติดตาม ซึ่งสามารถวินิจฉัยการดื่มหนัก การดื่มปานกลาง หรือหยุดดื่มได้ ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่สามารถตรวจหาสาร CDT ทางห้องปฏิบัติการได้ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การตรวจหาสาร GGT

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

หารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม วิธีการนี้จะเป็นการวัดช่วงเวลาที่ยืดได้ยาวนานที่สุด ก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A)

การประเมินผลในลำดับที่2 (Secondary outcome measures) ซึ่งมีวิธีการประเมินดังนี้

1. การตรวจชีวเคมีของร่างกาย (Biochemical markers) โดยการตรวจแกมมา กรูตามิลทรานเฟอเรส (Gamma glutamyl transferase = GGT) ซึ่งมีความไวต่อการตรวจดูประสิทธิภาพของตับว่าได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยได้ดื่มสุราอย่างหนักในช่วงรอบเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (Phukao. 2006: 230; citing Connors; Donovan; & DiClemente: 2001) และคาร์โบไฮเดรต ดีฟิซิเียน ทรานสเฟอร์ริน (Carbohydrate deficient transferring = CDT) ทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวัดผลทางชีวเคมีไว้เป็นข้อมูลในเบื้องต้น และวัดต่อเนื่องเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงระดับของสารระหว่างการติดตาม ซึ่งสามารถวินิจฉัยการดื่มหนัก การดื่มปานกลาง หรือหยุดดื่มได้ ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่สามารถตรวจหาสาร CDT ทางห้องปฏิบัติการได้ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การตรวจหาสาร GGT

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

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

3. การวัดพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มกับติดซ้ำ (Dichotomous measures of abstinence) โดยการติดซ้ำมีความหมายได้หลายทาง ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนักเพียงวันเดียว การประเมินผลนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A) ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนัก 2-3 วัน จะมีความเชื่อมั่นในระดับบี (Confidence: B)

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

ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ

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

ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal-environmental determinants) เกิดจากการที่ไม่สามารถจัดการกับสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัวเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) อารมณ์ที่ไม่ดี เช่น ความผิดหวัง โกรธ เบื่อหน่าย รู้สึกโดดเดี่ยว โดยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ 2) สภาพร่างกายที่ไม่สุขภาพดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางร่างกายที่อาจเกิดจากการใช้ยา และสารเสพติด รวมทั้งอาการขาดยา หรือเจ็บป่วยอื่นๆ ผู้ดื่มจึงใช้เป็นเหตุผลของการดื่มเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ 3) อารมณ์ทางบวก จึงใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ เพลิดเพลิน สนุกสนานมากขึ้น 4) ต้องการทดสอบการควบคุมตนเอง โดยการลองดื่มเพื่อทดลองว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้หรือไม่ 5) การให้สิ่งล่อใจหรือตัวกระตุ้น มีการใช้สารเสพติดเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

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

3. การวัดพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มกับติดซ้ำ (Dichotomous measures of abstinence) โดยการติดซ้ำมีความหมายได้หลายทาง ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนักเพียงวันเดียว การประเมินผลนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (Confidence: A) ถ้าการติดซ้ำ หมายถึงวันที่ดื่มหนัก 2-3 วัน จะมีความเชื่อมั่นในระดับบี (Confidence: B)

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

ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ

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

ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal-environmental determinants) เกิดจากการที่ไม่สามารถจัดการกับสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัวเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) อารมณ์ที่ไม่ดี เช่น ความผิดหวัง โกรธ เบื่อหน่าย รู้สึกโดดเดี่ยว โดยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ 2) สภาพร่างกายที่ไม่สุขภาพดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางร่างกายที่อาจเกิดจากการใช้ยา และสารเสพติด รวมทั้งอาการขาดยา หรือเจ็บป่วยอื่นๆ ผู้ดื่มจึงใช้เป็นเหตุผลของการดื่มเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ 3) อารมณ์ทางบวก จึงใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ เพลิดเพลิน สนุกสนานมากขึ้น 4) ต้องการทดสอบการควบคุมตนเอง โดยการลองดื่มเพื่อทดลองว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้หรือไม่ 5) การให้สิ่งล่อใจหรือตัวกระตุ้น มีการใช้สารเสพติดเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

ภายใน ที่เป็นความรู้สึกอยาก ความปรารถนา ถึงแม้ไม่มีสถานการณ์ใดเกิดขึ้นแต่ผู้ดื่มสุรา รู้สึกหวอน คิดถึงบรรยากาศ หรือความสุขที่ได้รับจากการดื่มสุราขึ้นมาเอง

สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal determinants) ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นนำเข้าสู่เหตุการณ์เสี่ยง ได้แก่ 1) การเผชิญกับความขัดแย้ง เป็นความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกี่ยวกับคู่สมรส เพื่อน ครอบครัว และ นายจ้าง- ลูกจ้าง 2) แรงกดดันจากสังคม เกิดจากการตอบสนองต่ออิทธิพลของคนอื่น หรือกลุ่ม เช่น เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรา หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา เพื่อนชวนดื่ม 3) ภาวะอารมณ์ทางบวกเพิ่มมากขึ้น จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีความสุข ดีใจ ก็เฉลิมฉลองด้วยการดื่มเพื่อสังสรรค์เช่น การเลี้ยงฉลองต่างๆ

ในการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุราและสารเสพติด นอกจากการรักษาดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูให้อยู่ในสภาวะปกติแล้ว การป้องกันการติดซ้ำก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพราะการเรียนรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการติดซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงสภาพปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นรวมทั้งสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่ควรตระหนัก และให้ความสนใจ เพื่อที่จะใช้ในการวางแผนและหาแนวทางในการป้องกันการติดซ้ำ

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

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

นอกจากนี้มาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้เสนอรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำ

ภายใน ที่เป็นความรู้สึกอยาก ความปรารถนา ถึงแม้ไม่มีสถานการณ์ใดเกิดขึ้นแต่ผู้ดื่มสุรา รู้สึกหวอน คิดถึงบรรยากาศ หรือความสุขที่ได้รับจากการดื่มสุราขึ้นมาเอง

สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal determinants) ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นนำเข้าสู่เหตุการณ์เสี่ยง ได้แก่ 1) การเผชิญกับความขัดแย้ง เป็นความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกี่ยวกับคู่สมรส เพื่อน ครอบครัว และ นายจ้าง- ลูกจ้าง 2) แรงกดดันจากสังคม เกิดจากการตอบสนองต่ออิทธิพลของคนอื่น หรือกลุ่ม เช่น เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรา หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา เพื่อนชวนดื่ม 3) ภาวะอารมณ์ทางบวกเพิ่มมากขึ้น จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีความสุข ดีใจ ก็เฉลิมฉลองด้วยการดื่มเพื่อสังสรรค์เช่น การเลี้ยงฉลองต่างๆ

ในการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุราและสารเสพติด นอกจากการรักษาดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูให้อยู่ในสภาวะปกติแล้ว การป้องกันการติดซ้ำก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพราะการเรียนรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการติดซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงสภาพปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นรวมทั้งสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่ควรตระหนัก และให้ความสนใจ เพื่อที่จะใช้ในการวางแผนและหาแนวทางในการป้องกันการติดซ้ำ

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

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

นอกจากนี้มาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้เสนอรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำ

โดยกล่าวว่าผู้ที่จะเลิกยา แต่ไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยาอาจกลับไปเสพซ้ำได้ วิธีการที่ช่วยเหลือคือการทำให้เขามีการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆ ก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้น

การพัฒนาผู้ป่วยให้มีความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำได้ ผู้บำบัดจะต้องสอนและฝึกผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุราและสารเสพติด เกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มเส้นทางการเลิกสุรา และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ช่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดซ้ำ เพชรภรณ์ คำเอี่ยม (2546: 5) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นกระบวนการในการควบคุมตนเองของผู้ที่ผ่านการบำบัด เพื่อไม่ให้หวนกลับไปติดซ้ำ โดยการปฏิบัติตนในการป้องกันและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งการวางแผนในการดำเนินชีวิตใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่วนสุกมา แสงเดือนฉาย (2549: 9) กล่าวถึงการป้องกันตนเองจากการเสพยาหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราซ้ำอีกมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้ป่วยสุราต้องเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดภายใน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งการป้องกันตนเองจากบุคคล ได้แก่ เพื่อนที่ดื่มสุรา และปัญหาที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว และการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา สำหรับจุดมุ่งหมายของการป้องกันการติดซ้ำโอโดโนฮิว ฟิสเซอร์ และเฮย์ (O'Donohue; Fisher; & Hayes. 2003: 321) กล่าวว่าเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ช่วยให้สามารถนำหลักการสำคัญที่ได้รับจากการบำบัดรักษาไปใช้ประโยชน์ โดยในช่วงเวลาของการบำบัดเป็นจุดเริ่มต้นที่นักบำบัดจะต้องคำนึงถึงวิธีที่จะธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการหยุดเสพเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง (Brunswig; Sbraga; & Harris. 2003: 321) ดังนั้นการป้องกันการติดซ้ำจึงกลายเป็นเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกสำหรับผู้ช่วยที่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้แม้จะได้รับการบำบัด (Gorski; & Kelley. 1996: 15)

จึงเห็นได้ว่าการป้องกันการติดซ้ำมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมากในการสร้างความเข้มแข็งเพื่อเป็นเกาะป้องกันตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพ และไม่กลับไปติดเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง นอกจากนี้การป้องกันการติดซ้ำยังมีความหมายทั้งในลักษณะของการวัดจิตลักษณะที่เป็นความพร้อม ความตั้งใจ หรือความสามารถในการปฏิบัติตน และในความหมายที่เป็นการวัดพฤติกรรมโดยตรงจากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การดื่ม

โดยกล่าวว่าผู้ที่จะเลิกยา แต่ไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยาอาจกลับไปเสพซ้ำได้ วิธีการที่ช่วยเหลือคือการทำให้เขามีการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆ ก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้น

การพัฒนาผู้ป่วยให้มีความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำได้ ผู้บำบัดจะต้องสอนและฝึกผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุราและสารเสพติด เกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มเส้นทางการเลิกสุรา และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ช่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดซ้ำ เพชรภรณ์ คำเอี่ยม (2546: 5) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นกระบวนการในการควบคุมตนเองของผู้ที่ผ่านการบำบัด เพื่อไม่ให้หวนกลับไปติดซ้ำ โดยการปฏิบัติตนในการป้องกันและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งการวางแผนในการดำเนินชีวิตใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่วนสุกมา แสงเดือนฉาย (2549: 9) กล่าวถึงการป้องกันตนเองจากการเสพยาหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราซ้ำอีกมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้ป่วยสุราต้องเผชิญกับความคิดและอารมณ์ที่เกิดภายใน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งการป้องกันตนเองจากบุคคล ได้แก่ เพื่อนที่ดื่มสุรา และปัญหาที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว และการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา สำหรับจุดมุ่งหมายของการป้องกันการติดซ้ำโอโดโนฮิว ฟิสเซอร์ และเฮย์ (O'Donohue; Fisher; & Hayes. 2003: 321) กล่าวว่าเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ช่วยให้สามารถนำหลักการสำคัญที่ได้รับจากการบำบัดรักษาไปใช้ประโยชน์ โดยในช่วงเวลาของการบำบัดเป็นจุดเริ่มต้นที่นักบำบัดจะต้องคำนึงถึงวิธีที่จะธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการหยุดเสพเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง (Brunswig; Sbraga; & Harris. 2003: 321) ดังนั้นการป้องกันการติดซ้ำจึงกลายเป็นเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกสำหรับผู้ช่วยที่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราและสารเสพติดได้แม้จะได้รับการบำบัด (Gorski; & Kelley. 1996: 15)

จึงเห็นได้ว่าการป้องกันการติดซ้ำมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมากในการสร้างความเข้มแข็งเพื่อเป็นเกาะป้องกันตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพ และไม่กลับไปติดเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง นอกจากนี้การป้องกันการติดซ้ำยังมีความหมายทั้งในลักษณะของการวัดจิตลักษณะที่เป็นความพร้อม ความตั้งใจ หรือความสามารถในการปฏิบัติตน และในความหมายที่เป็นการวัดพฤติกรรมโดยตรงจากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำหมายถึง การรับรู้และความตั้งใจของผู้ป่วยสุราที่จะป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การดื่ม

สุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมาย และวิธีวัด

บุคคลที่ติดสุราและสารเสพติดอาจมีสาเหตุ และปัจจัยที่หลากหลายแตกต่างกันที่นำมาสู่การเสพติด ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ตัวยาหรือฤทธิ์ของยา และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์เอื้อต่อกัน จนทำให้ผู้ดื่มสุราไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจจึงมองเสมือนเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ดื่ม ผู้ติดสุราแสดงออกถึงเจตนา หรือความตั้งใจในการค้นหาความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ความพร้อมหรือความตั้งใจเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของเจตคติ ที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมจึงอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล หรือความตั้งใจของบุคคลนั่นเอง (วรรณชนก จันทชุม. 2547: 19) ความตั้งใจ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ (Ajzen; & Fishbein. 1980: 9) กล่าวคือบุคคลที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจ จะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความตั้งใจในเรื่องนั้น

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

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

สุราซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ

ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ: ความหมาย และวิธีวัด

บุคคลที่ติดสุราและสารเสพติดอาจมีสาเหตุ และปัจจัยที่หลากหลายแตกต่างกันที่นำมาสู่การเสพติด ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ตัวยาหรือฤทธิ์ของยา และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์เอื้อต่อกัน จนทำให้ผู้ดื่มสุราไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจจึงมองเสมือนเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ดื่ม ผู้ติดสุราแสดงออกถึงเจตนา หรือความตั้งใจในการค้นหาความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ความพร้อมหรือความตั้งใจเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของเจตคติ ที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมจึงอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล หรือความตั้งใจของบุคคลนั่นเอง (วรรณชนก จันทชุม. 2547: 19) ความตั้งใจ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ (Ajzen; & Fishbein. 1980: 9) กล่าวคือบุคคลที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจ จะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความตั้งใจในเรื่องนั้น

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

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

อย่างไรก็ตามดังที่เคยกล่าวมาแล้วถึงการศึกษาของมาหลัทเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อว่าเกิดจากสาเหตุหลักๆ คือ 1) บั๊จัจภายในตัวบุคคล และ2) บั๊จัจระหว่างบุคคล ดังนั้นในการศึกษาความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการป้องกันให้มีความครอบคลุมสาเหตุของการติดเชื้อที่กล่าวมาด้วย

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยจึงสรุปว่าในการศึกษาครั้งนี้ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากบั๊จัจภายในได้แก่ การเกิดความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับบั๊จัจภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ในการวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาของ วรณชนก จันทชุม (2547: 48-50) ใช้แบบสอบถามวัดความตั้งใจในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ซึ่งมีการสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้มาตราประเมินค่า 7 หน่วย จาก“เป็นไปได้มาก” ถึง “เป็นไปได้มาก” จำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ส่วนกัลยา ไชยเลิศ (2541: 72) เป็นแบบสอบถามวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด วัดโดยใช้มาตราประเมินค่า 4 หน่วย จาก“ความตั้งใจน้อยที่สุด” ถึง “ความตั้งใจมากที่สุด” จำนวน 10 ข้อ และการศึกษาของพระมหาวิรัช คำธร (2548: 56) แบบวัดความพร้อมที่จะศึกษาและปฏิบัติธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จาก“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

สำหรับแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวรณชนก จันทชุม โดยผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมบั๊จัจภายในได้แก่ การเกิดความคิดและอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับบั๊จัจภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งในข้อความจะเป็นข้อคำถามถึงระดับการแสดงออกถึงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ โดยเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ

อย่างไรก็ตามดังที่เคยกล่าวมาแล้วถึงการศึกษาของมาหลัทเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อว่าเกิดจากสาเหตุหลักๆ คือ 1) บั๊จัจภายในตัวบุคคล และ2) บั๊จัจระหว่างบุคคล ดังนั้นในการศึกษาความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการป้องกันให้มีความครอบคลุมสาเหตุของการติดเชื้อที่กล่าวมาด้วย

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยจึงสรุปว่าในการศึกษาครั้งนี้ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากบั๊จัจภายในได้แก่ การเกิดความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับบั๊จัจภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ในการวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาของ วรณชนก จันทชุม (2547: 48-50) ใช้แบบสอบถามวัดความตั้งใจในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ซึ่งมีการสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้มาตราประเมินค่า 7 หน่วย จาก“เป็นไปได้มาก” ถึง “เป็นไปได้มาก” จำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ส่วนกัลยา ไชยเลิศ (2541: 72) เป็นแบบสอบถามวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด วัดโดยใช้มาตราประเมินค่า 4 หน่วย จาก“ความตั้งใจน้อยที่สุด” ถึง “ความตั้งใจมากที่สุด” จำนวน 10 ข้อ และการศึกษาของพระมหาวิรัช คำธร (2548: 56) แบบวัดความพร้อมที่จะศึกษาและปฏิบัติธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จาก“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

สำหรับแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวรณชนก จันทชุม โดยผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมบั๊จัจภายในได้แก่ การเกิดความคิดและอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับบั๊จัจภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งในข้อความจะเป็นข้อคำถามถึงระดับการแสดงออกถึงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ โดยเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ

ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมกรรมการไม่ติดซ้ำ

จากการศึกษาเจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึก เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น ส่วนใหญ่ความรู้สึกนี้จะเกิดโดยอัตโนมัติและสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3) ความพร้อมกระทำ หรือความตั้งใจ เป็นความพร้อมในการปฏิบัติหรือแนวโน้มในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตน ซึ่งในองค์ประกอบของความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นส่วนที่เป็นตัวแทนของส่วนประกอบพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavioral component) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ (Overt behavior) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520: 8; อ้างอิงจาก Kothandapani. 1971) และสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ดี (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมาศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ไซเคิล (2541: 72) ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดโดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้มากกว่า 2 ปี จำนวน 94 คน พบว่าผู้ที่เลิกเสพยาได้นั้นมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนสุกมาแสงเดือนฉาย (2549: 33) ศึกษาเจตคติต่อการป้องกันการติ่มสุราทั้งการรู้คิดเชิงประเมินค่าด้านความรู้สึก และด้านความตั้งใจที่จะกระทำพบว่าเจตคติต่อการป้องกันการติ่มสุราสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติ่มสุรา ($r=.49$) และการศึกษาของวรรณชนก จันทชุม (2547: 79) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่หรือนักเรียน พบว่านักเรียนที่มีเจตนาหรือความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่หรืออยู่ในระดับค่อนข้างมากจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างมาก ($r=.64$)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยมองว่าความตั้งใจเป็นความพยายาม เป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้ทุ่มเทพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดซ้ำนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจแน่วแน่และมีความพยายามมาก โอกาสที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมกรรมการไม่ติดซ้ำจะมีมาก

ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมกรรมการไม่ติดซ้ำ

จากการศึกษาเจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึก เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น ส่วนใหญ่ความรู้สึกนี้จะเกิดโดยอัตโนมัติและสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3) ความพร้อมกระทำ หรือความตั้งใจ เป็นความพร้อมในการปฏิบัติหรือแนวโน้มในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตน ซึ่งในองค์ประกอบของความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นส่วนที่เป็นตัวแทนของส่วนประกอบพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavioral component) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ (Overt behavior) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520: 8; อ้างอิงจาก Kothandapani. 1971) และสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ดี (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529: 7) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมาศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ไซเคิล (2541: 72) ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดโดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้มากกว่า 2 ปี จำนวน 94 คน พบว่าผู้ที่เลิกเสพยาได้นั้นมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนสุกมาแสงเดือนฉาย (2549: 33) ศึกษาเจตคติต่อการป้องกันการติ่มสุราทั้งการรู้คิดเชิงประเมินค่าด้านความรู้สึก และด้านความตั้งใจที่จะกระทำพบว่าเจตคติต่อการป้องกันการติ่มสุราสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติ่มสุรา ($r=.49$) และการศึกษาของวรรณชนก จันทชุม (2547: 79) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่หรือนักเรียน พบว่านักเรียนที่มีเจตนาหรือความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่หรืออยู่ในระดับค่อนข้างมากจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างมาก ($r=.64$)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยมองว่าความตั้งใจเป็นความพยายาม เป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้ทุ่มเทพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดซ้ำนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจแน่วแน่และมีความพยายามมาก โอกาสที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมกรรมการไม่ติดซ้ำจะมีมาก

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมาย และวิธีวัด

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

อย่างไรก็ตามในสภาวะที่ติดสุราและสารเสพติด ลำพังเพียงความรู้และความเข้าใจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดื่มตัดสินใจที่จะหยุดดื่มได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ดื่มมีความต้องการพึ่งพาสุรา ทำให้มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง วนเวียนซ้ำๆ กับการดื่มสุรา กลายเป็นความเคยชิน โดยที่ผู้ดื่มเองไม่ทันรู้ตัว จนมีความคิด ความเชื่อบิดเบือน แตกต่างจากผู้ไม่ดื่มสุรา และนำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่มสุราโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจ เมื่อระยะเวลาผ่านไป แม้ผู้ดื่มจะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา และพบกับปัญหาหลายๆ อย่าง ก็ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ ผู้ดื่มเริ่มมีการรับรู้ความสามารถในการที่จะหยุดดื่ม หรือเลิกสุรารว่าเป็นไปได้ยาก หรือเป็นไปได้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Alcohol anonymous world service. 1993: XIX) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองในลักษณะที่กล่าวมา ไม่ได้ก่อให้เกิดผลดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์สนับสนุนต่อการบำบัดรักษาเลย แต่กลับกลายเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปถึงจุดมุ่งหมายในการเลิกดื่มสุรา ดังนั้นในการบำบัดรักษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุราเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะป้องกันตนเองให้ห่างไกลสุราได้

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติด มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถไว้ เช่น แบนดูรา (Bandura. 1986: 391) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จัดการ และกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยเห็นว่าการรับรู้ความสามารถไม่ได้เป็นทักษะ แต่เป็นการตัดสินใจอะไรบางอย่างที่สามารถทำโดยใช้ทักษะ ขณะที่มาหลัท ปาร์ค และวิทไคววิทซ์ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงว่าเป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการดำเนินการเพื่อตอบสนอง และจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งความสามารถนี้ไม่ใช่เป็นความสามารถทั่วไป เพียงแค่การฝึกฝนเพื่อสร้างกำลังใจ และการหลีกเลี่ยงที่จะไม่เผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เท่านั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีระดับความมั่นใจ หรือเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำ จัดการ หรือควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ มากน้อยเพียงใดที่ไม่นำไปสู่การใช้สารเสพติด (บุญสิทธิ ไชยชนะ. 2543: 32-34; สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. 2545: 9)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ: ความหมาย และวิธีวัด

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

อย่างไรก็ตามในสภาวะที่ติดสุราและสารเสพติด ลำพังเพียงความรู้และความเข้าใจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดื่มตัดสินใจที่จะหยุดดื่มได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ดื่มมีความต้องการพึ่งพาสุรา ทำให้มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง วนเวียนซ้ำๆ กับการดื่มสุรา กลายเป็นความเคยชิน โดยที่ผู้ดื่มเองไม่ทันรู้ตัว จนมีความคิด ความเชื่อบิดเบือน แตกต่างจากผู้ไม่ดื่มสุรา และนำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่มสุราโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจ เมื่อระยะเวลาผ่านไป แม้ผู้ดื่มจะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา และพบกับปัญหาหลายๆ อย่าง ก็ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ ผู้ดื่มเริ่มมีการรับรู้ความสามารถในการที่จะหยุดดื่ม หรือเลิกสุรารว่าเป็นไปได้ยาก หรือเป็นไปได้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Alcohol anonymous world service. 1993: XIX) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองในลักษณะที่กล่าวมา ไม่ได้ก่อให้เกิดผลดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์สนับสนุนต่อการบำบัดรักษาเลย แต่กลับกลายเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปถึงจุดมุ่งหมายในการเลิกดื่มสุรา ดังนั้นในการบำบัดรักษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุราเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะป้องกันตนเองให้ห่างไกลสุราได้

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติด มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถไว้ เช่น แบนดูรา (Bandura. 1986: 391) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จัดการ และกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยเห็นว่าการรับรู้ความสามารถไม่ได้เป็นทักษะ แต่เป็นการตัดสินใจอะไรบางอย่างที่สามารถทำโดยใช้ทักษะ ขณะที่มาหลัท ปาร์ค และวิทไคววิทซ์ (Marlatt; Parks; & Witkiewitz. 2002: Online) กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงว่าเป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการดำเนินการเพื่อตอบสนอง และจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งความสามารถนี้ไม่ใช่เป็นความสามารถทั่วไป เพียงแค่การฝึกฝนเพื่อสร้างกำลังใจ และการหลีกเลี่ยงที่จะไม่เผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เท่านั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีระดับความมั่นใจ หรือเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำ จัดการ หรือควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ มากน้อยเพียงใดที่ไม่นำไปสู่การใช้สารเสพติด (บุญสิทธิ ไชยชนะ. 2543: 32-34; สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. 2545: 9)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย มีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

สำหรับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่บนพื้นฐาน 4 หลักการที่สำคัญ ดังนี้

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

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

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่นจะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่ใช้คำพูดชักจูงด้วย นั่นก็คือบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการพูดให้ผู้อื่นคล้อยตามนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่ถูกชักชวนให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา เป็นต้น

4. สภาวะทางสรีระวิทยา (Physiological state) เป็นข้อมูลที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงหรือต่ำนั้น ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขานั้นเอง นั่นก็คือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ตื่นตัว มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่ออยู่ในสภาวะการณที่ถูกดูว่า ว่ากล่าวตักเตือน หรือใน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย มีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

สำหรับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่บนพื้นฐาน 4 หลักการที่สำคัญ ดังนี้

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

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

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่นจะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่ใช้คำพูดชักจูงด้วย นั่นก็คือบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการพูดให้ผู้อื่นคล้อยตามนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่ถูกชักชวนให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา เป็นต้น

4. สภาวะทางสรีระวิทยา (Physiological state) เป็นข้อมูลที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงหรือต่ำนั้น ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขานั้นเอง นั่นก็คือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ตื่นตัว มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่ออยู่ในสภาวะการณที่ถูกดูว่า ว่ากล่าวตักเตือน หรือใน

สภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะการวัดโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งในข้อความจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามถึงระดับความสามารถของบุคคลที่ประเมินตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำท่าย หรือที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง โดยอยู่บนขอบเขตและเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษา ข้อความที่ใช้จึงมักมีลักษณะที่ถามว่า ผู้ตอบสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด คำตอบจึงต้องมีตัวเลือกที่แสดงระดับความมากน้อยของการรับรู้ความสามารถของผู้ตอบหลายๆ ระดับ ซึ่งแบบคูราแนะนำไว้ว่าอาจใช้ระดับการรับรู้ความสามารถตั้งแต่ 0 ถึง 100 แบ่งระยะห่าง เป็นช่วงละ 10 โดย 0 หมายถึงรับรู้ว่าจะไม่สามารถทำได้ 50 หมายถึงรับรู้ว่าจะสามารถทำได้ปานกลาง และ 100 หมายถึงรับรู้ว่าจะสามารถทำได้แน่นอน (Bandura. 2001: 3)

จากการศึกษาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันยาเสพติด พบว่ามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของสถานการณ์ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา และมีความต่างกันในการแบ่งระดับเช่นการศึกษาของคีธพรไพรินทร์ (2541: 61-62) สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีน มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง” ถึง “มั่นใจอย่างยิ่ง” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) .52-.79 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543: 23-24) สร้างแบบวัดที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจที่จะเสพยาเฮโรอีนเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยวิธีมาตราประเมินค่า 10 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจ” ถึง “มั่นใจมาก” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .95 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-total Correlation) ระหว่าง .29-.84 และ ดรฤณี ภูษา พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากสิริวาทาน และคณะ (Phukao. 2006: 108-109; citing Kavanagh; et al. 1996) โดยมีมาตราประเมินค่าจาก 0 ถึง 100 คือ “ไม่สามารถทำได้” ถึง “มั่นใจอย่างแน่นอน”

สำหรับแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราครั้งนี้สร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐานของการป้องกันการเสพยาของมาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อโดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงจาก ปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ใน

สภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะการวัดโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งในข้อความจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามถึงระดับความสามารถของบุคคลที่ประเมินตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำท่าย หรือที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง โดยอยู่บนขอบเขตและเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษา ข้อความที่ใช้จึงมักมีลักษณะที่ถามว่า ผู้ตอบสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด คำตอบจึงต้องมีตัวเลือกที่แสดงระดับความมากน้อยของการรับรู้ความสามารถของผู้ตอบหลายๆ ระดับ ซึ่งแบบคูราแนะนำไว้ว่าอาจใช้ระดับการรับรู้ความสามารถตั้งแต่ 0 ถึง 100 แบ่งระยะห่าง เป็นช่วงละ 10 โดย 0 หมายถึงรับรู้ว่าจะไม่สามารถทำได้ 50 หมายถึงรับรู้ว่าจะสามารถทำได้ปานกลาง และ 100 หมายถึงรับรู้ว่าจะสามารถทำได้แน่นอน (Bandura. 2001: 3)

จากการศึกษาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันยาเสพติด พบว่ามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของสถานการณ์ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา และมีความต่างกันในการแบ่งระดับเช่นการศึกษาของคีธพรไพรินทร์ (2541: 61-62) สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีน มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง” ถึง “มั่นใจอย่างยิ่ง” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) .52-.79 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543: 23-24) สร้างแบบวัดที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจที่จะเสพยาเฮโรอีนเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยวิธีมาตราประเมินค่า 10 หน่วย จาก “ไม่มั่นใจ” ถึง “มั่นใจมาก” จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .95 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-total Correlation) ระหว่าง .29-.84 และ ดรฤณี ภูษา พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากสิริวาทาน และคณะ (Phukao. 2006: 108-109; citing Kavanagh; et al. 1996) โดยมีมาตราประเมินค่าจาก 0 ถึง 100 คือ “ไม่สามารถทำได้” ถึง “มั่นใจอย่างแน่นอน”

สำหรับแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราครั้งนี้สร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) และอยู่บนพื้นฐานของการป้องกันการเสพยาของมาหลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อโดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงจาก ปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ใน

สภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น โดยข้อความมีลักษณะเป็นประโยค ประกอบมาตราประเณินค่า 6 หน่วยตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้”

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรม การไม่ติดซ้ำ

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

การรับรู้ความสามารถมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยแบนดูรา (Bandura. 1986: 391-393) เชื่อว่าบุคคลที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้าพบว่า บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาได้ แตกต่างกัน เขาจึงเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของ บุคคล อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการกระทำพฤติกรรมและสภาพทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในความสามารถของบุคคล กล่าวคือบุคคลจะเลี่ยงกระทำในสถานการณ์ ที่เชื่อว่าเกินความสามารถ (Exceed capability) แต่ก็อยู่ภายใต้การกระทำที่มั่นใจ ถ้าพวกเขาตัดสินใจ ว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ (Capable of handling) ซึ่งการมองเห็นความสามารถของตนเองจะ เป็นประโยชน์ในการผลักดันให้ไปสู่การกระทำพฤติกรรม และเป็นการสนับสนุนให้ความสามารถเติบโต ขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดุทธสาหะ ไม่ท้อถอย และจะ ประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 58; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

จากการศึกษาของคอนเนอร์ เมียสโต และไซเวก (Connors; Maisto; & Zywiak 1996 : S180-183) ศึกษาเส้นทางของการติดซ้ำหลังการบำบัด ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราทั้งแบบผู้ป่วย ใน และผู้ป่วยนอกจำนวน 142 คน ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์อิทธิพลที่มีต่อกันของบุคคลและ สถานการณ์แวดล้อม พบว่าทักษะการแก้ปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ สำคัญที่ส่งผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อปริมาณการดื่ม (Drinks per drinking day) ผลที่ตามมาจาก การดื่ม (Drinking consequences) และความรู้สึกอยากดื่ม (Craving experiences) สอดคล้องกับ การศึกษาของดิลลิเมนเต้ และคณะ (Ilgen; et al.2006; citing DiClemente; et al. 2001: 465) พบว่าในการติดตามการบำบัดรักษา การรับรู้ความสามารถเป็นตัวทำนายที่มีความเที่ยงตรง (Reliably predicted) ต่อการลดปริมาณการดื่มและความถี่ของการดื่มสุรา และการรับรู้ความสามารถในการ

สภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น โดยข้อความมีลักษณะเป็นประโยค ประกอบมาตราประเณินค่า 6 หน่วยตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้”

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำกับพฤติกรรม การไม่ติดซ้ำ

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

การรับรู้ความสามารถมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยแบนดูรา (Bandura. 1986: 391-393) เชื่อว่าบุคคลที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้าพบว่า บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาได้ แตกต่างกัน เขาจึงเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของ บุคคล อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการกระทำพฤติกรรมและสภาพทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในความสามารถของบุคคล กล่าวคือบุคคลจะเลี่ยงกระทำในสถานการณ์ ที่เชื่อว่าเกินความสามารถ (Exceed capability) แต่ก็อยู่ภายใต้การกระทำที่มั่นใจ ถ้าพวกเขาตัดสินใจ ว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ (Capable of handling) ซึ่งการมองเห็นความสามารถของตนเองจะ เป็นประโยชน์ในการผลักดันให้ไปสู่การกระทำพฤติกรรม และเป็นการสนับสนุนให้ความสามารถเติบโต ขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดุทธสาหะ ไม่ท้อถอย และจะ ประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 58; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

จากการศึกษาของคอนเนอร์ เมียสโต และไซเวก (Connors; Maisto; & Zywiak 1996 : S180-183) ศึกษาเส้นทางของการติดซ้ำหลังการบำบัด ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราทั้งแบบผู้ป่วย ใน และผู้ป่วยนอกจำนวน 142 คน ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์อิทธิพลที่มีต่อกันของบุคคลและ สถานการณ์แวดล้อม พบว่าทักษะการแก้ปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ สำคัญที่ส่งผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อปริมาณการดื่ม (Drinks per drinking day) ผลที่ตามมาจาก การดื่ม (Drinking consequences) และความรู้สึกอยากดื่ม (Craving experiences) สอดคล้องกับ การศึกษาของดิลลิเมนเต้ และคณะ (Ilgen; et al.2006; citing DiClemente; et al. 2001: 465) พบว่าในการติดตามการบำบัดรักษา การรับรู้ความสามารถเป็นตัวทำนายที่มีความเที่ยงตรง (Reliably predicted) ต่อการลดปริมาณการดื่มและความถี่ของการดื่มสุรา และการรับรู้ความสามารถในการ

หยุดเสพยาจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการหยุดสูราและสารเสพติดภายหลังการบำบัดรักษา (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Ilgen; et al. 2005) ซึ่งเบ็คและลันด์ (นงลักษณ์ ไต่บันลือภพ. 2539: 42; อ้างอิงจาก Beck; & Lund. 1981) กล่าวลักษณะเดียวกันว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างพบว่ามีรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำสูราของมาหลัท และกอร์ตัน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 154; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้ให้ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเสพยาว่าบุคคลที่มีการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ (รับรู้ความสามารถของตนเองสูง) จะลดโอกาสของการติดซ้ำได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะเป็นผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ซึ่งจะมีการคาดหวังต่อการดื่มสูราในทางบวก จึงนำไปสู่การเริ่มต้นของการดื่มสูรา ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543:36) และเบอร์ลิสัน และคามิเนอร์ (Burlison; & Kaminer. 2005: 1757-1761)

จากการประมวลเอกสารข้างต้น สรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดคุณภาพของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ที่มีการรับรู้ตัดสินว่าตนเองมีความสามารถมากจะมีแนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมไม่ติดซ้ำมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา

ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดสูราซ้ำ ที่กล่าวมาจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภายในให้เกิดในตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามปัจจัยภายนอกทางสังคมก็ไม่สามารถละเลยได้ เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ในการดำเนินชีวิตจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องและผูกพันกับบุคคลอื่นอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อนบุคคลสำคัญ ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย รวมกระทั่งนักบำบัดที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถานบำบัดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ต่างก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้การส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ประคองตนอยู่ในเส้นทางของการไม่ดื่มสูราได้นานมากขึ้น

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางจิตเวชที่ต้องการให้การบำบัด หรือต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องมองว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ได้ถึง การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่า (Esteemed and Valued) และมีความรู้สึกเป็นสมาชิกในกลุ่มหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb. 1976: 300) โดยผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกว่าได้รับการดูแล ความห่วงใย

หยุดเสพยาจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการหยุดสูราและสารเสพติดภายหลังการบำบัดรักษา (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Ilgen; et al. 2005) ซึ่งเบ็คและลันด์ (นงลักษณ์ ไต่บันลือภพ. 2539: 42; อ้างอิงจาก Beck; & Lund. 1981) กล่าวลักษณะเดียวกันว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างพบว่ามีรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของกระบวนการติดซ้ำสูราของมาหลัท และกอร์ตัน (Larimer; Palmer; & Marlatt. 1999: 154; citing Marlatt; & Gordon. 1985) ได้ให้ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเสพยาว่าบุคคลที่มีการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ (รับรู้ความสามารถของตนเองสูง) จะลดโอกาสของการติดซ้ำได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะเป็นผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ซึ่งจะมีการคาดหวังต่อการดื่มสูราในทางบวก จึงนำไปสู่การเริ่มต้นของการดื่มสูรา ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543:36) และเบอร์ลิสัน และคามิเนอร์ (Burlison; & Kaminer. 2005: 1757-1761)

จากการประมวลเอกสารข้างต้น สรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดคุณภาพของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ที่มีการรับรู้ตัดสินว่าตนเองมีความสามารถมากจะมีแนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมไม่ติดซ้ำมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม: ความหมายและการพัฒนา

ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดสูราซ้ำ ที่กล่าวมาจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภายในให้เกิดในตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามปัจจัยภายนอกทางสังคมก็ไม่สามารถละเลยได้ เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ในการดำเนินชีวิตจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องและผูกพันกับบุคคลอื่นอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อนบุคคลสำคัญ ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย รวมกระทั่งนักบำบัดที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถานบำบัดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ต่างก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้การส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ประคองตนอยู่ในเส้นทางของการไม่ดื่มสูราได้นานมากขึ้น

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางจิตเวชที่ต้องการให้การบำบัด หรือต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องมองว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ได้ถึง การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่า (Esteemed and Valued) และมีความรู้สึกเป็นสมาชิกในกลุ่มหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb. 1976: 300) โดยผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกว่าได้รับการดูแล ความห่วงใย

แม้ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Gabrel; & Bowling. 2004) และยังหมายถึงแหล่งของแรงสนับสนุนและศักยภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสาร หรือ สิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพดี (Cohen; & Syme. 1985: 4) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ยังทำหน้าที่เสมือนกันชน (Buffer) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยได้ดี (Gottlieb. 1983: 35-36) โดยโคเฮน อันเดอร์วูด และกอทท์เลียบ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 10; citing Cohen. 1988) อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและ จิตใจว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลจากอิทธิพลของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม นอกจากนี้ทั้งการให้และการรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของ ครอบครัวหรือจากองค์กรที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องด้วย มีผลทำให้บุคคลนั้นพ้นจากวิกฤติ ความเครียด และการคุกคามทางจิตใจ (สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. 2545: 16)

ดูจเดือน พันธุมนาวิณ (2547: 5-6) ได้สรุปลักษณะสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ 1) เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะหลายด้านซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัสดุเครื่องมือสังคม 2) พฤติกรรมในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน 3) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว ญาติ เพื่อน หัวหน้า หรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยโดยแรงสนับสนุนสามารถ เปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์กับผู้อื่นในตลอดช่วงของชีวิต และลักษณะที่สำคัญ 4) การสนับสนุน ทางสังคมจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียต่อผู้รับ

สำหรับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกมาก ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและ เพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม บุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่ม สังคมอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล ครู พระ เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกัน (Peer group) เป็นแหล่งของแรง สนับสนุนทางสังคมที่ได้ผลดี โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีความรุนแรงส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิต ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดนั้นโอกราดีและคณะ รายงานว่า (Lee. 2005: 19; citing O'Grady; Battjes; & Katz. 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความพร้อมในการบำบัด โดยเฉพาะในระยะแรกของการ บำบัดรักษา (Early stages of treatment) ลัเวทและคณะ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Laudet; et al. 2005) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงของการฟื้นคืนสภาพของผู้ติดยา

แม้ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Gabrel; & Bowling. 2004) และยังหมายถึงแหล่งของแรงสนับสนุนและศักยภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสาร หรือ สิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพดี (Cohen; & Syme. 1985: 4) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ยังทำหน้าที่เสมือนกันชน (Buffer) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยได้ดี (Gottlieb. 1983: 35-36) โดยโคเฮน อันเดอร์วูด และกอทท์เลียบ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 10; citing Cohen. 1988) อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและ จิตใจว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลจากอิทธิพลของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม นอกจากนี้ทั้งการให้และการรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของ ครอบครัวหรือจากองค์กรที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องด้วย มีผลทำให้บุคคลนั้นพ้นจากวิกฤติ ความเครียด และการคุกคามทางจิตใจ (สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. 2545: 16)

ดูจเดือน พันธุมนาวิณ (2547: 5-6) ได้สรุปลักษณะสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ 1) เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะหลายด้านซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัสดุเครื่องมือสังคม 2) พฤติกรรมในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน 3) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว ญาติ เพื่อน หัวหน้า หรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยโดยแรงสนับสนุนสามารถ เปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์กับผู้อื่นในตลอดช่วงของชีวิต และลักษณะที่สำคัญ 4) การสนับสนุน ทางสังคมจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียต่อผู้รับ

สำหรับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกมาก ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและ เพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม บุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่ม สังคมอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล ครู พระ เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกัน (Peer group) เป็นแหล่งของแรง สนับสนุนทางสังคมที่ได้ผลดี โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีความรุนแรงส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิต ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดนั้นโอกราดีและคณะ รายงานว่า (Lee. 2005: 19; citing O'Grady; Battjes; & Katz. 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความพร้อมในการบำบัด โดยเฉพาะในระยะแรกของการ บำบัดรักษา (Early stages of treatment) ลัเวทและคณะ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; citing Laudet; et al. 2005) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงของการฟื้นคืนสภาพของผู้ติดยา

(Recover) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยา เพราะเป็นช่วงที่มักเกิดความล้มเหลวในการหยุดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Booth; Russell; & Laughlin. 1992.) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงในช่วงระหว่างการบำบัดจะมีการเข้ารับการรักษาอีกครั้งภายในเวลา 1 ปีหลังการจำหน่ายออกจากสถานบำบัดน้อยกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดื่มสุราและใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพทางร่างกาย โดยความเครียด อาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพร่างกายจะลดลงเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (Lee. 2005: 68)

นอกจากนี้การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของประไพ ทายาท (2545: 40-49) ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 63 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันมากที่สุดร้อยละ 57.14 ส่วนการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.21 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.44 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 98.41 ส่วนแหล่งที่น้อยที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 41.27 ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยยังน้อยมากเมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งๆ ที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการเลิกยาเสพติด (จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ. 2548; ไพฑูริย์ แสงพุ่ม. 2548)

สำหรับในการศึกษานี้จึงนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว บุคคลสำคัญ รวมทั้งผู้บำบัดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดื่มสุรา ทำให้รู้สึกถึงความภูมิใจ ความมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้หลายวิธีอย่างกรณีของริชเทอร์ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 17; citing Rutter. 1987) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมทางสุขภาพว่าไม่ใช่เป็นกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มอบให้กันอย่างผิวเผินจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น แต่มีความหมายของการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ซาบซึ้งทางจิตใจ (Relationships imbue behavior) และแสดงออกหลายๆ อย่างของความช่วยเหลือ (Expressions of support) โดยการออกแบบของโปรแกรมที่ริชเทอร์เสนอแนะว่าควรพิจารณาอย่างรอบคอบถึงวิธีการทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Auspicious matches) ที่จะได้จากการพัฒนาสัมพันธภาพ สำหรับหลักการ

(Recover) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยา เพราะเป็นช่วงที่มักเกิดความล้มเหลวในการหยุดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Booth; Russell; & Laughlin. 1992.) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงในช่วงระหว่างการบำบัดจะมีการเข้ารับการรักษาอีกครั้งภายในเวลา 1 ปีหลังการจำหน่ายออกจากสถานบำบัดน้อยกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดื่มสุราและใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพทางร่างกาย โดยความเครียด อาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพร่างกายจะลดลงเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (Lee. 2005: 68)

นอกจากนี้การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของประไพ ทายาท (2545: 40-49) ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 63 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันมากที่สุดร้อยละ 57.14 ส่วนการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.21 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.44 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 98.41 ส่วนแหล่งที่น้อยที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 41.27 ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยยังน้อยมากเมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งๆ ที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการเลิกยาเสพติด (จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ. 2548; ไพฑูริย์ แสงพุ่ม. 2548)

สำหรับในการศึกษานี้จึงนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว บุคคลสำคัญ รวมทั้งผู้บำบัดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดื่มสุรา ทำให้รู้สึกถึงความภูมิใจ ความมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้หลายวิธีอย่างกรณีของริชเทอร์ (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 17; citing Rutter. 1987) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมทางสุขภาพว่าไม่ใช่เป็นกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มอบให้กันอย่างผิวเผินจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น แต่มีความหมายของการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ซาบซึ้งทางจิตใจ (Relationships imbue behavior) และแสดงออกหลายๆ อย่างของความช่วยเหลือ (Expressions of support) โดยการออกแบบของโปรแกรมที่ริชเทอร์เสนอแนะว่าควรพิจารณาอย่างรอบคอบถึงวิธีการทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Auspicious matches) ที่จะได้จากการพัฒนาสัมพันธภาพ สำหรับหลักการ

ของการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 18) ควรมีความยอมรับ เข้าใจในความเป็นบุคคลนั้น (Respect to demographic characteristic) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนกันอย่างเสมอภาค (Equity in exchanges) มีการแสดงออกของการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Expression of mutual aid) โดยมีสิ่งทีควรระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นในการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะแรงจูงใจที่ได้รับนั้นเกินความเป็นจริง และไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ หรือการที่ผู้ให้ความช่วยเหลือทำให้ความสามารถหรือศักยภาพของผู้ป่วยแย่ลงด้วยการบังคับไม่ให้ือสภาพในการกระทำหรือการตัดสินใจ

สำหรับกลวิธีการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของเพียร์สัน (Pearson. 1990: 99-120) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบนฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory base) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงจากภายในทั้งเจตคติและความคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติและความคิดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมได้ ซึ่งมีกิจกรรมที่ใช้ตัวอย่างจาก 1) ประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วย (Direct experience) ให้พูดคุยกันถึงสัมพันธภาพในครอบครัว บุคคลสำคัญ และผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความคิดและภาพของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานการณ์ เหตุการณ์ที่ทำให้มองเห็นถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 2) การใช้ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ผ่านทางสัญลักษณ์ โทรทัศน์ การแสดงละคร โดยเสนอไปในแง่มุมที่ผู้ป่วยละเอียด และไม่ได้มองเห็นปัญหา เมื่อมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผู้ป่วยจะเห็นถึงการขาดประสบการณ์ในอดีต ทำให้ยอมรับในความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเต็มใจ 3) การลอกเลียนแบบ (Simulated experience) โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการแสดงบทบาทเพื่อการบำบัด (Psychodrama) สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิธีการสอนให้ผู้ป่วยหยุดกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและให้เริ่มต้นกระทำในแนวทางที่ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้อื่น โดยฝึกฝนการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ระหว่างบุคคล การฝึกให้สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้กราแฮม (Graham. 2004: 216-229) ได้กล่าวถึงวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมได้โดย 1) การให้ความรู้ การให้ข้อมูลกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญให้เข้าใจปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย เหตุผลและแรงจูงใจในการดื่มสุรา 2) ความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และวิธีการช่วยเหลือ 3) การฝึกจัดการกับปัญหาร่วมกัน การตั้งข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่เมื่อนำไปพัฒนาร่วมกับตัวแปรอื่นๆ แล้วทำให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เช่น การใช้ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพของอารีรัตน์ พันธุ์ทอง (2535) และปิ่น โค (2540) หรือการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุน

ของการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Cohen; Underwood; & Gottlieb. 2000: 18) ควรมีความยอมรับ เข้าใจในความเป็นบุคคลนั้น (Respect to demographic characteristic) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนกันอย่างเสมอภาค (Equity in exchanges) มีการแสดงออกของการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Expression of mutual aid) โดยมีสิ่งทีควรระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นในการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะแรงจูงใจที่ได้รับนั้นเกินความเป็นจริง และไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ หรือการที่ผู้ให้ความช่วยเหลือทำให้ความสามารถหรือศักยภาพของผู้ป่วยแย่ลงด้วยการบังคับไม่ให้ือสภาพในการกระทำหรือการตัดสินใจ

สำหรับกลวิธีการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของเพียร์สัน (Pearson. 1990: 99-120) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบนฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory base) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงจากภายในทั้งเจตคติและความคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติและความคิดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมได้ ซึ่งมีกิจกรรมที่ใช้ตัวอย่างจาก 1) ประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วย (Direct experience) ให้พูดคุยกันถึงสัมพันธภาพในครอบครัว บุคคลสำคัญ และผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความคิดและภาพของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานการณ์ เหตุการณ์ที่ทำให้มองเห็นถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 2) การใช้ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ผ่านทางสัญลักษณ์ โทรทัศน์ การแสดงละคร โดยเสนอไปในแง่มุมที่ผู้ป่วยละเอียด และไม่ได้มองเห็นปัญหา เมื่อมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผู้ป่วยจะเห็นถึงการขาดประสบการณ์ในอดีต ทำให้ยอมรับในความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเต็มใจ 3) การลอกเลียนแบบ (Simulated experience) โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการแสดงบทบาทเพื่อการบำบัด (Psychodrama) สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิธีการสอนให้ผู้ป่วยหยุดกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและให้เริ่มต้นกระทำในแนวทางที่ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้อื่น โดยฝึกฝนการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ระหว่างบุคคล การฝึกให้สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้กราแฮม (Graham. 2004: 216-229) ได้กล่าวถึงวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมได้โดย 1) การให้ความรู้ การให้ข้อมูลกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญให้เข้าใจปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย เหตุผลและแรงจูงใจในการดื่มสุรา 2) ความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และวิธีการช่วยเหลือ 3) การฝึกจัดการกับปัญหาร่วมกัน การตั้งข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่เมื่อนำไปพัฒนาร่วมกับตัวแปรอื่นๆ แล้วทำให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เช่น การใช้ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพของอารีรัตน์ พันธุ์ทอง (2535) และปิ่น โค (2540) หรือการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุน

ทางสังคมเพื่อการป้องกันการพึ่งพาแอมเฟตามีนของนงลักษณ์ ไต่บันลือภพ (2539) และการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยให้ครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดของปราณีพร บุญเรือง (2545)

สำหรับการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของปิ่น โค (2540: 99-102) ศึกษาพร้อมกับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันยาบ้าของนักเรียนจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจัดให้กิจกรรมสุขศึกษา 10 กิจกรรมในค่าย 2 วัน 1 คืนหลังจากออกจากค่ายมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครูที่มีต่อนักเรียนในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความช่วยเหลือด้วยการสื่อสารโดยใช้คำพูด แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ รวมทั้งมีการการกระตุ้นเตือนด้วยคำขวัญ ข้อเตือนใจเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้า ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้ามากกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาในกลุ่มเยาวชนผู้เสพสารเสพติดมีการนำครอบครัวมาร่วมในกิจกรรมการบำบัด เช่นการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 37-38) จัดกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว 3 ครั้งโดยเป็นกิจกรรมที่ให้พ่อแม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว สร้างความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและธรรมชาติของวัยรุ่น และเรียนรู้การสื่อสารที่ดีในครอบครัว ส่วนนิภา ณีสกุล (Neeskul: 2001: 70-76) พัฒนารูปแบบการให้บริการเยาวชนที่ติดแอมเฟตามีน ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีกิจกรรมสำหรับเยาวชน 9 ครั้ง กิจกรรมสำหรับพ่อแม่ 7 ครั้ง เป็นการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของครอบครัวต่อการช่วยเหลือเยาวชน การสื่อสารที่มีคุณภาพเพื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี การแก้ปัญหา แนวทางของครอบครัวในการช่วยเหลือ และกิจกรรมสำหรับครู 5 ครั้ง เกี่ยวกับผลกระทบและปัญหาสารเสพติดโรงเรียน การสังเกตและช่วยเหลือเยาวชนที่ติดยา การยอมรับและเข้าใจเยาวชน และแนวทางการดำเนินการของโรงเรียนในการช่วยเหลือ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้สามารถป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดต่างๆ ได้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อผู้ติ่มสุราเช่นเดียวกัน จึงได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาในครั้งนี้ ด้วยการนำครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัด โดยมีแนวทางการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้คือ 1) การเสริมสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ความผูกพัน ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย โดยการให้จินตนาการถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือ 2) การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญถึงปัญหา ความยากลำบากที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในช่วงของการเลิกสุรา และชี้ให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตการณ์ต่างๆ จนไปสู่

ทางสังคมเพื่อการป้องกันการพึ่งพาแอมเฟตามีนของนงลักษณ์ ไต่บันลือภพ (2539) และการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยให้ครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดของปราณีพร บุญเรือง (2545)

สำหรับการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมของปิ่น โค (2540: 99-102) ศึกษาพร้อมกับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันยาบ้าของนักเรียนจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจัดให้กิจกรรมสุขศึกษา 10 กิจกรรมในค่าย 2 วัน 1 คืนหลังจากออกจากค่ายมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครูที่มีต่อนักเรียนในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความช่วยเหลือด้วยการสื่อสารโดยใช้คำพูด แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ รวมทั้งมีการการกระตุ้นเตือนด้วยคำขวัญ ข้อเตือนใจเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้า ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้ามากกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาในกลุ่มเยาวชนผู้เสพสารเสพติดมีการนำครอบครัวมาร่วมในกิจกรรมการบำบัด เช่นการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 37-38) จัดกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว 3 ครั้งโดยเป็นกิจกรรมที่ให้พ่อแม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว สร้างความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและธรรมชาติของวัยรุ่น และเรียนรู้การสื่อสารที่ดีในครอบครัว ส่วนนิภา ณีสกุล (Neeskul: 2001: 70-76) พัฒนารูปแบบการให้บริการเยาวชนที่ติดแอมเฟตามีน ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีกิจกรรมสำหรับเยาวชน 9 ครั้ง กิจกรรมสำหรับพ่อแม่ 7 ครั้ง เป็นการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของครอบครัวต่อการช่วยเหลือเยาวชน การสื่อสารที่มีคุณภาพเพื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี การแก้ปัญหา แนวทางของครอบครัวในการช่วยเหลือ และกิจกรรมสำหรับครู 5 ครั้ง เกี่ยวกับผลกระทบและปัญหาสารเสพติดโรงเรียน การสังเกตและช่วยเหลือเยาวชนที่ติดยา การยอมรับและเข้าใจเยาวชน และแนวทางการดำเนินการของโรงเรียนในการช่วยเหลือ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้สามารถป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดต่างๆ ได้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อผู้ติ่มสุราเช่นเดียวกัน จึงได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาในครั้งนี้ ด้วยการนำครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัด โดยมีแนวทางการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้คือ 1) การเสริมสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ความผูกพัน ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย โดยการให้จินตนาการถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือ 2) การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญถึงปัญหา ความยากลำบากที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในช่วงของการเลิกสุรา และชี้ให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตการณ์ต่างๆ จนไปสู่

ความสำเร็จได้ และ 3) การวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเผชิญปัญหาต่างๆ และบุคคลที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา

ความหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

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

การบำบัดรูปแบบนี้มองว่าปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 310) ดังนั้นการบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีการบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหานั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภักทราคม. 2535: 284-285; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308) และรวมถึงการปรับเปลี่ยนที่พฤติกรรมด้วย โดยในระยะแรกๆ นำแนวคิดนี้ใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนามาใช้ในกลุ่มที่กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่น นีเนนและดรายเดน (Neenan ; & Dryden. 2006: 2-3) กล่าวว่าเป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information-processing model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ จนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากไปกว่าปกติ (Over generalized) และสรุปอย่างเบ็ดเสร็จ (absolute) กับความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่ออย่างเหนียวแน่น (Fix) สอดคล้องกับเบคและคณะ (Beck; et al . 1993: 27; อ้างอิงจาก Beck. 1976, Beck; Rush; Shaw; & Emery. 1979) ให้ความหมายว่าเป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิบัติการทางอารมณ์

ความสำเร็จได้ และ 3) การวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเผชิญปัญหาต่างๆ และบุคคลที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม: ความหมายและการพัฒนา

ความหมายการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

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

การบำบัดรูปแบบนี้มองว่าปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 310) ดังนั้นการบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีการบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหานั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภักทราคม. 2535: 284-285; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 308) และรวมถึงการปรับเปลี่ยนที่พฤติกรรมด้วย โดยในระยะแรกๆ นำแนวคิดนี้ใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนามาใช้ในกลุ่มที่กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่น นีเนนและดรายเดน (Neenan ; & Dryden. 2006: 2-3) กล่าวว่าเป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information-processing model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ จนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากไปกว่าปกติ (Over generalized) และสรุปอย่างเบ็ดเสร็จ (absolute) กับความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่ออย่างเหนียวแน่น (Fix) สอดคล้องกับเบคและคณะ (Beck; et al . 1993: 27; อ้างอิงจาก Beck. 1976, Beck; Rush; Shaw; & Emery. 1979) ให้ความหมายว่าเป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิบัติการทางอารมณ์

ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตัวเอง (Self-defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออก

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

นอกจากนี้ ดวงมณี จงรักษ์ (2549: 227) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการใช้เทคนิคของความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยบุคคลให้ปรับสภาพอารมณ์และพฤติกรรม โดยเปลี่ยนวิธีคิดที่ทำร้ายตนเอง (Self-defeating Thinking) ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เสมือนผู้ฝึกสอนผู้รับการปรึกษา ให้ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อจัดการปัญหา สอดคล้องกับ เรียร์ชัช งามทิพย์วัฒนา (2549: 165) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดทางจิตใจและพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่มีผลต่อกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยผู้ติดสารเสพติดให้ตระหนักถึงความคิดในแง่ลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่ผิดปกติ บิดเบือนหรือคิดในแง่ลบ ให้มีความตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวกมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคต่างๆ จัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมในการเลิกดื่มสุรา

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่า ความคิด (Thoughts) ความรู้สึก (Feelings) ปฏิกริยาทางร่างกาย (Physical reactions) พฤติกรรม (Behaviors) และสิ่งแวดล้อม (Environment) มีปฏิสัมพันธ์ที่สามารถกำหนดซึ่งกันและกันได้ (Reciprocal Interaction) การเปลี่ยนแปลงในด้านใดสามารถส่งผลต่อด้านอื่นๆ ด้วย (Neenan; & Dryden. 2006: 6; citing Greenberger; & Padesky. 1995) ซึ่งความคิด อารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเป็นผลจากการ

ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตัวเอง (Self-defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออก

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

นอกจากนี้ ดวงมณี จงรักษ์ (2549: 227) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการใช้เทคนิคของความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยบุคคลให้ปรับสภาพอารมณ์และพฤติกรรม โดยเปลี่ยนวิธีคิดที่ทำร้ายตนเอง (Self-defeating Thinking) ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เสมือนผู้ฝึกสอนผู้รับการปรึกษา ให้ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อจัดการปัญหา สอดคล้องกับ เรียร์ชัช งามทิพย์วัฒนา (2549: 165) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดทางจิตใจและพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่มีผลต่อกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยผู้ติดสารเสพติดให้ตระหนักถึงความคิดในแง่ลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่ผิดปกติ บิดเบือนหรือคิดในแง่ลบ ให้มีความตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวกมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคต่างๆ จัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมในการเลิกดื่มสุรา

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่า ความคิด (Thoughts) ความรู้สึก (Feelings) ปฏิกริยาทางร่างกาย (Physical reactions) พฤติกรรม (Behaviors) และสิ่งแวดล้อม (Environment) มีปฏิสัมพันธ์ที่สามารถกำหนดซึ่งกันและกันได้ (Reciprocal Interaction) การเปลี่ยนแปลงในด้านใดสามารถส่งผลต่อด้านอื่นๆ ด้วย (Neenan; & Dryden. 2006: 6; citing Greenberger; & Padesky. 1995) ซึ่งความคิด อารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเป็นผลจากการ

เชื่อมต่อกันระหว่างสถานการณ์และระบบความเชื่อ (ผ่านการตีความในสถานการณ์นั้น) และความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ (ทางบวกหรือทางลบ) โดยมีการเชื่อมต่อกันในหลายทิศทาง (Connection as multidirectional) มากกว่าเป็นในแนวเส้นตรง ความสัมพันธ์จึงไม่ได้เป็นการแสดงเหตุและผล แต่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิดความพอใจและองค์ประกอบของพฤติกรรม การตระหนักรู้ในสถานการณ์ จึงเป็นตัวกระตุ้นระบบความเชื่อให้สามารถเชื่อมต่อกับกระบวนการคิด และแปลงเป็นแนวคิดที่ชัดเจนและกลวิธีที่มีประสิทธิภาพ (Mennuti; Freeman;& Christner. 2006: 6) อย่างกรณีของผู้ตีพิมพ์สุราตงาน ไม่มีงานทำ (Environment) จึงคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่มีประโยชน์ (Thoughts) ความคิดนี้ส่งผลให้รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข (Feelings) ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายคืออ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง (Physical reactions) ผู้ตีพิมพ์สุราเริ่มมีพฤติกรรมเจ็บแสบ แยกตัวเอง (Behaviors) ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะที่กล่าวมาจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และเป็นการกำหนดซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

แซนเดอร์ และวิลส์ (Sanders; & Wills. 2005: 4-5) กล่าวถึงวงจรชั่วร้ายของพฤติกรรมที่บิดเบือน (Vicious cycle) ว่าเป็นผลจากการเชื่อมต่อกันของความคิดในทางลบ ส่งผลให้มีความรู้สึกที่ไม่ดี ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงพบว่าการตอบสนองของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นกับสภาพความเป็นจริงแต่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307; อ้างอิงจาก Mahoney. 1974) ดังนั้นจึงเห็นว่าการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับพฤติกรรม การแก้ไขที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ การตีความ จึงมีความจำเป็น และเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย นอกจากนี้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดให้มีขึ้นได้ เปลี่ยนแปลงได้ (ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2539: 29; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307)

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

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

เชื่อมต่อกันระหว่างสถานการณ์และระบบความเชื่อ (ผ่านการตีความในสถานการณ์นั้น) และความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ (ทางบวกหรือทางลบ) โดยมีการเชื่อมต่อกันในหลายทิศทาง (Connection as multidirectional) มากกว่าเป็นในแนวเส้นตรง ความสัมพันธ์จึงไม่ได้เป็นการแสดงเหตุและผล แต่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิดความพอใจและองค์ประกอบของพฤติกรรม การตระหนักรู้ในสถานการณ์ จึงเป็นตัวกระตุ้นระบบความเชื่อให้สามารถเชื่อมต่อกับกระบวนการคิด และแปลงเป็นแนวคิดที่ชัดเจนและกลวิธีที่มีประสิทธิภาพ (Mennuti; Freeman;& Christner. 2006: 6) อย่างกรณีของผู้ตีพิมพ์สุราตงาน ไม่มีงานทำ (Environment) จึงคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่มีประโยชน์ (Thoughts) ความคิดนี้ส่งผลให้รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข (Feelings) ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายคืออ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง (Physical reactions) ผู้ตีพิมพ์สุราเริ่มมีพฤติกรรมเจ็บแสบ แยกตัวเอง (Behaviors) ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะที่กล่าวมาจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และเป็นการกำหนดซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

แซนเดอร์ และวิลส์ (Sanders; & Wills. 2005: 4-5) กล่าวถึงวงจรชั่วร้ายของพฤติกรรมที่บิดเบือน (Vicious cycle) ว่าเป็นผลจากการเชื่อมต่อกันของความคิดในทางลบ ส่งผลให้มีความรู้สึกที่ไม่ดี ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงพบว่าการตอบสนองของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นกับสภาพความเป็นจริงแต่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307; อ้างอิงจาก Mahoney. 1974) ดังนั้นจึงเห็นว่าการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับพฤติกรรม การแก้ไขที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ การตีความ จึงมีความจำเป็น และเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย นอกจากนี้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดให้มีขึ้นได้ เปลี่ยนแปลงได้ (ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2539: 29; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543: 307)

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

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

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

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

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

1. ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลควบคุมกระบวนการทางความคิดของตนเองได้น้อยเกินไป (Under control) คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากกระทบจะโต้ตอบกลับไปอย่างทันทีทันใด ไม่สามารถที่จะรอหรือประวิงเวลาการตอบโต้ เพื่อให้พฤติกรรมของตนเองได้รับผลกระทบระยะยาว โดยเฉพาะผู้ติดสุราและสารเสพติด ส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกไวต่อความไม่พึงพอใจ และไวต่ออารมณ์ทางลบมากเกินไปกว่าความเป็นจริง ทำให้มีปฏิกิริยาที่หุนหันพลันแล่น ไม่ทนต่อความรู้สึกผิดหวัง หรืออารมณ์ทางลบ และขาดแรงจูงใจที่จะควบคุมตนเอง (Beck; et al. 1993: 39-40)

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

เมื่อพิจารณาปัญหาที่เกิดจากกระบวนการรู้คิดจะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีรูปแบบของการคิดและใช้วิธีการคิดเช่นนี้ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาย่อมส่งผลเสียหลายมากกว่าผลดี โดยเฉพาะบุคคลที่ใช้วิธีการคิดลักษณะเช่นนี้สม่ำเสมอ จนกลายเป็นความเคยชินเมื่อมีสิ่งเร้าใดๆ ที่มากกระทบจึงมีกระบวนการคิดเป็นไปอย่างอัตโนมัติ และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรวดเร็ว ปราศจากการไตร่ตรองที่สมเหตุสมผล จึงมักพบว่าปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไขและดำเนินการอย่างเหมาะสม บุคคลนั้นยังคงดำรงอยู่ในปัญหานั้นต่อไป และมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาการติดสุราและสารเสพติด

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

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

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

1. ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลควบคุมกระบวนการทางความคิดของตนเองได้น้อยเกินไป (Under control) คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากกระทบจะโต้ตอบกลับไปอย่างทันทีทันใด ไม่สามารถที่จะรอหรือประวิงเวลาการตอบโต้ เพื่อให้พฤติกรรมของตนเองได้รับผลกระทบระยะยาว โดยเฉพาะผู้ติดสุราและสารเสพติด ส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกไวต่อความไม่พึงพอใจ และไวต่ออารมณ์ทางลบมากเกินไปกว่าความเป็นจริง ทำให้มีปฏิกิริยาที่หุนหันพลันแล่น ไม่ทนต่อความรู้สึกผิดหวัง หรืออารมณ์ทางลบ และขาดแรงจูงใจที่จะควบคุมตนเอง (Beck; et al. 1993: 39-40)

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

เมื่อพิจารณาปัญหาที่เกิดจากกระบวนการรู้คิดจะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีรูปแบบของการคิดและใช้วิธีการคิดเช่นนี้ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาย่อมส่งผลเสียหลายมากกว่าผลดี โดยเฉพาะบุคคลที่ใช้วิธีการคิดลักษณะเช่นนี้สม่ำเสมอ จนกลายเป็นความเคยชินเมื่อมีสิ่งเร้าใดๆ ที่มากกระทบจึงมีกระบวนการคิดเป็นไปอย่างอัตโนมัติ และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรวดเร็ว ปราศจากการไตร่ตรองที่สมเหตุสมผล จึงมักพบว่าปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไขและดำเนินการอย่างเหมาะสม บุคคลนั้นยังคงดำรงอยู่ในปัญหานั้นต่อไป และมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาการติดสุราและสารเสพติด

รูปแบบการคิดของผู้ตีมสุราและสารเสพติด

การตีมสุราในระยะเริ่มแรกนั้น ส่วนใหญ่ตีมเพื่อการสังสรรค์ สนุกสนาน เข้าสังคม และมี การตีมอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสบายใจ สนุกสนาน (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2547: 37; Beck; et al. 1993: 22) เมื่อตีมไปนานๆ ความคาดหวังในการออกฤทธิ์ของสุราทำให้เพิ่มความสามารถ กล้าพูดกล้าทำ และเชื่อว่าเมื่อตีมทำให้ชีวิตดีขึ้น ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ลืมเรื่องราวที่ทำให้ไม่สบายใจได้ ทำงานได้มากขึ้น เมื่อมีปัญหาสามารถตีมเพื่อแก้ปัญหาได้ (Positive outcome expectation) ผู้เสพสุรา (Abuser) จึงกลายเป็นผู้ตีมสุรา (Dependent) ซึ่งไม่สามารถควบคุมการตีมได้ (Beck; et al. 1993: 22; Peele. 1984: 1338)

ผู้ตีมสุราและสารเสพติด เป็นจำนวนมากที่มีความต้องการที่จะหยุดตีม และมีความพยายามในการควบคุมตนเองแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ ถึงแม้จะต้องเผชิญกับผลกระทบที่ตามมาอย่างมากมาย เบค (Beck; et al. 1993: 26-27) อธิบายถึงเหตุผลของการที่ไม่สามารถหยุดเสพได้เนื่องจากผู้ที่ตีมสุราและสารเสพติดมีการประเมินโทษพิษภัยไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงเห็นประโยชน์มากกว่าโทษ ทำให้ยังคงตีมและใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อว่าผลจากอาการถอนยาขณะที่ต้องหยุดใช้ยาจะมีอาการทรมานทางร่างกาย และจิตใจมากเกินกว่าที่ตนเองจะรับได้ ซึ่งสุราและสารเสพติดจะบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ รวมทั้งความเชื่อที่ผิดๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการ เช่น ไม่สามารถมีความสุขได้ถ้าไม่ได้ใช้ยา หรือคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการตีมได้ถ้าตีมเพียงเล็กน้อย มีการอธิบายเหตุผลพฤติกรรมกรรมการตีมที่เข้าข้างตนเอง ซึ่งความคิด ความเชื่อเหล่านี้มีผลให้ผู้ตีมสุราและสารเสพติดลังเล ไม่แน่ใจในการตัดสินใจ และดำเนินการอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อที่จะหยุดตีมอย่างถาวร

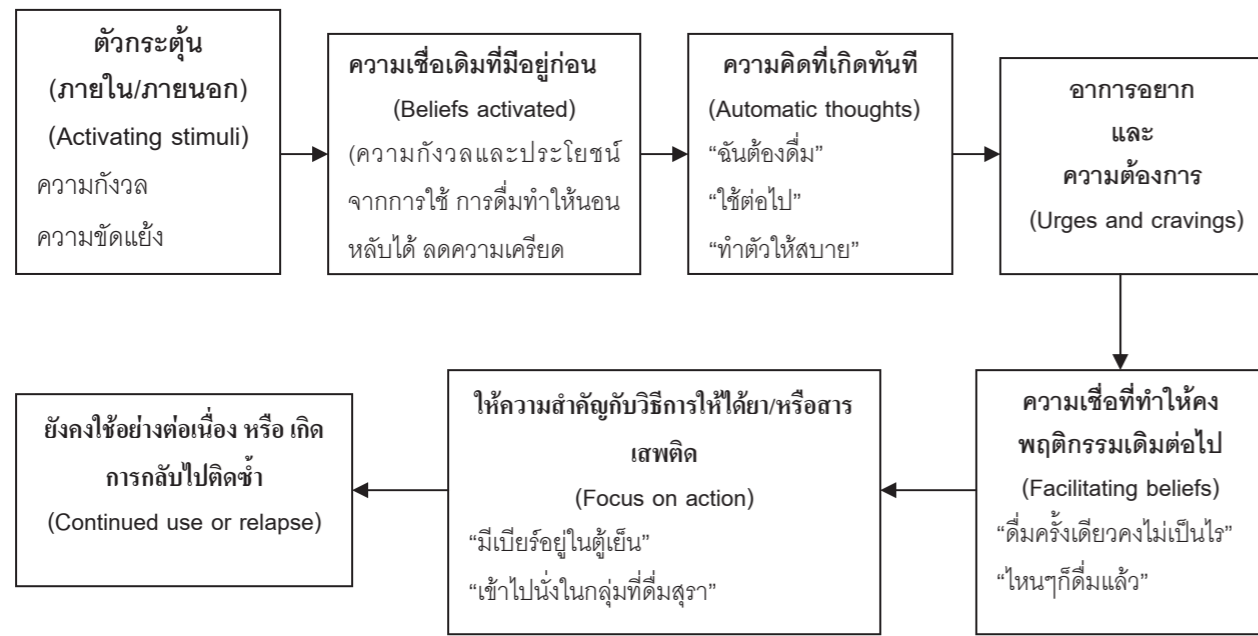
จากการศึกษาของความคิดที่อธิบายพฤติกรรมกรรมการตีมสารเสพติด และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้อย่างต่อเนื่องดังภาพประกอบ 1

รูปแบบการคิดของผู้ตีมสุราและสารเสพติด

การตีมสุราในระยะเริ่มแรกนั้น ส่วนใหญ่ตีมเพื่อการสังสรรค์ สนุกสนาน เข้าสังคม และมี การตีมอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสบายใจ สนุกสนาน (สุกมา แสงเดือนฉาย. 2547: 37; Beck; et al. 1993: 22) เมื่อตีมไปนานๆ ความคาดหวังในการออกฤทธิ์ของสุราทำให้เพิ่มความสามารถ กล้าพูดกล้าทำ และเชื่อว่าเมื่อตีมทำให้ชีวิตดีขึ้น ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ลืมเรื่องราวที่ทำให้ไม่สบายใจได้ ทำงานได้มากขึ้น เมื่อมีปัญหาสามารถตีมเพื่อแก้ปัญหาได้ (Positive outcome expectation) ผู้เสพสุรา (Abuser) จึงกลายเป็นผู้ตีมสุรา (Dependent) ซึ่งไม่สามารถควบคุมการตีมได้ (Beck; et al. 1993: 22; Peele. 1984: 1338)

ผู้ตีมสุราและสารเสพติด เป็นจำนวนมากที่มีความต้องการที่จะหยุดตีม และมีความพยายามในการควบคุมตนเองแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ ถึงแม้จะต้องเผชิญกับผลกระทบที่ตามมาอย่างมากมาย เบค (Beck; et al. 1993: 26-27) อธิบายถึงเหตุผลของการที่ไม่สามารถหยุดเสพได้เนื่องจากผู้ที่ตีมสุราและสารเสพติดมีการประเมินโทษพิษภัยไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงเห็นประโยชน์มากกว่าโทษ ทำให้ยังคงตีมและใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อว่าผลจากอาการถอนยาขณะที่ต้องหยุดใช้ยาจะมีอาการทรมานทางร่างกาย และจิตใจมากเกินกว่าที่ตนเองจะรับได้ ซึ่งสุราและสารเสพติดจะบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ รวมทั้งความเชื่อที่ผิดๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการ เช่น ไม่สามารถมีความสุขได้ถ้าไม่ได้ใช้ยา หรือคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการตีมได้ถ้าตีมเพียงเล็กน้อย มีการอธิบายเหตุผลพฤติกรรมกรรมการตีมที่เข้าข้างตนเอง ซึ่งความคิด ความเชื่อเหล่านี้มีผลให้ผู้ตีมสุราและสารเสพติดลังเล ไม่แน่ใจในการตัดสินใจ และดำเนินการอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อที่จะหยุดตีมอย่างถาวร

จากการศึกษาของความคิดที่อธิบายพฤติกรรมกรรมการตีมสารเสพติด และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้อย่างต่อเนื่องดังภาพประกอบ 1

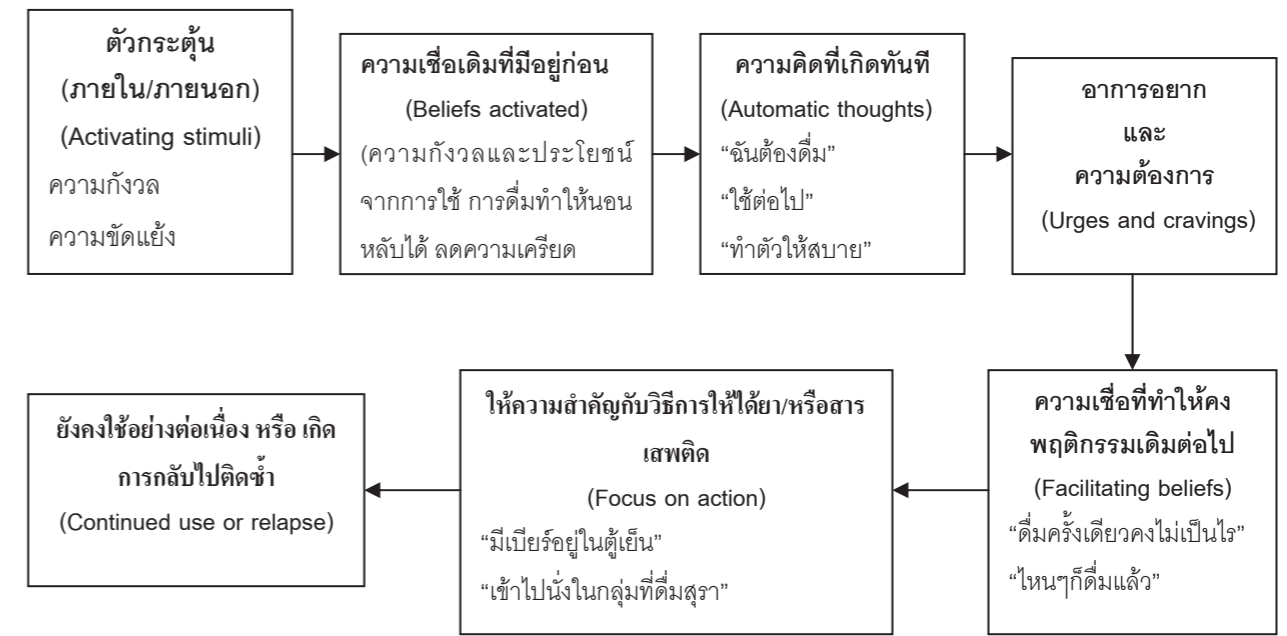


ภาพประกอบ1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด

ที่มา: Graham, Hemine L.; et al. (2004). Cognitive-Behavioural Integrated Treatment(C-BIT). p.89.

(citing Beck; et al; Liese; & Franz. 1996). Cognitive Model of Problem Substance Use.

รูปแบบของความคิด (Cognitive model) มองว่าการที่บุคคลเข้าสู่การใช้สุราและสารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่มีทั้งจากภายใน เช่น ความรู้สึก การจินตนาการ การตอบสนองทางร่างกาย และจากภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ และอุปกรณ์สิ่งของต่างๆ โดยบุคคลจะมีปฏิริยาความไวตอบสนองกับสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งกระตุ้นจะพิจารณาจากความสามารถในการกระตุ้นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสารเสพติด (Beliefs activated) ที่เป็นความเชื่อเดิมๆ เป็นความคิดที่บิดเบือน ไม่เป็นความจริง ซึ่งไปกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) และนำไปสู่ความรู้สึกอยากยา (Urges and craving) คิดถึงเรื่องราวการดื่มสุรา มีความต้องการสารนั้น และเมื่อใดก็ตามถ้าผู้ติดสุราและสารเสพติดมีความคิดในการยอมรับในการกระทำ หรือเสมือนเป็นการอนุญาตตนเองให้ไปดื่ม (facilitating belief) จะมองผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ำกว่าความเป็นจริง จึงละเลยความเป็นจริงของปัญหาที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติด ความคิดในเชิงการอนุญาตนี้จึงเป็นตัวสนับสนุนพฤติกรรมกาเสพติด และเริ่มมีความคิด มีการวางแผนภายในใจที่นำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด (Focus on action) จนกระทั่งกลับไปดื่มอีก (Continued use or relapse) อย่างไรก็ตามในระยะนี้ความต้องการ และอารมณ์มีการ



ภาพประกอบ1 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด

ที่มา: Graham, Hemine L.; et al. (2004). Cognitive-Behavioural Integrated Treatment(C-BIT). p.89.

(citing Beck; et al; Liese; & Franz. 1996). Cognitive Model of Problem Substance Use.

รูปแบบของความคิด (Cognitive model) มองว่าการที่บุคคลเข้าสู่การใช้สุราและสารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่มีทั้งจากภายใน เช่น ความรู้สึก การจินตนาการ การตอบสนองทางร่างกาย และจากภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ และอุปกรณ์สิ่งของต่างๆ โดยบุคคลจะมีปฏิริยาความไวตอบสนองกับสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งกระตุ้นจะพิจารณาจากความสามารถในการกระตุ้นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสารเสพติด (Beliefs activated) ที่เป็นความเชื่อเดิมๆ เป็นความคิดที่บิดเบือน ไม่เป็นความจริง ซึ่งไปกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) และนำไปสู่ความรู้สึกอยากยา (Urges and craving) คิดถึงเรื่องราวการดื่มสุรา มีความต้องการสารนั้น และเมื่อใดก็ตามถ้าผู้ติดสุราและสารเสพติดมีความคิดในการยอมรับในการกระทำ หรือเสมือนเป็นการอนุญาตตนเองให้ไปดื่ม (facilitating belief) จะมองผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ำกว่าความเป็นจริง จึงละเลยความเป็นจริงของปัญหาที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติด ความคิดในเชิงการอนุญาตนี้จึงเป็นตัวสนับสนุนพฤติกรรมกาเสพติด และเริ่มมีความคิด มีการวางแผนภายในใจที่นำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด (Focus on action) จนกระทั่งกลับไปดื่มอีก (Continued use or relapse) อย่างไรก็ตามในระยะนี้ความต้องการ และอารมณ์มีการ

เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ มีการต่อสู้กันระหว่างการหยุดดื่มกับการดื่มต่อ จึงเป็นช่วงของการใช้และการโทษตัวเอง ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากพลาดไปดื่มเพียง 1-2 ครั้ง หลังจากหยุดดื่มมาระยะหนึ่ง จะรู้สึกผิด โกรธตัวเอง และมีความคิดว่าตัวเองล้มเหลว ผิดพลาด คงเลิกไม่ได้ จึงดื่มต่อเนื่อง

หลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ในการบำบัดมีหลักการเบื้องต้นที่ควรคำนึงถึงดังนี้ (ถัทร พิทยรัตน์เสถียร. 2551: 5-8)

1. การบำบัด อยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยในรูปแบบของความคิด (Cognitive model) ทำให้เข้าใจผู้ป่วยในสถานภาพต่างๆ ว่าเขามีความรู้สึก ความคิดอย่างไร แล้วพิจารณาว่ารูปแบบของความคิดมีปัญหาด้านใด
2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่ง (Psychotherapy) ดังนั้นจึงต้องมีพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจมากพอจะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริง ผู้บำบัดจะเป็นพันธมิตรและผู้ร่วมมือ
3. การเน้นย้ำถึงความร่วมมือ (Collaboration) และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง (Active participation) แม้ผู้บำบัดช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตัวเองด้วย ผู้บำบัดมีหน้าที่เหมือนครูฝึกที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ช่วยให้เรียนรู้เทคนิคต่างๆ และให้ฝึกฝนเทคนิคนั้นๆ
4. การมุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย จึงต้องทำงานร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดตั้งแต่ต้นเพื่อกำหนดเป้าหมายที่เป็นประโยชน์
5. การบำบัดเน้นการแก้ไขปัญหาที่ปัจจุบัน ถึงแม้บางครั้งอาจย้อนไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่ามีผลอะไรต่อความเชื่อในปัจจุบัน แต่ก็มิวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบัน และเรียนรู้กับทักษะใหม่ๆ (Beck; et al. 1993: 97)
6. ลักษณะของการบำบัดมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้กับผู้ป่วย เช่น หลักการที่เป็นแนวคิดของการทำพฤติกรรมบำบัด รูปแบบของการคิด รวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่ใช้กับความคิด
7. การทำพฤติกรรมบำบัดจะมีการกำหนดเวลาในการทำให้ชัดเจนว่าใช้เวลาประมาณเท่าไร
8. ในการทำแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างที่ต้องคำนึงถึงคือ การตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา ทบทวนการบ้าน ร่วมกันกำหนดหัวข้อที่อยากพูดคุยสรุปเนื้อหาที่พูด ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วย

เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ มีการต่อสู้กันระหว่างการหยุดดื่มกับการดื่มต่อ จึงเป็นช่วงของการใช้และการโทษตัวเอง ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากพลาดไปดื่มเพียง 1-2 ครั้ง หลังจากหยุดดื่มมาระยะหนึ่ง จะรู้สึกผิด โกรธตัวเอง และมีความคิดว่าตัวเองล้มเหลว ผิดพลาด คงเลิกไม่ได้ จึงดื่มต่อเนื่อง

หลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ในการบำบัดมีหลักการเบื้องต้นที่ควรคำนึงถึงดังนี้ (ถัทร พิทยรัตน์เสถียร. 2551: 5-8)

1. การบำบัด อยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยในรูปแบบของความคิด (Cognitive model) ทำให้เข้าใจผู้ป่วยในสถานภาพต่างๆ ว่าเขามีความรู้สึก ความคิดอย่างไร แล้วพิจารณาว่ารูปแบบของความคิดมีปัญหาด้านใด
2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่ง (Psychotherapy) ดังนั้นจึงต้องมีพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจมากพอจะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริง ผู้บำบัดจะเป็นพันธมิตรและผู้ร่วมมือ
3. การเน้นย้ำถึงความร่วมมือ (Collaboration) และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง (Active participation) แม้ผู้บำบัดช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตัวเองด้วย ผู้บำบัดมีหน้าที่เหมือนครูฝึกที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ช่วยให้เรียนรู้เทคนิคต่างๆ และให้ฝึกฝนเทคนิคนั้นๆ
4. การมุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย จึงต้องทำงานร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดตั้งแต่ต้นเพื่อกำหนดเป้าหมายที่เป็นประโยชน์
5. การบำบัดเน้นการแก้ไขปัญหาที่ปัจจุบัน ถึงแม้บางครั้งอาจย้อนไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่ามีผลอะไรต่อความเชื่อในปัจจุบัน แต่ก็มิวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบัน และเรียนรู้กับทักษะใหม่ๆ (Beck; et al. 1993: 97)
6. ลักษณะของการบำบัดมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้กับผู้ป่วย เช่น หลักการที่เป็นแนวคิดของการทำพฤติกรรมบำบัด รูปแบบของการคิด รวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่ใช้กับความคิด
7. การทำพฤติกรรมบำบัดจะมีการกำหนดเวลาในการทำให้ชัดเจนว่าใช้เวลาประมาณเท่าไร
8. ในการทำแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างที่ต้องคำนึงถึงคือ การตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา ทบทวนการบ้าน ร่วมกันกำหนดหัวข้อที่อยากพูดคุยสรุปเนื้อหาที่พูด ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วย

9. การบำบัด เป็นการสอนให้รู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและประเมินความคิดของตนเองได้ รวมทั้งการจะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือน เป็นความคิดที่เหมาะสม เป้าหมายสูงสุดคือสอนให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ที่บำบัดตนเองได้

10. มีการใช้เทคนิคที่หลากหลายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม

การพัฒนาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งตัวผู้ป่วยและนักบำบัด ในการพิจารณาและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบนความเหมาะสมของเป้าหมาย เวลา การฝึกทักษะต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรกๆของการบำบัด การเข้าใจ การยอมรับ และความจริงใจของผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เต็มใจให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีความตระหนักถึงปัญหา ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อ และการรับรู้ทางด้านลบของตน มีความต้องการที่จะเรียนรู้ มีแรงจูงใจ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีองค์ประกอบที่สำคัญในการบำบัดดังนี้ (Carroll. 1998: 2-3) 1) การวิเคราะห์การทำหน้าที่ (Functional analysis) เป็นการแยกแยะความคิด ความรู้สึก และสภาพการณ์ ก่อนและหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะแรกของการบำบัด ผู้ป่วยและนักบำบัดช่วยกันประเมินปัจจัยต่อสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา และตระหนักถึงเหตุผลของการดื่มสุรา หลังจากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์ถึงสภาพการณ์ที่ยังเป็นปัญหา และเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น 2) การฝึกทักษะ (Skills training) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะที่ส่งเสริมสุขภาพ และฝึกนิสัยใหม่ๆ ทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ ซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายในตัวบุคคล

วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นลักษณะการสอนที่ให้ความรู้ และการฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การติดซ้ำ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองและเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยหลักในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คือการพยายามทำลาย เปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การคาดหวังเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Unwanted behavior) จากนั้นจึงพยายามเสริมสร้างความรู้ ทักษะใหม่ๆ และฝึกฝนเรียนรู้จนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ได้แสดงออกถึงความรู้สึก เรียนรู้ความเป็นตัวตนของกันและกัน เน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) มีการ

9. การบำบัด เป็นการสอนให้รู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและประเมินความคิดของตนเองได้ รวมทั้งการจะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือน เป็นความคิดที่เหมาะสม เป้าหมายสูงสุดคือสอนให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ที่บำบัดตนเองได้

10. มีการใช้เทคนิคที่หลากหลายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม

การพัฒนาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งตัวผู้ป่วยและนักบำบัด ในการพิจารณาและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบนความเหมาะสมของเป้าหมาย เวลา การฝึกทักษะต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรกๆของการบำบัด การเข้าใจ การยอมรับ และความจริงใจของผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เต็มใจให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีความตระหนักถึงปัญหา ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อ และการรับรู้ทางด้านลบของตน มีความต้องการที่จะเรียนรู้ มีแรงจูงใจ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีองค์ประกอบที่สำคัญในการบำบัดดังนี้ (Carroll. 1998: 2-3) 1) การวิเคราะห์การทำหน้าที่ (Functional analysis) เป็นการแยกแยะความคิด ความรู้สึก และสภาพการณ์ ก่อนและหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะแรกของการบำบัด ผู้ป่วยและนักบำบัดช่วยกันประเมินปัจจัยต่อสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา และตระหนักถึงเหตุผลของการดื่มสุรา หลังจากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์ถึงสภาพการณ์ที่ยังเป็นปัญหา และเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น 2) การฝึกทักษะ (Skills training) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะที่ส่งเสริมสุขภาพ และฝึกนิสัยใหม่ๆ ทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ ซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายในตัวบุคคล

วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นลักษณะการสอนที่ให้ความรู้ และการฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การติดซ้ำ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองและเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยหลักในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คือการพยายามทำลาย เปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การคาดหวังเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Unwanted behavior) จากนั้นจึงพยายามเสริมสร้างความรู้ ทักษะใหม่ๆ และฝึกฝนเรียนรู้จนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ได้แสดงออกถึงความรู้สึก เรียนรู้ความเป็นตัวตนของกันและกัน เน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) มีการ

เรียนรู้จากตัวแบบ การฝึกปฏิบัติโดยได้รับการเสนอแนะจากผู้ป่วยในกลุ่มและผู้บำบัดในแนวทางที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยให้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเทคนิคดังนี้

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

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

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

4. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ลักษณะของความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันที ก่อนที่จะผ่านความคิดที่มีเหตุผล เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยเราอาจไม่รู้ตัว ทั่วๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรม การที่จะรู้ได้ต้องมีการฝึกฝน โดยอาจเริ่มต้นด้วยการบอกอารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วตามด้วยการเล่าถึงเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร มีความคิดอะไรเกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันทีโดยไม่มีการตรวจสอบ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดนี้ วิธีแก้ไขความคิดนี้ควรสอนและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดของตนเอง (Testing cognitive) โดยการมองอย่างเป็นกลางๆ ว่าความคิดนี้เป็นเพียงแค่สมมติฐานหรือการคาดเดา ยังไม่ใช่ความจริง ให้พยายามหาข้อมูล หรือหลักฐานที่แตกต่างมาคัดค้านความคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตนเองอาจไม่ใช่ความจริงตาม

เรียนรู้จากตัวแบบ การฝึกปฏิบัติโดยได้รับการเสนอแนะจากผู้ป่วยในกลุ่มและผู้บำบัดในแนวทางที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยให้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเทคนิคดังนี้

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

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

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

4. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ลักษณะของความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันที ก่อนที่จะผ่านความคิดที่มีเหตุผล เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยเราอาจไม่รู้ตัว ทั่วๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรม การที่จะรู้ได้ต้องมีการฝึกฝน โดยอาจเริ่มต้นด้วยการบอกอารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วตามด้วยการเล่าถึงเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร มีความคิดอะไรเกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันทีโดยไม่มีการตรวจสอบ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดนี้ วิธีแก้ไขความคิดนี้ควรสอนและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดของตนเอง (Testing cognitive) โดยการมองอย่างเป็นกลางๆ ว่าความคิดนี้เป็นเพียงแค่สมมติฐานหรือการคาดเดา ยังไม่ใช่ความจริง ให้พยายามหาข้อมูล หรือหลักฐานที่แตกต่างมาคัดค้านความคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตนเองอาจไม่ใช่ความจริงตาม

อย่างที่คุณป่วยปักใจเชื่อ หรือปฏิบัติตามนั้น ส่งผลให้คุณป่วยมีสติในการคิดพิจารณา มีความยืดหยุ่น มีเหตุผลอยู่บนข้อมูลและหลักฐานของข้อเท็จจริงมากขึ้น

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

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

6. การจินตนาการ (Imagery) เป็นการให้คุณป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น เหมือนกับเป็นเรื่องราวที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นเรื่องราวต่างๆ อย่างชัดเจนซึ่งเป็นการกระตุ้นความรู้สึกในทางลบและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ วิธีการนี้สามารถช่วยให้คุณป่วยมองภาพปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาได้ดีขึ้น หรือมีการจัดการกับความรู้สึกอยากยาและสิ่งกระตุ้นได้

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

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

9. บันทึกประจำวัน (Daily thought record) เป็นแบบบันทึกที่ช่วยในการวิเคราะห์ ความคิดอัตโนมัติ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งจะเป็นการบันทึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้คุณป่วยบันทึกว่าเกิดเหตุการณ์ในสถานการณ์ใด มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น ขณะนั้นมีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร และมีการตอบสนองอย่างไร

อย่างที่คุณป่วยปักใจเชื่อ หรือปฏิบัติตามนั้น ส่งผลให้คุณป่วยมีสติในการคิดพิจารณา มีความยืดหยุ่น มีเหตุผลอยู่บนข้อมูลและหลักฐานของข้อเท็จจริงมากขึ้น

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

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

6. การจินตนาการ (Imagery) เป็นการให้คุณป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น เหมือนกับเป็นเรื่องราวที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นเรื่องราวต่างๆ อย่างชัดเจนซึ่งเป็นการกระตุ้นความรู้สึกในทางลบและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ วิธีการนี้สามารถช่วยให้คุณป่วยมองภาพปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาได้ดีขึ้น หรือมีการจัดการกับความรู้สึกอยากยาและสิ่งกระตุ้นได้

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

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

9. บันทึกประจำวัน (Daily thought record) เป็นแบบบันทึกที่ช่วยในการวิเคราะห์ ความคิดอัตโนมัติ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งจะเป็นการบันทึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้คุณป่วยบันทึกว่าเกิดเหตุการณ์ในสถานการณ์ใด มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น ขณะนั้นมีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร และมีการตอบสนองอย่างไร

สมเหตุสมผลหรือไม่ แนวทางที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร แบบบันทึกนี้จึงประกอบด้วย 5 ส่วน คือ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ การตอบสนอง และผลลัพธ์ โดยในการเริ่มต้นควรมีการฝึกให้ผู้ป่วยทำ หลังจากนั้นเมื่อมีความเข้าใจ จึงให้ทำการบ้าน บันทึกนี้ผู้บำบัดต้องนำมาอ่าน พูดคุยกันในชั่วโมงเพื่อประเมินผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือต่อไป ซึ่งเทคนิคนี้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยทำให้มีโอกาสกลับไปคิด ตรึกตรองในสิ่งต่างๆ ขณะที่ผู้บำบัดก็จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

10. การฝึกฝนทักษะต่างๆ เป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (Learning coping skills) และแก้ปัญหาบนเส้นทางการไม่ใช้ยาเสพติด โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Managing thoughts about alcohol and drinking) การจัดการกับความรู้สึกลอยๆ และสิ่งกระตุ้นการดื่ม (Coping with cravings and urges to drink) ทักษะการปฏิเสธ (Refusal skills) ทักษะการกล้าแสดงออก (Assertiveness) การแก้ปัญหา (Problem solving) การผ่อนคลายความตึงเครียด (Relaxation) การตัดสินใจในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Seemingly Irrelevant decisions) การวางแผนฉุกเฉินและการจัดการเมื่อพลาดไปดื่ม (Planning for emergencies and coping with a lapse) การฝึกทักษะเหล่านี้สามารถฝึกให้ผู้ป่วยทำในขณะที่อยู่ในชั่วโมงการบำบัด และมอบหมายให้ฝึกทำต่อเป็นการบ้าน

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

ส่วนดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 152-157) ศึกษาแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับหลักทางศาสนาพุทธ โดยผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการรู้คิด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็ง

สมเหตุสมผลหรือไม่ แนวทางที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร แบบบันทึกนี้จึงประกอบด้วย 5 ส่วน คือ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ การตอบสนอง และผลลัพธ์ โดยในการเริ่มต้นควรมีการฝึกให้ผู้ป่วยทำ หลังจากนั้นเมื่อมีความเข้าใจ จึงให้ทำการบ้าน บันทึกนี้ผู้บำบัดต้องนำมาอ่าน พูดคุยกันในชั่วโมงเพื่อประเมินผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือต่อไป ซึ่งเทคนิคนี้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยทำให้มีโอกาสกลับไปคิด ตรึกตรองในสิ่งต่างๆ ขณะที่ผู้บำบัดก็จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

10. การฝึกฝนทักษะต่างๆ เป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (Learning coping skills) และแก้ปัญหาบนเส้นทางการไม่ใช้ยาเสพติด โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Managing thoughts about alcohol and drinking) การจัดการกับความรู้สึกลอยๆ และสิ่งกระตุ้นการดื่ม (Coping with cravings and urges to drink) ทักษะการปฏิเสธ (Refusal skills) ทักษะการกล้าแสดงออก (Assertiveness) การแก้ปัญหา (Problem solving) การผ่อนคลายความตึงเครียด (Relaxation) การตัดสินใจในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Seemingly Irrelevant decisions) การวางแผนฉุกเฉินและการจัดการเมื่อพลาดไปดื่ม (Planning for emergencies and coping with a lapse) การฝึกทักษะเหล่านี้สามารถฝึกให้ผู้ป่วยทำในขณะที่อยู่ในชั่วโมงการบำบัด และมอบหมายให้ฝึกทำต่อเป็นการบ้าน

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

ส่วนดรุณี ภูขาว (Phukao. 2006: 152-157) ศึกษาแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับหลักทางศาสนาพุทธ โดยผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการรู้คิด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็ง

จุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับ ความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของ สถานบำบัด นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี กิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายกันคือ การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายของชีวิต การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ข้อดี-ข้อเสียของสารเสพติด การเข้าใจถึงตัวกระตุ้น สัญญาณอันตราย และการฝึก ทักษะที่จำเป็น อย่างไรก็ตามจะสังเกตเห็นว่าในงานวิจัยของปราณีพร บุญเรือง กิจกรรมนั้นให้ ความสำคัญกับครอบครัวของนักเรียนมากเท่าๆ กับนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็น เยาวชนที่ยังต้องอยู่ในการดูแล และความรับผิดชอบของครอบครัว กิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่อง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ ส่วนงานของดรุณี ภูขาว ศึกษาในผู้ป่วยสุรา โดยใช้กิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับ บัณฑิตภายในตัวบุคคล มีการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ความคิดและ พฤติกรรม และมีการปรับเปลี่ยนความคิดถึงในระดับโครงสร้างความคิด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสถาบันแห่งชาติ NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (Kadden; et al. 2003) ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 8 กิจกรรม ที่จำเป็นต้องให้กับผู้ป่วยทั้งหมด และ กิจกรรมทางเลือก 14 กิจกรรม ที่สามารถเลือกมา 4 กิจกรรมสำหรับนำมาใช้ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และนักบำบัดที่ตกลงร่วมกัน รวมเป็น 12 กิจกรรมในช่วงการบำบัด 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยนอก ใช้เวลา กิจกรรมละประมาณ 90 นาที ในการบำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย อารมณ์หยุดดื่มสุราและสารเสพติด ส่วนในการพัฒนาทักษะ ผู้ป่วยต้องสามารถแยกแยะสถานการณ์ เสี่ยงทั้งภายใน (ความคิดและอารมณ์) และภายนอกได้ รวมทั้งต้องพัฒนาทักษะการจัดการกับ สถานการณ์เสี่ยงต่างๆ โดยใช้วิธีการแก้ปัญหา การใช้บทบาทสมมติ และมอบหมายการทำแบบฝึกหัด เป็นการทำงาน วิธีการต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ทักษะใหม่ๆ ไปใช้ได้

จากการวิจัยที่กล่าวมา และการศึกษาคู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ผู้วิจัยได้นำแนวทาง หลักการ วิธีการ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม โดยคำนึงถึงลักษณะธรรมชาติของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา และความ

จุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับ ความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของ สถานบำบัด นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี กิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายกันคือ การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายของชีวิต การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ข้อดี-ข้อเสียของสารเสพติด การเข้าใจถึงตัวกระตุ้น สัญญาณอันตราย และการฝึก ทักษะที่จำเป็น อย่างไรก็ตามจะสังเกตเห็นว่าในงานวิจัยของปราณีพร บุญเรือง กิจกรรมนั้นให้ ความสำคัญกับครอบครัวของนักเรียนมากเท่าๆ กับนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็น เยาวชนที่ยังต้องอยู่ในการดูแล และความรับผิดชอบของครอบครัว กิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่อง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ ส่วนงานของดรุณี ภูขาว ศึกษาในผู้ป่วยสุรา โดยใช้กิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับ บัณฑิตภายในตัวบุคคล มีการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ความคิดและ พฤติกรรม และมีการปรับเปลี่ยนความคิดถึงในระดับโครงสร้างความคิด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสถาบันแห่งชาติ NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (Kadden; et al. 2003) ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 8 กิจกรรม ที่จำเป็นต้องให้กับผู้ป่วยทั้งหมด และ กิจกรรมทางเลือก 14 กิจกรรม ที่สามารถเลือกมา 4 กิจกรรมสำหรับนำมาใช้ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และนักบำบัดที่ตกลงร่วมกัน รวมเป็น 12 กิจกรรมในช่วงการบำบัด 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยนอก ใช้เวลา กิจกรรมละประมาณ 90 นาที ในการบำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย อารมณ์หยุดดื่มสุราและสารเสพติด ส่วนในการพัฒนาทักษะ ผู้ป่วยต้องสามารถแยกแยะสถานการณ์ เสี่ยงทั้งภายใน (ความคิดและอารมณ์) และภายนอกได้ รวมทั้งต้องพัฒนาทักษะการจัดการกับ สถานการณ์เสี่ยงต่างๆ โดยใช้วิธีการแก้ปัญหา การใช้บทบาทสมมติ และมอบหมายการทำแบบฝึกหัด เป็นการทำงาน วิธีการต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ทักษะใหม่ๆ ไปใช้ได้

จากการวิจัยที่กล่าวมา และการศึกษาคู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ผู้วิจัยได้นำแนวทาง หลักการ วิธีการ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม โดยคำนึงถึงลักษณะธรรมชาติของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา และความ

เหมาะสมของกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดภายในตัวบุคคล และที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธระหว่างบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการฝึกทักษะเพื่อนำไปสู่ความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำและการมีพฤติกรรมที่ไม่ติดซ้ำ

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

สำหรับการดำเนินการกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ แต่ละครั้งของกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสุรา มีโครงสร้างการบำบัด 3 ขั้นที่สอดคล้องและครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบที่กล่าวมาคือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมิน

เหมาะสมของกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดภายในตัวบุคคล และที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธระหว่างบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งการฝึกทักษะเพื่อนำไปสู่ความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำและการมีพฤติกรรมที่ไม่ติดซ้ำ

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

สำหรับการดำเนินการกลุ่มบำบัดในครั้งนี้ แต่ละครั้งของกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสุรา มีโครงสร้างการบำบัด 3 ขั้นที่สอดคล้องและครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบที่กล่าวมาคือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมิน

สภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม และเป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน 2) ขั้นตอนการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการที่จะนำไปใช้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา มีการดำเนินกิจกรรมเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละระยะของการบำบัดดังนี้

ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา

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

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงมีการสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา โดยมี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดแอลกอฮอล์ ผลของแอลกอฮอล์

สภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม และเป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน 2) ขั้นตอนการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการที่จะนำไปใช้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา มีการดำเนินกิจกรรมเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละระยะของการบำบัดดังนี้

ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา

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

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงมีการสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา โดยมี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดแอลกอฮอล์ ผลของแอลกอฮอล์

ต่อสุขภาพโดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพูดคุยกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเจ็บป่วย หรือการได้รับผลกระทบกับการดื่มสุราของตนเองได้ เกิดการรับรู้ ตระหนักในความรุนแรง และอันตรายที่เกิดขึ้นจริงๆ กับตนเอง มีผลให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเรื่องของความตั้งใจกระทำพฤติกรรม พบว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าจากการรู้ประโยชน์ ไร้โทษ จะส่งผลต่อความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้น ผลที่ตามมาคือทำให้บุคคลมีเจตนาหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

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

ระยะที่2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

ในระยะแรกของการบำบัดมีการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นปัญหา ให้ความร่วมมือ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงตนเองนั้นต้องมีการลงมือกระทำ การเสริมแรงจูงใจจึงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรี ศรีโกสโย (2548: 61) พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการเสริมแรงจูงใจมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเคลื่อนจากระดับไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราไปสู่ระดับลงมือกระทำเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น

ต่อสุขภาพโดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพูดคุยกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเจ็บป่วย หรือการได้รับผลกระทบกับการดื่มสุราของตนเองได้ เกิดการรับรู้ ตระหนักในความรุนแรง และอันตรายที่เกิดขึ้นจริงๆ กับตนเอง มีผลให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเรื่องของความตั้งใจกระทำพฤติกรรม พบว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าจากการรู้ประโยชน์ ไร้โทษ จะส่งผลต่อความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้น ผลที่ตามมาคือทำให้บุคคลมีเจตนาหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

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

ระยะที่2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

ในระยะแรกของการบำบัดมีการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นปัญหา ให้ความร่วมมือ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงตนเองนั้นต้องมีการลงมือกระทำ การเสริมแรงจูงใจจึงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง มีความต้องการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรี ศรีโกสโย (2548: 61) พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการเสริมแรงจูงใจมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเคลื่อนจากระดับไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราไปสู่ระดับลงมือกระทำเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น

กิจกรรมในระยาะนี้มี 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมความสำเร็จบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่หยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรง (Enactive mastery experience) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางคน หรืออาจเรียนรู้จากประสบการณ์การหยุดดื่มสุราได้สำเร็จของผู้ที่เป็นตัวแบบที่หยุดดื่มได้ หรือจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจัดว่าเป็นการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึง (Modeling) และได้มีโอกาสที่จะพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ร่วมวิเคราะห์ อภิปรายในวิธีการในการเลิกดื่มสุรา พร้อมให้การแนะนำ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Verbal persuasion) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และประเมินความสามารถของตนเองได้ ส่วนกิจกรรมที่ 2) กิจกรรมความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด มีการประเมินแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหลับตาจินตนาการ (Imagery) ถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมีพลัง มีความหวัง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และบอกเล่าสิ่งประทับใจนั้นให้เพื่อนๆ ฟัง พร้อมทั้งให้มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้น ระยะยาว และเขียนในกระดาษแข็งเก็บไว้เป็นเครื่องเตือนใจ (Flashcard) การดำเนินกิจกรรมจะสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อตนเอง และสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลที่เป็นที่รัก เกิดกำลังใจ มีความตั้งใจพร้อมที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ

เป็นการฝึกทักษะ ให้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ เกี่ยวกับการดื่มสุราซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายในตัวบุคคล ในระยะนี้จึงเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ 4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

การพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการติดซ้ำมี 4 กิจกรรมได้แก่ 1) กิจกรรมการเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักกับความคิดอัตโนมัติว่ามีลักษณะอย่างไร มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของเรามากน้อยเพียงใด มีการฝึกให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติ และสิ่งสำคัญคือการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้วิธีการคิดว่าความคิดอัตโนมัติเป็นสมมติฐานที่ยังไม่สามารถปักใจเชื่อว่าเป็นเรื่องจริงทั้งหมด มีการโต้แย้งความคิดโดยต้องหาหลักฐาน

กิจกรรมในระยาะนี้มี 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมความสำเร็จบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่หยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ที่นำสู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรง (Enactive mastery experience) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางคน หรืออาจเรียนรู้จากประสบการณ์การหยุดดื่มสุราได้สำเร็จของผู้ที่เป็นตัวแบบที่หยุดดื่มได้ หรือจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจัดว่าเป็นการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึง (Modeling) และได้มีโอกาสที่จะพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ร่วมวิเคราะห์ อภิปรายในวิธีการในการเลิกดื่มสุรา พร้อมให้การแนะนำ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Verbal persuasion) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และประเมินความสามารถของตนเองได้ ส่วนกิจกรรมที่ 2) กิจกรรมความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด มีการประเมินแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหลับตาจินตนาการ (Imagery) ถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่คอยเป็นกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมีพลัง มีความหวัง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และบอกเล่าสิ่งประทับใจนั้นให้เพื่อนๆ ฟัง พร้อมทั้งให้มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้น ระยะยาว และเขียนในกระดาษแข็งเก็บไว้เป็นเครื่องเตือนใจ (Flashcard) การดำเนินกิจกรรมจะสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อตนเอง และสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลที่เป็นที่รัก เกิดกำลังใจ มีความตั้งใจพร้อมที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ

เป็นการฝึกทักษะ ให้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อทดแทนการเรียนรู้เดิมๆ เกี่ยวกับการดื่มสุราซึ่งในการฝึกทักษะครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายในตัวบุคคล ในระยะนี้จึงเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้เรื่อง 1) รูปแบบของความคิดและการเกิดความคิดอัตโนมัติ 2) ธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 2) การจัดการกับความรู้สึกต้องการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และ 4) การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

การพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการติดซ้ำมี 4 กิจกรรมได้แก่ 1) กิจกรรมการเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักกับความคิดอัตโนมัติว่ามีลักษณะอย่างไร มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของเรามากน้อยเพียงใด มีการฝึกให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติ และสิ่งสำคัญคือการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้วิธีการคิดว่าความคิดอัตโนมัติเป็นสมมติฐานที่ยังไม่สามารถปักใจเชื่อว่าเป็นเรื่องจริงทั้งหมด มีการโต้แย้งความคิดโดยต้องหาหลักฐาน

มาคัดค้านความเชื่อนี้ ถ้าความคิดนี้เกิดขึ้นจนเวียนอยู่ตลอดต้องใช้วิธีการหยุดความคิด ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจไปอย่างอื่น 2) กิจกรรมการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม ในเบื้องต้นสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะการเกิดขึ้น และหมดไปได้ได้อย่างไร รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยจัดการเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนี้ 3) กิจกรรมการตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง ให้ผู้ป่วยนึกถึงสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผ่านมาในสถานการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจจะไปดื่มสุราแต่สุดท้ายกลับดื่มสุรา ให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุใดทำไมถึงเป็นเช่นนี้ โดยผู้บำบัดชี้ให้เห็นประเด็นการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีลักษณะอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงนั้น พร้อมทั้งให้รวมอภิปรายวิธีทำให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม และ4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อที่จะใช้เป็นการฝึกฝนทักษะการปฏิเสธและการกล้าแสดงออก โดยมีการฝึกสลับสับเปลี่ยนคู่กัน ให้เพื่อนช่วยกันวิเคราะห์คำพูด ท่าทาง ที่ทำให้ปฏิเสธได้สำเร็จ หรือล้มเหลว พร้อมเหตุผล และให้ลองทำใหม่จนกว่าจะมีการปฏิเสธที่มีประสิทธิผล

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

ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา โดยผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญ วางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุราซ้ำ และ2) กิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่มีความสำคัญในการสร้างความสมดุลในการดำเนินชีวิต และให้ผู้ป่วยเล่าถึงแผนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน และมีการทบทวนหลักการที่สำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย และมีพันธะสัญญาาร่วมกันในอนาคตที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำ

มาคัดค้านความเชื่อนี้ ถ้าความคิดนี้เกิดขึ้นจนเวียนอยู่ตลอดต้องใช้วิธีการหยุดความคิด ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจไปอย่างอื่น 2) กิจกรรมการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม ในเบื้องต้นสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะการเกิดขึ้น และหมดไปได้ได้อย่างไร รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยจัดการเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนี้ 3) กิจกรรมการตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง ให้ผู้ป่วยนึกถึงสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผ่านมาในสถานการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจจะไปดื่มสุราแต่สุดท้ายกลับดื่มสุรา ให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุใดทำไมถึงเป็นเช่นนี้ โดยผู้บำบัดชี้ให้เห็นประเด็นการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีลักษณะอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงนั้น พร้อมทั้งให้รวมอภิปรายวิธีทำให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม และ4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อที่จะใช้เป็นการฝึกฝนทักษะการปฏิเสธและการกล้าแสดงออก โดยมีการฝึกสลับสับเปลี่ยนคู่กัน ให้เพื่อนช่วยกันวิเคราะห์คำพูด ท่าทาง ที่ทำให้ปฏิเสธได้สำเร็จ หรือล้มเหลว พร้อมเหตุผล และให้ลองทำใหม่จนกว่าจะมีการปฏิเสธที่มีประสิทธิผล

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

ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา โดยผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญ วางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุราซ้ำ และ2) กิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่มีความสำคัญในการสร้างความสมดุลในการดำเนินชีวิต และให้ผู้ป่วยเล่าถึงแผนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน และมีการทบทวนหลักการที่สำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย และมีพันธะสัญญาาร่วมกันในอนาคตที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยา เป็นกลุ่มบำบัดซึ่งมีการดำเนินการเป็น 4 ระยะ 1) สร้างความตระหนักในปัญหาการติดยา 2) เสริมแรงจูงใจในการบำบัด 3) การพัฒนาทักษะ และ 4) เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยในแต่ละกิจกรรมมี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเริ่มต้น 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นสรุป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ติดยา

มาลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเส้นทางของการติดยา เขามองว่าในการป้องกันการติดยานั้นมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึนึกคิดของบุคคลเป็นสำคัญ จึงเริ่มนำรูปแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Model) มาใช้กับผู้มีปัญหาทางพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยา

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยามีการศึกษาพัฒนาในหลักการทางจิตวิทยา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้เช่นเดียวกัน ซึ่งการเรียนรู้มีได้หลายทางทั้งจากตัวแบบ (Modeling) และจากการวางเงื่อนไข (Classical conditioning and Operant conditioning) (Carroll. 1998: 13) แนวคิดนี้จึงเป็นการประสานแนวคิดพฤติกรรมนิยมที่เน้นสภาพแวดล้อมภายนอก เงื่อนไขนำ และผลของพฤติกรรม กับแนวคิดปัญญานิยม ที่เน้นกระบวนการคิด (Cognitive process) และกระบวนการสัญลักษณ์ (Symbolic process) กล่าวคือพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้เหตุการณ์ของบุคคล การตีความของเหตุการณ์ แบบแผนความคิด และกลวิธีการคิดว่ามีลักษณะใด ถ้ามีความผิดพลาดไป ไม่ถูกต้อง ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขต้องแก้ที่กระบวนการคิดให้ถูกต้อง (ประเทือง ภูมิภักทราคม. 2535: 281)

ลักษณะของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดที่อยู่ภายใน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก โดยมีการส่งเสริมความเข้มแข็งในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงอะไรในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและสิ่งที่ผู้ป่วยทำที่เกี่ยวข้องกับการติดยาและสารเสพติดอย่างเข้มแข็ง ในการบำบัดด้วยวิธีการนี้ในเบื้องต้นต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมีความตั้งใจในการบำบัดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกติดยา โดยการเรียนรู้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยา เป็นกลุ่มบำบัดซึ่งมีการดำเนินการเป็น 4 ระยะ 1) สร้างความตระหนักในปัญหาการติดยา 2) เสริมแรงจูงใจในการบำบัด 3) การพัฒนาทักษะ และ 4) เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยในแต่ละกิจกรรมมี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเริ่มต้น 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นสรุป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ติดยา

มาลัทและกอร์ดอน (Marlatt and Gordon) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเส้นทางของการติดยา เขามองว่าในการป้องกันการติดยานั้นมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึนึกคิดของบุคคลเป็นสำคัญ จึงเริ่มนำรูปแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Model) มาใช้กับผู้มีปัญหาทางพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยา

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยามีการศึกษาพัฒนาในหลักการทางจิตวิทยา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้เช่นเดียวกัน ซึ่งการเรียนรู้มีได้หลายทางทั้งจากตัวแบบ (Modeling) และจากการวางเงื่อนไข (Classical conditioning and Operant conditioning) (Carroll. 1998: 13) แนวคิดนี้จึงเป็นการประสานแนวคิดพฤติกรรมนิยมที่เน้นสภาพแวดล้อมภายนอก เงื่อนไขนำ และผลของพฤติกรรม กับแนวคิดปัญญานิยม ที่เน้นกระบวนการคิด (Cognitive process) และกระบวนการสัญลักษณ์ (Symbolic process) กล่าวคือพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้เหตุการณ์ของบุคคล การตีความของเหตุการณ์ แบบแผนความคิด และกลวิธีการคิดว่ามีลักษณะใด ถ้ามีความผิดพลาดไป ไม่ถูกต้อง ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขต้องแก้ที่กระบวนการคิดให้ถูกต้อง (ประเทือง ภูมิภักทราคม. 2535: 281)

ลักษณะของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดที่อยู่ภายใน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก โดยมีการส่งเสริมความเข้มแข็งในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงอะไรในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและสิ่งที่ผู้ป่วยทำที่เกี่ยวข้องกับการติดยาและสารเสพติดอย่างเข้มแข็ง ในการบำบัดด้วยวิธีการนี้ในเบื้องต้นต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมีความตั้งใจในการบำบัดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกติดยา โดยการเรียนรู้

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

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ถูกนำมาใช้แก้ไขปัญหายาเสพติดและสารเสพติดทั้งในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นนักเรียน เช่น การศึกษาของสุตวัจ จิตต์หทัยรัตน์ (2546) ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองทันทีและภายหลังการทดลอง 1 เดือนนักเรียนที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีสมรรถนะในการป้องกันการเสพยาบ้าดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ถึงแม้ว่าการควบคุมตนเองในการป้องกันการเสพยาบ้าจะไม่แตกต่างกัน สำหรับในกลุ่มผู้ป่วย นิชนันท์ คำล้าน (2547) ใช้กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ติดยา ผลการศึกษาติดตาม 2 เดือนพบว่าผู้ป่วย 9 ราย จาก 20 ราย หยุดติดยาได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ส่วน 11 รายที่เหลือมีปริมาณการติดยา น้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับศิริพร ทองบ่อและคณะ (2548) ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มได้ 13 ราย ดื่มในปริมาณน้อยลง 2 ราย โดยผู้ที่กลับไปดื่มเนื่องจากมีปัญหาสัมพันธภาพกับมารดา และการศึกษาของนิमित แก้วอาจ (2549) พบว่าผู้ป่วย 14 ราย ไม่ติดยาตลอดระยะเวลาการศึกษา 7 รายลดปริมาณการดื่ม มี 1 รายดื่มปริมาณมากขึ้น

สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการติดยา โดยมักพบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม มีทักษะและความสามารถในการป้องกันการติดยาได้ดีกว่าผู้ที่ใช้การบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 40-48) ศึกษาผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นต่อการป้องกันการเสพยาบ้า ของนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษายาฆ่า ที่ศูนย์ยาเสพติดขอนแก่น โดยทำกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมนักเรียน 4 ครั้ง กิจกรรมพ่อแม่ 2 ครั้ง และกิจกรรมนักเรียนกับพ่อแม่ 4 ครั้ง ในระยะเวลาบำบัด 12 วัน โดยให้ความรู้ ความเข้าใจผลเสียของการใช้ยา วิธีการเลิกยา ตัวกระตุ้น การปรับเจตคติให้ตระหนักในคุณค่าของตน และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด พบว่ากลุ่มที่รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีทักษะการป้องกันการเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติจากสถานบำบัด และในระยะติดตามผลเมื่อวัดผลพฤติกรรมการเสพยาบ้าพบว่ามี การติดยา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ รอลสัน และคณะ (Rawson; et al. 2006: 268-271) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency management) และปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approaches) เพื่อศึกษาว่าวิธีการไหนจะมีประสิทธิภาพในการบำบัด โดยสุ่มตัวอย่างผู้ติดยาแอมเฟตามีน 171 คน สุ่มให้เข้า 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1) ปรับพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล

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

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ถูกนำมาใช้แก้ไขปัญหายาเสพติดและสารเสพติดทั้งในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นนักเรียน เช่น การศึกษาของสุตวัจ จิตต์หทัยรัตน์ (2546) ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองทันทีและภายหลังการทดลอง 1 เดือนนักเรียนที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีสมรรถนะในการป้องกันการเสพยาบ้าดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ถึงแม้ว่าการควบคุมตนเองในการป้องกันการเสพยาบ้าจะไม่แตกต่างกัน สำหรับในกลุ่มผู้ป่วย นิชนันท์ คำล้าน (2547) ใช้กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ติดยา ผลการศึกษาติดตาม 2 เดือนพบว่าผู้ป่วย 9 ราย จาก 20 ราย หยุดติดยาได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ส่วน 11 รายที่เหลือมีปริมาณการติดยา น้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับศิริพร ทองบ่อและคณะ (2548) ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มได้ 13 ราย ดื่มในปริมาณน้อยลง 2 ราย โดยผู้ที่กลับไปดื่มเนื่องจากมีปัญหาสัมพันธภาพกับมารดา และการศึกษาของนิमित แก้วอาจ (2549) พบว่าผู้ป่วย 14 ราย ไม่ติดยาตลอดระยะเวลาการศึกษา 7 รายลดปริมาณการดื่ม มี 1 รายดื่มปริมาณมากขึ้น

สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการติดยา โดยมักพบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม มีทักษะและความสามารถในการป้องกันการติดยาได้ดีกว่าผู้ที่ใช้การบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2545: 40-48) ศึกษาผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นต่อการป้องกันการเสพยาบ้า ของนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษายาฆ่า ที่ศูนย์ยาเสพติดขอนแก่น โดยทำกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นกิจกรรมนักเรียน 4 ครั้ง กิจกรรมพ่อแม่ 2 ครั้ง และกิจกรรมนักเรียนกับพ่อแม่ 4 ครั้ง ในระยะเวลาบำบัด 12 วัน โดยให้ความรู้ ความเข้าใจผลเสียของการใช้ยา วิธีการเลิกยา ตัวกระตุ้น การปรับเจตคติให้ตระหนักในคุณค่าของตน และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด พบว่ากลุ่มที่รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีทักษะการป้องกันการเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติจากสถานบำบัด และในระยะติดตามผลเมื่อวัดผลพฤติกรรมการเสพยาบ้าพบว่ามี การติดยา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ รอลสัน และคณะ (Rawson; et al. 2006: 268-271) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency management) และปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approaches) เพื่อศึกษาว่าวิธีการไหนจะมีประสิทธิภาพในการบำบัด โดยสุ่มตัวอย่างผู้ติดยาแอมเฟตามีน 171 คน สุ่มให้เข้า 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1) ปรับพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล

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

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อและการวิเคราะห์หือภิมานเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาในการป้องกันการติดเชื้อสรุปได้ว่า (Larimer; Palmer; & Marlatt. 2002: Online; citing Dimeff; & Marlatt. 1998; Rowson; et al. 1993; Carroll. 1996; Irvin; et al) 1) ผลของการบำบัดมีอัตราของการเลิกใช้สารเสพติดไม่ได้แตกต่างจากการบำบัดรูปแบบอื่น แต่ผลที่น่าสนใจพบว่าอัตราการดื่มและปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้อยลง 2) การเรียนรู้และฝึกทักษะใหม่ๆ ทำให้ช่วงเวลาของการหยุดเสพได้ยาวนานขึ้น 3) การบำบัดนี้ใช้ได้ดีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง และผู้ที่ใช้ยาเสพติดหลายชนิด 4) การรักษาด้วยความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการเสพซ้ำร่วมกับการรักษาด้วยยาจะทำให้ประสิทธิผลในการบำบัดรักษามากกว่าที่จะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งอย่างเดียว

สำหรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ทำวิจัยทดลอง และประเมินผลโปรแกรมการรักษาผู้ที่ประสบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Phukao. 2006: 152-157) โดยนำแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับหลักทางศาสนาพุทธ ฝึกในผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมมารู้คิด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยสุราที่รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้มีความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และมีพฤติกรรม

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

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อและการวิเคราะห์หือภิมานเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาในการป้องกันการติดเชื้อสรุปได้ว่า (Larimer; Palmer; & Marlatt. 2002: Online; citing Dimeff; & Marlatt. 1998; Rowson; et al. 1993; Carroll. 1996; Irvin; et al) 1) ผลของการบำบัดมีอัตราของการเลิกใช้สารเสพติดไม่ได้แตกต่างจากการบำบัดรูปแบบอื่น แต่ผลที่น่าสนใจพบว่าอัตราการดื่มและปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้อยลง 2) การเรียนรู้และฝึกทักษะใหม่ๆ ทำให้ช่วงเวลาของการหยุดเสพได้ยาวนานขึ้น 3) การบำบัดนี้ใช้ได้ดีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง และผู้ที่ใช้ยาเสพติดหลายชนิด 4) การรักษาด้วยความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการเสพซ้ำร่วมกับการรักษาด้วยยาจะทำให้ประสิทธิผลในการบำบัดรักษามากกว่าที่จะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งอย่างเดียว

สำหรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้ทำวิจัยทดลอง และประเมินผลโปรแกรมการรักษาผู้ที่ประสบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Phukao. 2006: 152-157) โดยนำแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับหลักทางศาสนาพุทธ ฝึกในผู้ป่วย 26 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมมารู้คิด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มสุรา วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่ม ใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด และวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการทดลองในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีการลดลงของการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัด แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการเผชิญปัญหา

จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยสุราที่รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้มีความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ และมีพฤติกรรม

การไม่เสพซ้ำมากกว่าผู้ป่วยสุราที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

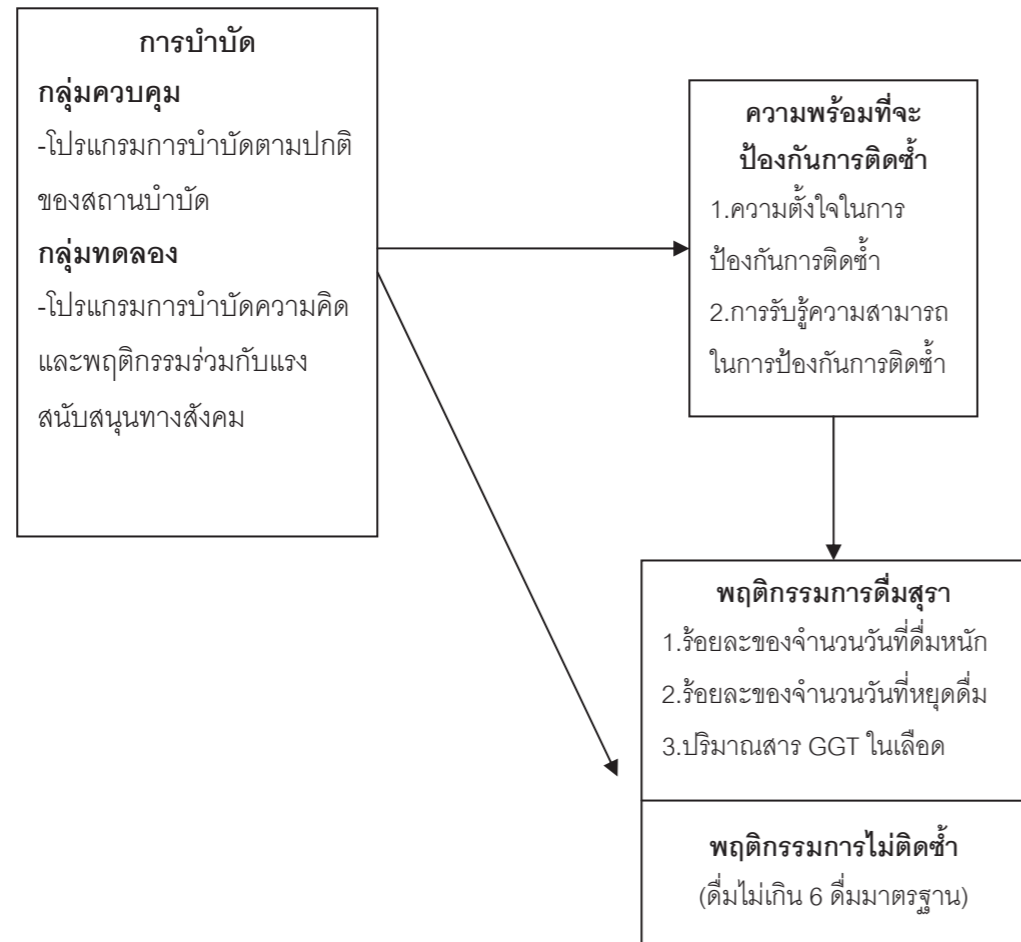
กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้ ซึ่งจากการศึกษาการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุรา มีปัจจัยหลายด้านที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกัน การแก้ปัญหาจึงต้องมองอย่างครอบคลุมในตัวแปรต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในซึ่งเป็นลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการคิดและเสริมสร้างลักษณะทางจิตให้เข้มแข็งมากเพียงพอจะเป็นภูมิคุ้มกันจากภายในตัวบุคคล เตรียมพร้อมต่อการเผชิญสิ่งกระตุ้นเร้าที่มากกระทบได้ทันสถานการณ์ ซึ่งในการบำบัดรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ด้วยเหตุนี้การดำเนินการให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการบำบัดจึงเริ่มให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นว่าการดื่มสุราของตนเป็นปัญหาและก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีจึงจะเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และมีแรงจูงใจต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมาย พร้อมที่จะเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้เป็นบทเรียนถึงสิ่งผิดพลาด และวิธีการที่ไม่เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มสุรา ขณะเดียวกันมีการเรียนรู้สิ่งที่เป็นความรู้ ความเข้าใจ วิธีการและฝึกทักษะใหม่ๆ จนเกิดความมั่นใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ เนื่องจากมีความคิด มีความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังที่ถูกต้อง รวมทั้งมีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากขึ้น จึงสามารถนำเป็นข้อมูลในตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวแปรที่สำคัญในการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยให้เดินอยู่ในเส้นทางของการเลิกสุราคือแรงสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจะได้เข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดด้วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ดังนั้นกรอบแนวคิดในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการเสพซ้ำและพฤติกรรมไม่เสพซ้ำ จึงประกอบด้วย ตัวแปรที่ถูกจัดกระทำได้แก่ การได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะหลังการทดลอง ได้แก่ความพร้อมที่จะป้องกันการติดยา ซึ่งประกอบด้วย ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ส่วนในระยะสิ้นสุดการทดลอง ได้แก่พฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดยา

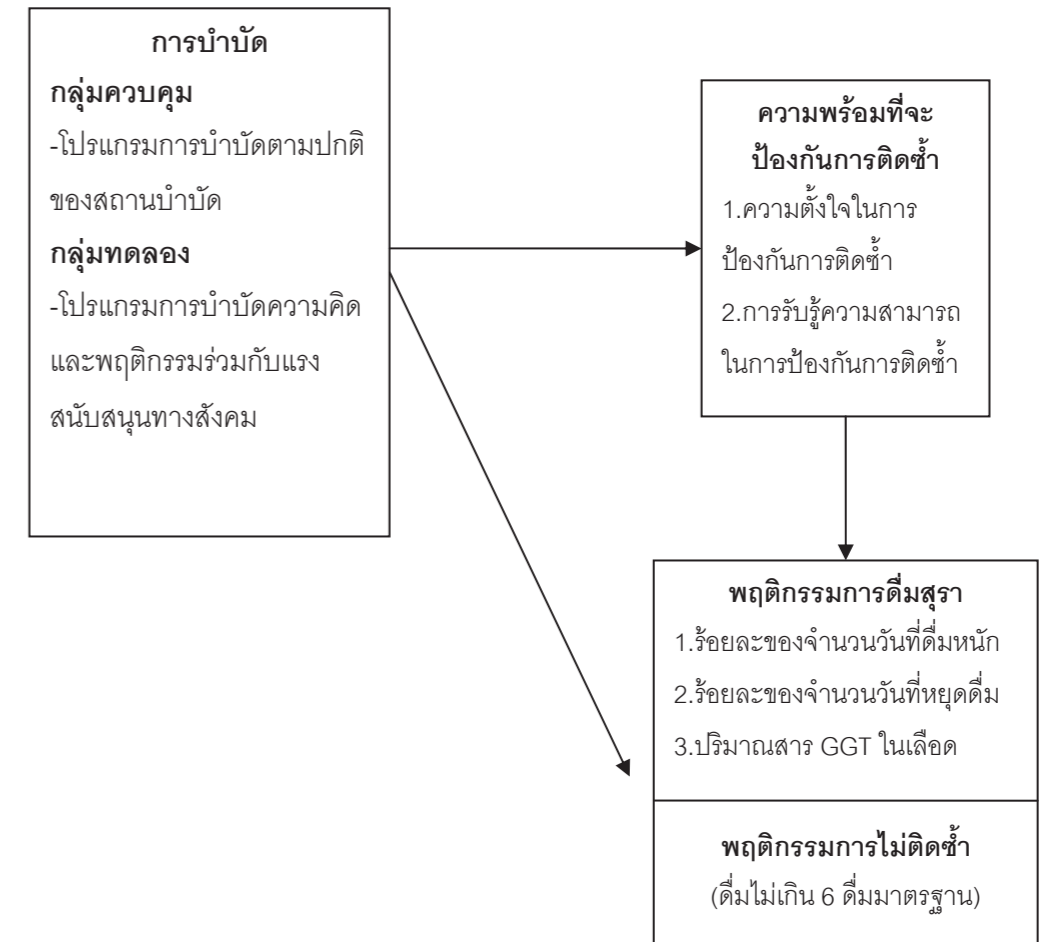
การไม่เสพซ้ำมากกว่าผู้ป่วยสุราที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social learning theory) โดยมองว่าบุคคลเริ่มใช้สุราและสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันการที่บุคคลจะหยุดใช้สุราและสารเสพติดก็สามารถเกิดจากการเรียนรู้ได้ ซึ่งจากการศึกษาการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุรา มีปัจจัยหลายด้านที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกัน การแก้ปัญหาจึงต้องมองอย่างครอบคลุมในตัวแปรต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในซึ่งเป็นลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการคิดและเสริมสร้างลักษณะทางจิตให้เข้มแข็งมากเพียงพอจะเป็นภูมิคุ้มกันจากภายในตัวบุคคล เตรียมพร้อมต่อการเผชิญสิ่งกระตุ้นเร้าที่มากกระทบได้ทันสถานการณ์ ซึ่งในการบำบัดรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ด้วยเหตุนี้การดำเนินการให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการบำบัดจึงเริ่มให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นว่าการดื่มสุราของตนเป็นปัญหาและก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีจึงจะเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และมีแรงจูงใจต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมาย พร้อมที่จะเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้เป็นบทเรียนถึงสิ่งผิดพลาด และวิธีการที่ไม่เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มสุรา ขณะเดียวกันมีการเรียนรู้สิ่งที่เป็นความรู้ ความเข้าใจ วิธีการและฝึกทักษะใหม่ๆ จนเกิดความมั่นใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ เนื่องจากมีความคิด มีความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังที่ถูกต้อง รวมทั้งมีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากขึ้น จึงสามารถนำเป็นข้อมูลในตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวแปรที่สำคัญในการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยให้เดินอยู่ในเส้นทางของการเลิกสุราคือแรงสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจะได้เข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดด้วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ดังนั้นกรอบแนวคิดในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการเสพซ้ำและพฤติกรรมไม่เสพซ้ำ จึงประกอบด้วย ตัวแปรที่ถูกจัดกระทำได้แก่ การได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะหลังการทดลอง ได้แก่ความพร้อมที่จะป้องกันการติดยา ซึ่งประกอบด้วย ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ส่วนในระยะสิ้นสุดการทดลอง ได้แก่พฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดยา

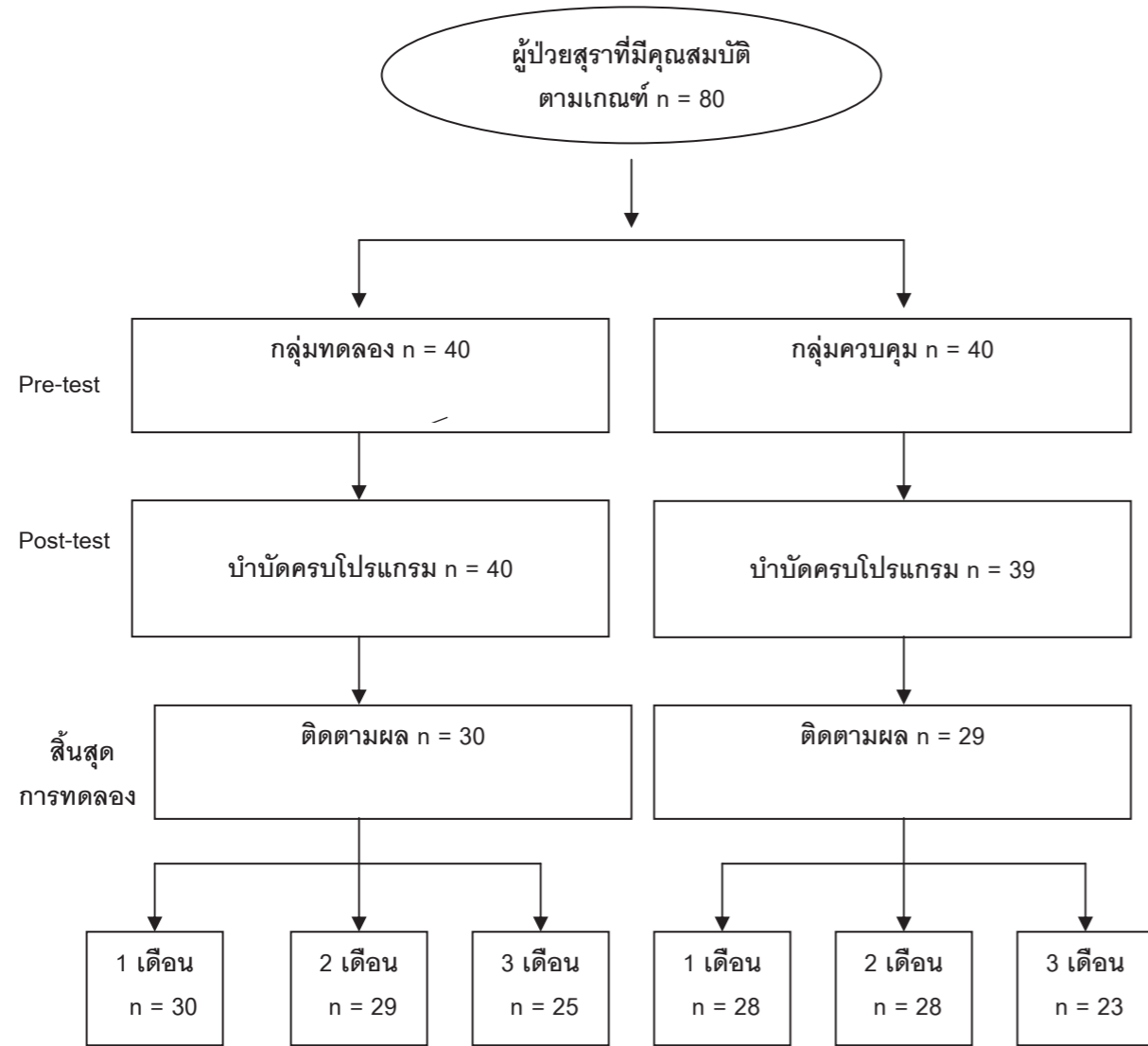


ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ติดตามได้ในช่วงการติดตามผล 3 เดือน ซึ่งเหลือกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตาม 59 คน รายละเอียดดังภาพประกอบ 3

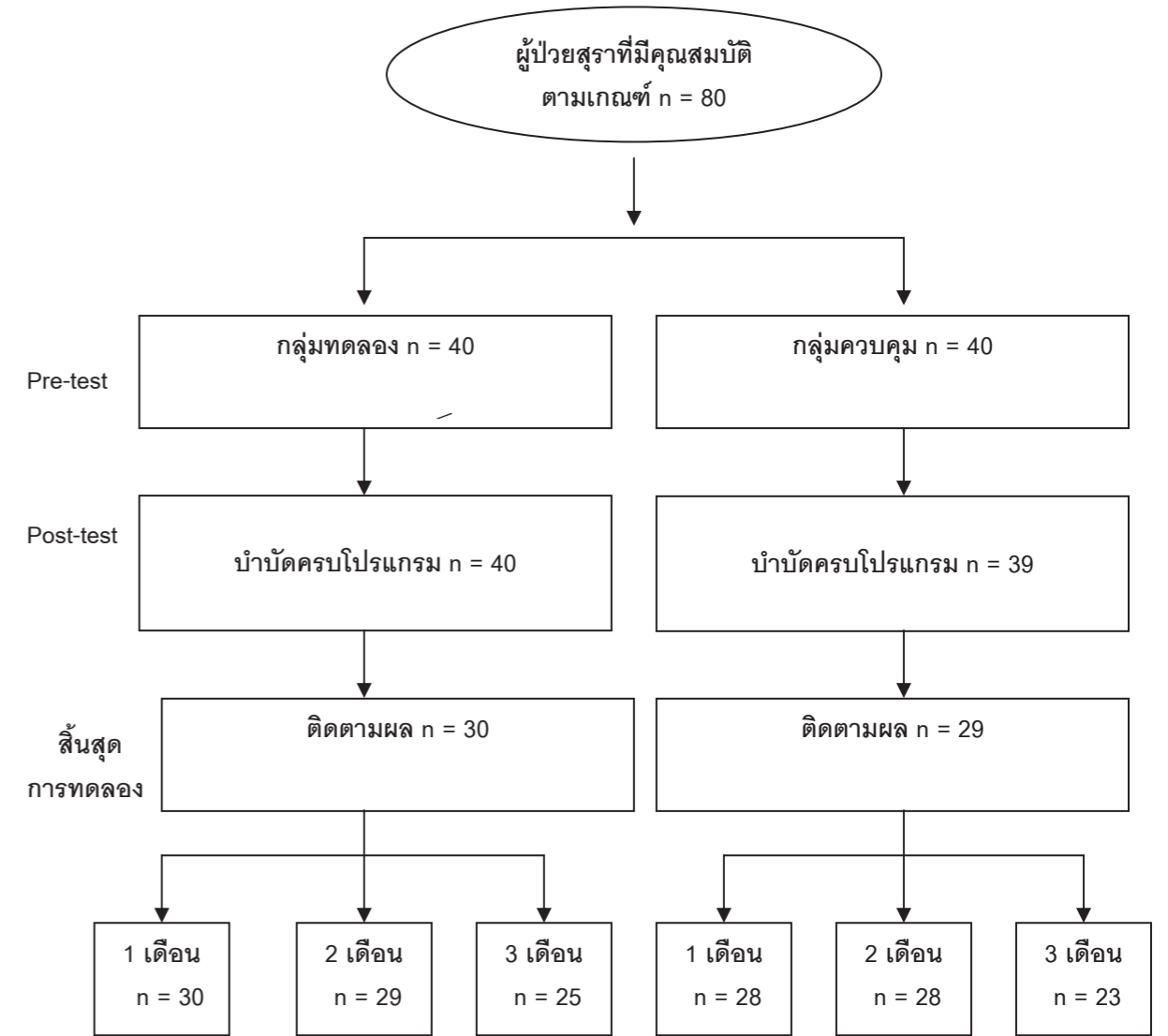


ภาพประกอบ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนการทดลอง

แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับสลาก โดยมีการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัดเป็นตัวแปรจัดกระทำ ส่วนตัวแปรตามภายหลังการทดลอง (ระยะที่1) คือพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ การวัดตัวแปรตาม วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม สำหรับตัวแปรตามเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ติดตามได้ในช่วงการติดตามผล 3 เดือน ซึ่งเหลือกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตาม 59 คน รายละเอียดดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนการทดลอง

แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับสลาก โดยมีการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัดเป็นตัวแปรจัดกระทำ ส่วนตัวแปรตามภายหลังการทดลอง (ระยะที่1) คือพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ การวัดตัวแปรตาม วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม สำหรับตัวแปรตามเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

(ระยะที่ 2) คือ พฤติกรรมการดื่มสุราประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ โดยวัดในระยะติดตามผล 3 ครั้ง หลังผู้ป่วยออกจากสถานบำบัดในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด โดยในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้วิจัยใช้เวลาในช่วงเช้าให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมในกลุ่มประชุมเช้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นการให้ข้อมูล ให้ความรู้ การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้โทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และโรคที่พบ ได้แก่ โรคตับ ความดันโลหิตสูง โรคจิตจากสุรา เป็นต้น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มสวดมนต์ของสถานบำบัดเหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการหาคุณภาพเครื่องมือ

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

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยการให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนา ของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 42 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total

(ระยะที่ 2) คือ พฤติกรรมการดื่มสุราประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ โดยวัดในระยะติดตามผล 3 ครั้ง หลังผู้ป่วยออกจากสถานบำบัดในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด โดยในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้วิจัยใช้เวลาในช่วงเช้าให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมในกลุ่มประชุมเช้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นการให้ข้อมูล ให้ความรู้ การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้โทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และโรคที่พบ ได้แก่ โรคตับ ความดันโลหิตสูง โรคจิตจากสุรา เป็นต้น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มสวดมนต์ของสถานบำบัดเหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการหาคุณภาพเครื่องมือ

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

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยการให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนา ของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 42 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total

Correlation) ระหว่าง .482 - .874 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 28 ข้อ มีคะแนนทั้งหมด 28-168 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .960

ตัวอย่างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ

(0) ฉันตั้งใจว่าจะไม่เข้าไปอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันพยายามจะไม่นึกถึงบรรยากาศของการดื่มสุรา

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้

1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะให้ 1 คะแนน

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการให้ผู้ปวยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 37 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยกว่าทำได้” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ปวยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item Total Correlation) ระหว่าง .389 - .857 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 27 ข้อ มีคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 27-162 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .963

Correlation) ระหว่าง .482 - .874 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 28 ข้อ มีคะแนนทั้งหมด 28-168 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .960

ตัวอย่างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ

(0) ฉันตั้งใจว่าจะไม่เข้าไปอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันพยายามจะไม่นึกถึงบรรยากาศของการดื่มสุรา

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้

1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะให้ 1 คะแนน

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการให้ผู้ปวยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุราว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 37 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยกว่าทำได้” ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ปวยสุราจำนวน 30 คน และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item Total Correlation) ระหว่าง .389 - .857 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 27 ข้อ มีคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 27-162 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .963

ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ท่านมั่นใจเพียงใดที่จะ

(0) ไม่เต็มเหล้า เมื่อท่านรู้สึกเหงา

.....
มั่นใจมาก	มั่นใจว่า	ค่อนข้างมั่นใจ	ค่อนข้างไม่	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
ว่าทำได้	ทำได้	ว่าทำได้	มั่นใจว่าทำได้	ว่าทำได้	ว่าทำได้

(00) ไม่เต็มเหล้า เมื่อมีความวิตกกังวล

.....
มั่นใจมาก	มั่นใจว่า	ค่อนข้างมั่นใจ	ค่อนข้างไม่	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
ว่าทำได้	ทำได้	ว่าทำได้	มั่นใจว่าทำได้	ว่าทำได้	ว่าทำได้

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1

คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “มั่นใจมากกว่าทำได้” จะให้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่มั่นใจเลยกว่าทำได้” จะให้ 1 คะแนน

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

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

3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Followback) ตามแนวทางของโซเบล และโซเบล (Sobell and Sobell) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของดรุณี ภูขาว (Phukao, 2006: 248-249) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่ม

ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ท่านมั่นใจเพียงใดที่จะ

(0) ไม่เต็มเหล้า เมื่อท่านรู้สึกเหงา

.....
มั่นใจมาก	มั่นใจว่า	ค่อนข้างมั่นใจ	ค่อนข้างไม่	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
ว่าทำได้	ทำได้	ว่าทำได้	มั่นใจว่าทำได้	ว่าทำได้	ว่าทำได้

(00) ไม่เต็มเหล้า เมื่อมีความวิตกกังวล

.....
มั่นใจมาก	มั่นใจว่า	ค่อนข้างมั่นใจ	ค่อนข้างไม่	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
ว่าทำได้	ทำได้	ว่าทำได้	มั่นใจว่าทำได้	ว่าทำได้	ว่าทำได้

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1

คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “มั่นใจมากกว่าทำได้” จะให้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่มั่นใจเลยกว่าทำได้” จะให้ 1 คะแนน

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

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

3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Followback) ตามแนวทางของโซเบล และโซเบล (Sobell and Sobell) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของดรุณี ภูขาว (Phukao, 2006: 248-249) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่ม

ของตน ในช่องตารางแต่ละวันว่า 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ 3) ปริมาณการดื่ม ซึ่งแบบ
บันทึกนี้ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยสอบถาม และพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึง
เหตุการณ์ วัน เวลา สถานที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

สำหรับแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลจำนวนวันที่หยุดดื่มซึ่งสามารถนำไปคำนวณร้อยละของ
จำนวนวันที่หยุดดื่มได้เลย ส่วนจำนวนวันที่ดื่มหนัก ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากชนิดของสุราที่ดื่ม
และปริมาณการดื่มมาเทียบเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) หลังจากนั้นพิจารณาปริมาณ
การดื่ม ถ้าดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานแสดงว่ามีกรดื่มหนัก (มากกว่า 60 กรัม) จึงนำข้อมูลนี้ไปใช้
คำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก

หมายเหตุ การคำนวณหนึ่งหน่วยมาตรฐาน

ปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม)

$$= \text{ปริมาณที่ดื่ม(มล.)} \times \text{ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์(ดีกรี)} \times 0.8 \text{ กรัม}$$

โดย

ปริมาณแอลกอฮอล์หนึ่งหน่วยมาตรฐาน = 10 กรัม

แอลกอฮอล์ 1 มิลลิลิตร เท่ากับน้ำหนักแอลกอฮอล์ 0.8 กรัม

ดีกรีที่ระบุสำหรับเครื่องดื่มต่างๆ หมายถึงความเข้มข้นเป็นร้อยละของปริมาณแอลกอฮอล์ที่
มีอยู่ในเครื่องดื่ม

ตัวอย่างการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์

1. ถ้าดื่มเบียร์ (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี) 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร)

มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 330 มล. \times 0.05 = 16.5 มล. หรือ = 16.5 มล. \times 0.8 = 13.2 กรัม

2. ถ้าดื่มเหล้าขาว (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี) 1 ขวด (640 มิลลิลิตร)

มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 640 มล. \times .40 = 256 มล. หรือ = 256 มล. \times 0.8 = 204.8 กรัม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมที่ไม่ติดเข้าไปในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุรามีขั้นตอนการสร้าง
เครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

ของตน ในช่องตารางแต่ละวันว่า 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ 3) ปริมาณการดื่ม ซึ่งแบบ
บันทึกนี้ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยสอบถาม และพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึง
เหตุการณ์ วัน เวลา สถานที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

สำหรับแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลจำนวนวันที่หยุดดื่มซึ่งสามารถนำไปคำนวณร้อยละของ
จำนวนวันที่หยุดดื่มได้เลย ส่วนจำนวนวันที่ดื่มหนัก ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากชนิดของสุราที่ดื่ม
และปริมาณการดื่มมาเทียบเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) หลังจากนั้นพิจารณาปริมาณ
การดื่ม ถ้าดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานแสดงว่ามีกรดื่มหนัก (มากกว่า 60 กรัม) จึงนำข้อมูลนี้ไปใช้
คำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก

หมายเหตุ การคำนวณหนึ่งหน่วยมาตรฐาน

ปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม)

$$= \text{ปริมาณที่ดื่ม(มล.)} \times \text{ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์(ดีกรี)} \times 0.8 \text{ กรัม}$$

โดย

ปริมาณแอลกอฮอล์หนึ่งหน่วยมาตรฐาน = 10 กรัม

แอลกอฮอล์ 1 มิลลิลิตร เท่ากับน้ำหนักแอลกอฮอล์ 0.8 กรัม

ดีกรีที่ระบุสำหรับเครื่องดื่มต่างๆ หมายถึงความเข้มข้นเป็นร้อยละของปริมาณแอลกอฮอล์ที่
มีอยู่ในเครื่องดื่ม

ตัวอย่างการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์

1. ถ้าดื่มเบียร์ (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี) 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร)

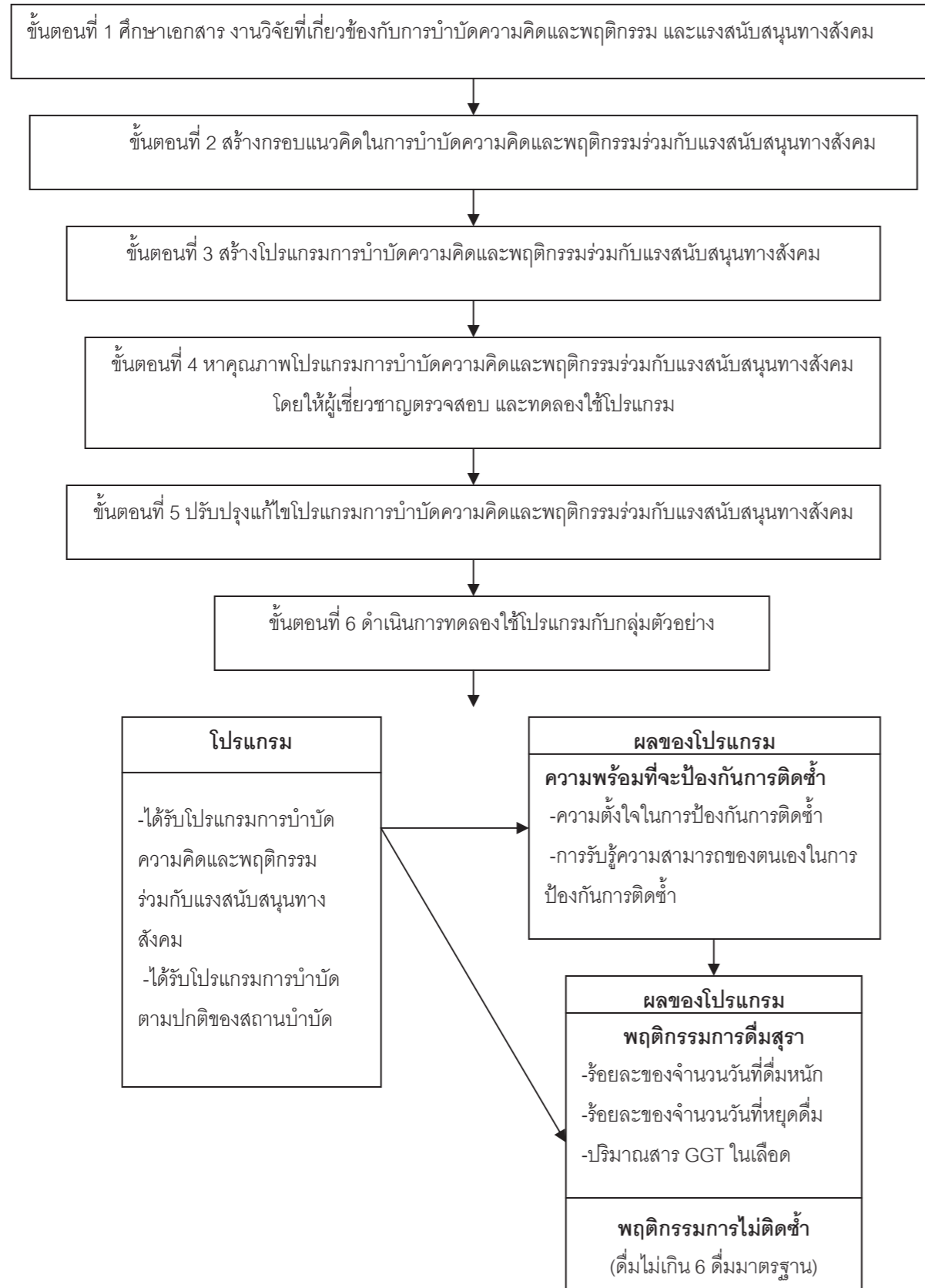
มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 330 มล. \times 0.05 = 16.5 มล. หรือ = 16.5 มล. \times 0.8 = 13.2 กรัม

2. ถ้าดื่มเหล้าขาว (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี) 1 ขวด (640 มิลลิลิตร)

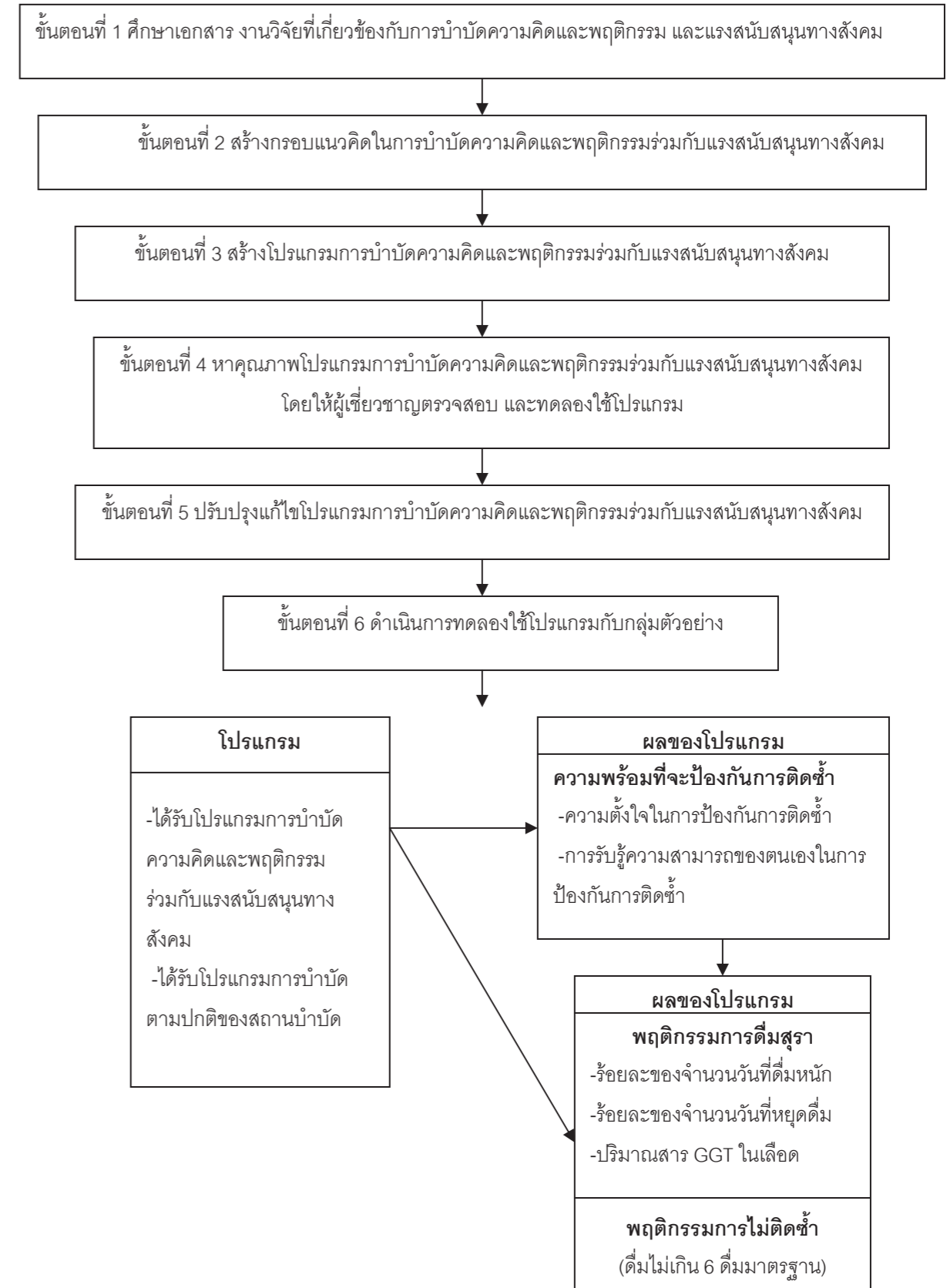
มีปริมาณแอลกอฮอล์ = 640 มล. \times .40 = 256 มล. หรือ = 256 มล. \times 0.8 = 204.8 กรัม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมที่ไม่ติดเข้าไปในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุรามีขั้นตอนการสร้าง
เครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ และได้มีการศึกษานำร่องเรื่องปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้บำบัดรักษาสุรา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยยาเสพติด ที่สถาบันธัญญารักษากับนายแพทย์ณัฏฐพร พิทยรัตน์เสถียร และดร.ดรุณี ภูขาว ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดรักษาโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รวมทั้งได้มีการพูดคุยกับนักบำบัด และผู้ป่วยสุราในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการติดซ้ำ ผู้วิจัยจึงได้ประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้นำแนวคิดพื้นฐานของความคิดและพฤติกรรมบำบัด กับแนวคิดการป้องกันการเสพยาของมาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt & Gordon) รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันการติดซ้ำโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน ในเรื่องของความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกในทางลบ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา สำหรับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ การเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา

สำหรับกลุ่มบำบัดที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่บนฐานของการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน มีการนำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย และสรุปประเด็นสำคัญเชื่อมโยงสู่ขั้นตอนต่อไป
2. ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผลของการทำกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาของตน และแนวทางการเผชิญปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ
3. ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการเพื่อนำไปใช้ และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ และได้มีการศึกษานำร่องเรื่องปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้บำบัดรักษาสุรา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยยาเสพติด ที่สถาบันธัญญารักษากับนายแพทย์ณัฏฐพร พิทยรัตน์เสถียร และดร.ดรุณี ภูขาว ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดรักษาโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รวมทั้งได้มีการพูดคุยกับนักบำบัด และผู้ป่วยสุราในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการติดซ้ำ ผู้วิจัยจึงได้ประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้นำแนวคิดพื้นฐานของความคิดและพฤติกรรมบำบัด กับแนวคิดการป้องกันการเสพยาของมาหลัท และกอร์ดอน (Marlatt & Gordon) รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันการติดซ้ำโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน ในเรื่องของความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกในทางลบ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา สำหรับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ การเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร้าที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา

สำหรับกลุ่มบำบัดที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่บนฐานของการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะของการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กิจกรรม มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน มีการนำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย และสรุปประเด็นสำคัญเชื่อมโยงสู่ขั้นตอนต่อไป
2. ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อน อภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผลของการทำกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาของตน และแนวทางการเผชิญปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ
3. ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการเพื่อนำไปใช้ และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วย

ได้ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ในช่วงนี้ จะมึงานให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นการบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการฝึกซ้ำๆ ทำให้เกิดทักษะ

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

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

นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุร่าจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งเนื้อหา วิธีการ กิจกรรม อุปกรณ์ และระยะเวลาที่ใช้ พบว่าเนื้อหาของกิจกรรมส่วนใหญ่มีความสอดคล้องต่อเนื่องกันดี แต่บางกิจกรรมยังมีความซ้ำซ้อนกัน ใช้เวลามาก จึงมีการปรับกิจกรรมย่อยให้มีความกระชับมากขึ้น และบางกิจกรรมให้ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มย่อย 2-3 คน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มีการปรับใบงานที่มีการเขียนค่อนข้างมากเป็นการออกแบบใบงานให้อ่านเข้าใจง่าย และมีการหาคำตอบที่หลากหลายวิธีมากขึ้น ได้แก่ เลือกคำตอบโดยการกากบาท เลือกคำตอบมาเติม การเติมคำหรือข้อความสั้นๆ ในช่องว่าง โดยคงไว้ซึ่งเนื้อหาและ วัตถุประสงค์เดิมของกิจกรรม

สำหรับความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาตามแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดสุร่าซ้ำ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามความรู้ที่เรียนในแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง รวมทั้งประเมินจากใบงานของผู้ป่วยที่แสดงว่ามีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม หลังจากนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และได้ประเมินผลการทดลองใช้ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมเพื่อให้ความเหมาะสมต่อไป และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไปจัดทำคู่มือการบำบัด และดำเนินกิจกรรมตามคู่มือการบำบัดกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสุร่า

ได้ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ในช่วงนี้ จะมึงานให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นการบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการฝึกซ้ำๆ ทำให้เกิดทักษะ

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

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

นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุร่าจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งเนื้อหา วิธีการ กิจกรรม อุปกรณ์ และระยะเวลาที่ใช้ พบว่าเนื้อหาของกิจกรรมส่วนใหญ่มีความสอดคล้องต่อเนื่องกันดี แต่บางกิจกรรมยังมีความซ้ำซ้อนกัน ใช้เวลามาก จึงมีการปรับกิจกรรมย่อยให้มีความกระชับมากขึ้น และบางกิจกรรมให้ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มย่อย 2-3 คน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มีการปรับใบงานที่มีการเขียนค่อนข้างมากเป็นการออกแบบใบงานให้อ่านเข้าใจง่าย และมีการหาคำตอบที่หลากหลายวิธีมากขึ้น ได้แก่ เลือกคำตอบโดยการกากบาท เลือกคำตอบมาเติม การเติมคำหรือข้อความสั้นๆ ในช่องว่าง โดยคงไว้ซึ่งเนื้อหาและ วัตถุประสงค์เดิมของกิจกรรม

สำหรับความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาตามแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดสุร่าซ้ำ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามความรู้ที่เรียนในแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง รวมทั้งประเมินจากใบงานของผู้ป่วยที่แสดงว่ามีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม หลังจากนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และได้ประเมินผลการทดลองใช้ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมเพื่อให้ความเหมาะสมต่อไป และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไปจัดทำคู่มือการบำบัด และดำเนินกิจกรรมตามคู่มือการบำบัดกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสุร่า

ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และสุ่มได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน

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

ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และสุ่มได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน

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

ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา

เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา และกิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
1.ก า ร ร ับ ร ู้ ผลกระทบจาก การดื่มสุรา	1.เ พื่ อ ส ร ้า ง สัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้วิจัย และ ผู้ป่วยด้วยกัน 2.เ พื่ อ ใ ห้ ผู้ ป ว ย ทบทวนสิ่งที่คาดหวัง ของการเข้ารับการ บำบัด 3.เพื่อทำความเข้าใจ หลักการและวิธีการ ของโปรแกรมการ บำบัดแบบความคิด และพฤติกรรม 4.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจ ปัญหา และ เห็น ผลกระทบของการดื่ม สุรา	-ก า ร ส ร ้า ง สัมพันธ์ภาพที่ดี การ ทำความเข้าใจถึง วิธีการบำบัด และ การทราบถึงสิ่งที่ คาดหวังในการ บำบัดรักษาเป็น ขั้นตอนแรกๆ ที่นัก บำบัด ทำ ความ เข้าใจ และทำความเข้าใจ รู้จักกับผู้ป่วย เพื่อ สร้างความไว้วางใจ การยอมรับ และ ความร่วมมือในการ บำบัด หลังจากนั้น จึง เริ่ม ใ ห้ ความ ร ู้ ซึ่ ใ้ เห็น ความ ผิดปกติของตับจาก การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และ	ขั้นเริ่มต้น: (25นาที) 1.ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วย แนะนำตัวเอง หลังจากนั้นให้ทำ ความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย กันด้วยกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จัก เธอ” 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียนถึงความ คาดหวังในการบำบัด 3.ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการ บำบัดรักษา ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผล ของการเข้ารับการบำบัด และให้ เล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับ การดื่มสุรา 2.ผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศน์ “สัญญาณอันตราย” 3.สอนใบความรู้ที่ 1เรื่องสมอง ติดแอลกอฮอล์และผลของสุราที่

ระยะที่1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา

เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และเห็นว่าการดื่มสุรามีโทษมากกว่าประโยชน์ โดยการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา และกิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
1.ก า ร ร ับ ร ู้ ผลกระทบจาก การดื่มสุรา	1.เ พื่ อ ส ร ้า ง สัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้วิจัย และ ผู้ป่วยด้วยกัน 2.เ พื่ อ ใ ห้ ผู้ ป ว ย ทบทวนสิ่งที่คาดหวัง ของการเข้ารับการ บำบัด 3.เพื่อทำความเข้าใจ หลักการและวิธีการ ของโปรแกรมการ บำบัดแบบความคิด และพฤติกรรม 4.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจ ปัญหา และ เห็น ผลกระทบของการดื่ม สุรา	-ก า ร ส ร ้า ง สัมพันธ์ภาพที่ดี การ ทำความเข้าใจถึง วิธีการบำบัด และ การทราบถึงสิ่งที่ คาดหวังในการ บำบัดรักษาเป็น ขั้นตอนแรกๆ ที่นัก บำบัด ทำ ความ เข้าใจ และทำความเข้าใจ รู้จักกับผู้ป่วย เพื่อ สร้างความไว้วางใจ การยอมรับ และ ความร่วมมือในการ บำบัด หลังจากนั้น จึง เริ่ม ใ ห้ ความ ร ู้ ซึ่ ใ้ เห็น ความ ผิดปกติของตับจาก การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และ	ขั้นเริ่มต้น: (25นาที) 1.ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วย แนะนำตัวเอง หลังจากนั้นให้ทำ ความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย กันด้วยกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จัก เธอ” 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียนถึงความ คาดหวังในการบำบัด 3.ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการ บำบัดรักษา ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผล ของการเข้ารับการบำบัด และให้ เล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับ การดื่มสุรา 2.ผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศน์ “สัญญาณอันตราย” 3.สอนใบความรู้ที่ 1เรื่องสมอง ติดแอลกอฮอล์และผลของสุราที่

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
		จึงให้วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุรามากขึ้น	มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยมาพูดคุยกัน 4.ผู้วิจัย แจก ใบงาน ที่ 1. “วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอ ขั้นสรุป: (15 นาที) 1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรม และสรุปสิ่งที่เรียนรู้ 2.ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน
2.ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นสัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดื่มสุรา 3.เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักต่อการแก้ไขปัญหการดื่มสุรา	-ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด และส่งผลอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยประเมินความคิดและอารมณ์เพื่อการเตรียมความพร้อม 2.ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน และพูดถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างโดยเล่าเหตุการณ์ใกล้ๆตัว เพื่ออธิบายให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียน แผน ที่ความคิด ในใบงานที่3 “โดยให้ผู้ป่วยทำในสถานการณ์ต่างๆ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
		จึงให้วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุรามากขึ้น	มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยมาพูดคุยกัน 4.ผู้วิจัย แจก ใบงาน ที่ 1. “วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอ ขั้นสรุป: (15 นาที) 1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรม และสรุปสิ่งที่เรียนรู้ 2.ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน
2.ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นสัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดื่มสุรา 3.เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักต่อการแก้ไขปัญหการดื่มสุรา	-ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด และส่งผลอย่างไรจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยประเมินความคิดและอารมณ์เพื่อการเตรียมความพร้อม 2.ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน และพูดถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างโดยเล่าเหตุการณ์ใกล้ๆตัว เพื่ออธิบายให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียน แผน ที่ความคิด ในใบงานที่3 “โดยให้ผู้ป่วยทำในสถานการณ์ต่างๆ

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

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

ระยะที่2 เสริมแรงจิตใจในการบำบัด

เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้ตัวแบบผู้ที่เลิกสูรยาได้สำเร็จมาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุร่าให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเองในช่วงเวลาที่สามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ และสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุร่า รวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่เป็นผู้สนับสนุนในการหยุดดื่ม พร้อมทั้งให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต ในระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า และความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
3.ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า	1.เพื่อ ให้ ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุร่า	- การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่าได้สำเร็จ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบจากเพื่อน และการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุร่า	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัย ทักทาย สอบถาม เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกกับเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงวันที่ผ่านมา 2.ผู้วิจัย ให้ ผู้ป่วย นำ เสนอ การบ้านที่ได้รับมอบหมาย “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม” ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัย ให้ ดู วิดีทัศน์ เรื่อง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่าถึง ประสบการณ์ของแต่ละคนในครั้งที่หยุดดื่มสุร่าได้ ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ 2.ผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และสิ่งสำคัญควรคำนึงถึง ในช่วงของการเลิกดื่มสุร่า

ระยะที่2 เสริมแรงจิตใจในการบำบัด

เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกภายในจิตใจให้มีความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้ตัวแบบผู้ที่เลิกสูรยาได้สำเร็จมาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุร่าให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเองในช่วงเวลาที่สามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ และสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุร่า รวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ที่เป็นผู้สนับสนุนในการหยุดดื่ม พร้อมทั้งให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต ในระยะนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า และความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
3.ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า	1.เพื่อ ให้ ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเส้นทางการเลิกดื่มสุร่า 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุร่า	- การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุร่าได้สำเร็จ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบจากเพื่อน และการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุร่า	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัย ทักทาย สอบถาม เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกกับเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงวันที่ผ่านมา 2.ผู้วิจัย ให้ ผู้ป่วย นำ เสนอ การบ้านที่ได้รับมอบหมาย “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม” ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัย ให้ ดู วิดีทัศน์ เรื่อง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่าถึง ประสบการณ์ของแต่ละคนในครั้งที่หยุดดื่มสุร่าได้ ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ 2.ผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และสิ่งสำคัญควรคำนึงถึง ในช่วงของการเลิกดื่มสุร่า

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
4. ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจิตใจในการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด	- การเสริมแรงจิตใจโดยการให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวที่รู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลัง มีความมุ่งมั่น มีกำลังใจในการเริ่มต้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปสู่สิ่งที่ปรารถนาอย่างมีเป้าหมาย	3. ผู้วิจัยนำผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุราที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการดำรงตนในการหยุดดื่มสุรา 4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอพร้อมกับบอกถึงวิธีการที่นำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ ขั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านในใบงานที่ 6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา” ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา 2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัยประเมินแรงจิตใจในการบำบัด และพูดคุยเกี่ยวกับแรงจิตใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน 2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหลับตา และอยู่ในท่ามกลางที่สบาย ให้ย้อนคิดถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รักหรือบุคคลที่ใกล้ชิดคอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ ที่เป็นแรงยึดเหนี่ยวจิตใจในการบำบัด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
4. ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจิตใจในการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด	- การเสริมแรงจิตใจโดยการให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวที่รู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลัง มีความมุ่งมั่น มีกำลังใจในการเริ่มต้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปสู่สิ่งที่ปรารถนาอย่างมีเป้าหมาย	3. ผู้วิจัยนำผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุราที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการดำรงตนในการหยุดดื่มสุรา 4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำเสนอพร้อมกับบอกถึงวิธีการที่นำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ ขั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านในใบงานที่ 6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา” ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา 2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัยประเมินแรงจิตใจในการบำบัด และพูดคุยเกี่ยวกับแรงจิตใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน 2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหลับตา และอยู่ในท่ามกลางที่สบาย ให้ย้อนคิดถึงบุคคลสำคัญที่เป็นที่รักหรือบุคคลที่ใกล้ชิดคอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ ที่เป็นแรงยึดเหนี่ยวจิตใจในการบำบัด

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

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

ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ

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

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
5.การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา	1.เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ 3.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้	-การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา	ขั้นเริ่มต้น: (25นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน 2.เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80นาที) 1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น -ผู้หญิงยืนเท้าสะเอวหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยืนถือขวดเหล้า -ผู้ชายยืนแก้วเหล้า ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น 2.ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติในใบความรู้ที่2 โดยความคิดส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของ

ระยะที่3 การพัฒนาทักษะ

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

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
5.การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา	1.เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ 3.เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้	-การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา	ขั้นเริ่มต้น: (25นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน 2.เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80นาที) 1.ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น -ผู้หญิงยืนเท้าสะเอวหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยืนถือขวดเหล้า -ผู้ชายยืนแก้วเหล้า ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น 2.ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติในใบความรู้ที่2 โดยความคิดส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>บุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำ</p> <p>3.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลของความคิดนั้น</p> <p>4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยสรุปความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุราดังนี้</p> <p>1) ความเชื่อมั่นในตนเอง</p> <p>2) ความคาดหวังต่อการดื่มสุราทางบวก 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเองในการดื่ม</p> <p>4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การดื่ม</p> <p>5.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง</p> <p>6.ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม 2-3 คน ทำใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา”</p> <p>7.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานที่ 11</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>บุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำ</p> <p>3.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลของความคิดนั้น</p> <p>4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยสรุปความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุราดังนี้</p> <p>1) ความเชื่อมั่นในตนเอง</p> <p>2) ความคาดหวังต่อการดื่มสุราทางบวก 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเองในการดื่ม</p> <p>4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การดื่ม</p> <p>5.ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง</p> <p>6.ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม 2-3 คน ทำใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา”</p> <p>7.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานที่ 11</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
6.การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจกระบวนการเกิดขึ้นและหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้	- การที่ผู้ป่วยสุราเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของความรู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม และสามารถเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่มอย่างมีประสิทธิภาพ	“ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และอภิปรายร่วมกัน 3. ชั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยทำใบงานที่12 “แบบสำรวจตนเอง” ชั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ทักทาย สอบถามสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา 2. นำเสนองานที่ได้รับมอบหมายพร้อมปัญหาอุปสรรค ชั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3 “ความรู้สึกอยากดื่ม” 2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้น มักรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
6.การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจกระบวนการเกิดขึ้นและหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้	- การที่ผู้ป่วยสุราเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของความรู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม และสามารถเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่มอย่างมีประสิทธิภาพ	“ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และอภิปรายร่วมกัน 3. ชั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยทำใบงานที่12 “แบบสำรวจตนเอง” ชั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ทักทาย สอบถามสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา 2. นำเสนองานที่ได้รับมอบหมายพร้อมปัญหาอุปสรรค ชั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3 “ความรู้สึกอยากดื่ม” 2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้น มักรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>3. ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วย</p> <p>1)จดจำสิ่งกระตุ้น โดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนจะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มมีอะไรบ้าง เขียนลงบนกระดาษเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น</p> <p>2)เผชิญหน้ากับความอยากดื่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) โดยให้ช่วยระดมสมองว่ามีวิธีอะไรบ้าง -ให้บอกกับบุคคลที่เข้าใจเรา และไว้ใจได้เพื่อให้เขาช่วยเหลือ -ให้ผู้ป่วยฝึกการโต้กับความรู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing) -ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) และฝึกให้พูดกับตนเองทีละคน <p>4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จในงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”</p> <p>ขั้นสรุป: (15 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นของกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>3. ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วย</p> <p>1)จดจำสิ่งกระตุ้น โดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนจะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มมีอะไรบ้าง เขียนลงบนกระดาษเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น</p> <p>2)เผชิญหน้ากับความอยากดื่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) โดยให้ช่วยระดมสมองว่ามีวิธีอะไรบ้าง -ให้บอกกับบุคคลที่เข้าใจเรา และไว้ใจได้เพื่อให้เขาช่วยเหลือ -ให้ผู้ป่วยฝึกการโต้กับความรู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing) -ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) และฝึกให้พูดกับตนเองทีละคน <p>4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จในงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”</p> <p>ขั้นสรุป: (15 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นของกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
7.การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 3.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีแนวทางการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม	-การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์และชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาด นำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย 2.ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา” 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนี้ยกยอนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆนี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน 3.ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง จนนำเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง 4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกัน และทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” ให้ผู้ป่วยเสนอแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้เข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และอธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีการป้องกันคือ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
7.การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 3.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีแนวทางการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม	-การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์และชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาด นำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย 2.ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา” 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนี้ยกยอนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆนี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน 3.ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง จนนำเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง 4.ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกัน และทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” ให้ผู้ป่วยเสนอแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้เข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และอธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีการป้องกันคือ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
8. การพัฒนาทักษะการปฏิบัติและการดื่มสุรา	1. เพื่อให้ผู้ปวดยเรียนรู้วิธีการปฏิบัติและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้ปวดยฝึกทักษะการปฏิบัติและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม	- การที่ผู้ปวดยจะหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีการกระตุ้น เชิญชวน หรือเป็นแรงกดดัน ให้กลับไปดื่มสุรานั้นเป็นเรื่องยาก ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ	- ให้จดจำสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่ม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยง - ให้ ความ สำคัญ สำหรับกระบวนการตัดสินใจ ให้จดจำความคิดที่นำไปสู่การตัดสินใจเสี่ยงในเหตุการณ์ต่างๆ - ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่าอะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการรับมืออย่างไร ขั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ปวดยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม” ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ปวดย 2. ให้ผู้ปวดยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัย ให้ ผู้ปวดย เล่า ถึง ประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำไปสู่การดื่มสุราประสบการณ์ในการปฏิบัติสุรา 2. ผู้วิจัยให้ผู้ปวดยทำใบงานที่ 16

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
8. การพัฒนาทักษะการปฏิบัติและการดื่มสุรา	1. เพื่อให้ผู้ปวดยเรียนรู้วิธีการปฏิบัติและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้ปวดยฝึกทักษะการปฏิบัติและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม	- การที่ผู้ปวดยจะหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีการกระตุ้น เชิญชวน หรือเป็นแรงกดดัน ให้กลับไปดื่มสุรานั้นเป็นเรื่องยาก ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ	- ให้จดจำสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่ม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยง - ให้ ความ สำคัญ สำหรับกระบวนการตัดสินใจ ให้จดจำความคิดที่นำไปสู่การตัดสินใจเสี่ยงในเหตุการณ์ต่างๆ - ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่าอะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการรับมืออย่างไร ขั้นสรุป: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ปวดยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม” ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ปวดย 2. ให้ผู้ปวดยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1. ผู้วิจัย ให้ ผู้ปวดย เล่า ถึง ประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำไปสู่การดื่มสุราประสบการณ์ในการปฏิบัติสุรา 2. ผู้วิจัยให้ผู้ปวดยทำใบงานที่ 16

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
		<p>จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้</p>	<p>“สถานการณ์เสี่ยงต่อการติ่มสุรา”วิเคราะห์สถานการณ์จัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิบัติ</p> <p>3.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น</p> <p>4.ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการในการปฏิบัติ/การกล้ายืนยันในสิทธิของตนเองที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่5</p> <p>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติอีกครั้ง และสลับคู่ฝึกกับผู้ป่วยท่านอื่น</p> <p>6.ผู้ป่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ขั้นสรุปผล: (15 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิบัติและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
		<p>จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้</p>	<p>“สถานการณ์เสี่ยงต่อการติ่มสุรา”วิเคราะห์สถานการณ์จัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิบัติ</p> <p>3.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น</p> <p>4.ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการในการปฏิบัติ/การกล้ายืนยันในสิทธิของตนเองที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่5</p> <p>5.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติอีกครั้ง และสลับคู่ฝึกกับผู้ป่วยท่านอื่น</p> <p>6.ผู้ป่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ขั้นสรุปผล: (15 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยและผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิบัติและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป</p>

ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา และทบทวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
9.แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา	1.เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 3.เพื่อให้ผู้ป่วย บุคคลสำคัญและผู้วิจัยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษา	-การให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ ความรับผิดชอบร่วมกัน จนสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย 2.ให้ผู้พวายนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญแนะนำตัว 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย 3.ผู้วิจัยพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในกลุ่ม ให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราในใบความรู้ที่6 “แรงสนับสนุนทาง

ระยะที่4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงของชีวิต โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา และทบทวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
9.แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา	1.เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 3.เพื่อให้ผู้ป่วย บุคคลสำคัญและผู้วิจัยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษา	-การให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ ความรับผิดชอบร่วมกัน จนสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้	ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1.ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย 2.ให้ผู้พวายนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม ขั้นดำเนินการ: (80 นาที) 1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญแนะนำตัว 2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย 3.ผู้วิจัยพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในกลุ่ม ให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราในใบความรู้ที่6 “แรงสนับสนุนทาง

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
10. ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ทบทวนแผนการบำบัด และเป้าหมายของการบำบัด 2. เพื่อยุติๆ การทำกลุ่ม และนัดหมายติดตามผล	-ทบทวนรูปแบบของความคิดที่นำสู่การตัดสินใจ การป้องกันการตัดสินใจ และทักษะที่สำคัญที่ได้รับจากการฝึกฝน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	สังคมกับการฟื้นฟูสภาพ" 4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด 5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 "เครือข่ายความช่วยเหลือ" 6. ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา ขั้นสรุปผล: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองว่าในชีวิตประจำวัน -มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข -มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวล ไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
10. ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ทบทวนแผนการบำบัด และเป้าหมายของการบำบัด 2. เพื่อยุติๆ การทำกลุ่ม และนัดหมายติดตามผล	-ทบทวนรูปแบบของความคิดที่นำสู่การตัดสินใจ การป้องกันการตัดสินใจ และทักษะที่สำคัญที่ได้รับจากการฝึกฝน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	สังคมกับการฟื้นฟูสภาพ" 4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด 5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 "เครือข่ายความช่วยเหลือ" 6. ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา ขั้นสรุปผล: (15 นาที) 1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม 2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองว่าในชีวิตประจำวัน -มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข -มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวล ไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน ขั้นเริ่มต้น: (25 นาที) 1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>ขั้นดำเนินการ: (80 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยให้ผู้ปวยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีสิ่งที่ต้องการทำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เราชอบ ทำแล้วมีความสุข กับสิ่งที่ควรทำ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ เราต้องพยายามทำให้มีความสุขด้วยกัน โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราก็จะน้อยลง</p> <p>3.ผู้วิจัยให้ผู้ปวย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และ ทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ</p> <p>4.อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จ และความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ</p> <p>5.ผู้วิจัยให้ผู้ปวยซักถามข้อสงสัย</p> <p>ขั้นสรุป: (15 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยและผู้ปวย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผล เพื่อมาพบกันอีก 3 ครั้ง</p>

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด	วิธีการดำเนินการ
			<p>ขั้นดำเนินการ: (80 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยให้ผู้ปวยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีสิ่งที่ต้องการทำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เราชอบ ทำแล้วมีความสุข กับสิ่งที่ควรทำ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ เราต้องพยายามทำให้มีความสุขด้วยกัน โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราก็จะน้อยลง</p> <p>3.ผู้วิจัยให้ผู้ปวย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และ ทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ</p> <p>4.อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จ และความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ</p> <p>5.ผู้วิจัยให้ผู้ปวยซักถามข้อสงสัย</p> <p>ขั้นสรุป: (15 นาที)</p> <p>1.ผู้วิจัยและผู้ปวย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผล เพื่อมาพบกันอีก 3 ครั้ง</p>

การดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเพื่อนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์การดื่มสุรา และการตรวจหาสาร GGT ในเลือด มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลในสถานบำบัด ผู้วิจัยมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ไปที่สถาบันรัฐบุรุษเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้พิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และขอเข้าเก็บข้อมูล โดยแนบเอกสารโครงร่างงานวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและดำเนินงานอย่างเป็นระบบเชื่อมต่อกันในแต่ละหน่วยงาน โดยมีบทบาทดังนี้

-หน่วยงานผู้ป่วยนอก มีบทบาทในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าโครงการวิจัย และติดสติ๊กเกอร์เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ป่วยในโครงการวิจัย

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

-หน่วยงานพยาธิวิทยา มีบทบาทในการเจาะเลือดตรวจ เก็บส่งตรวจโดยนำเลือดไปปั่นแยกซีรัมและเก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมเพื่อรอส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก

- หน่วยงานติดตามการรักษา มีบทบาทเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยสุราเบื้องต้นเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยตั้งแต่หน่วยงานผู้ป่วยนอก (OPD) โดยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กับผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ พร้อมทั้งเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะติดสติ๊กเกอร์หน้า chart ผู้ป่วย และในใบตรวจเลือดว่า “โครงการวิจัย” เพื่อแสดงให้เจ้าหน้าที่ทราบ ว่า ผู้ป่วยรายนี้เข้าโครงการวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เมื่อผู้ป่วยสุราเข้าบำบัดรักษาในตึก ผู้วิจัยจะเข้าไปคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆกัน

การดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเพื่อนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์การดื่มสุรา และการตรวจหาสาร GGT ในเลือด มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลในสถานบำบัด ผู้วิจัยมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ไปที่สถาบันรัฐบุรุษเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้พิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และขอเข้าเก็บข้อมูล โดยแนบเอกสารโครงร่างงานวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและดำเนินงานอย่างเป็นระบบเชื่อมต่อกันในแต่ละหน่วยงาน โดยมีบทบาทดังนี้

-หน่วยงานผู้ป่วยนอก มีบทบาทในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าโครงการวิจัย และติดสติ๊กเกอร์เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ป่วยในโครงการวิจัย

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

-หน่วยงานพยาธิวิทยา มีบทบาทในการเจาะเลือดตรวจ เก็บส่งตรวจโดยนำเลือดไปปั่นแยกซีรัมและเก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมเพื่อรอส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก

- หน่วยงานติดตามการรักษา มีบทบาทเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในเดือนที่1, 2 และเดือนที่ 3

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยสุราเบื้องต้นเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยตั้งแต่หน่วยงานผู้ป่วยนอก (OPD) โดยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กับผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ พร้อมทั้งเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะติดสติ๊กเกอร์หน้า chart ผู้ป่วย และในใบตรวจเลือดว่า “โครงการวิจัย” เพื่อแสดงให้เจ้าหน้าที่ทราบ ว่า ผู้ป่วยรายนี้เข้าโครงการวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เมื่อผู้ป่วยสุราเข้าบำบัดรักษาในตึก ผู้วิจัยจะเข้าไปคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆกัน

3. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

4. ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

5. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ที่หน่วยงานติดตามการรักษา เจ้าหน้าที่จะออกไปนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่สถานบำบัด 6 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1, 2, 3, 6, 9 และ 1 ปี โดยผู้ป่วยวิจัยจะมีสติ๊กเกอร์ “โครงการวิจัย” ติดที่หน้าใบนัด และในวันนัดเดือนที่ 1, 2, และ 3 จะเขียนข้อความด้วยปากกาสีแดงว่า “GGT” ซึ่งเป็นการแสดงให้ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในครั้งนั้นต้องมีเจาะเลือดเพื่อตรวจสาร GGT ด้วย และมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสอบถามข้อมูลการดื่มสุรา

7. ในระยะติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจึงมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่ 1, 2 และ 3 โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ในห้่งติดตามการรักษาของสถาบันธัญญารักษ์ จะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำพฤติกรรมกรรมการดื่มไปคำนวณหาร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด

หมายเหตุ ก่อนถึงวันนัดผู้วิจัยจะโทรเตือนล่วงหน้า 2-3 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่สถานบำบัด และโทรติดตามเมื่อผู้ป่วยผิดนัด นอกจากนี้ในบางรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ และมีบ้านอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และบริเวณทลจะมีการไปติดตามที่บ้าน

3. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

4. ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด

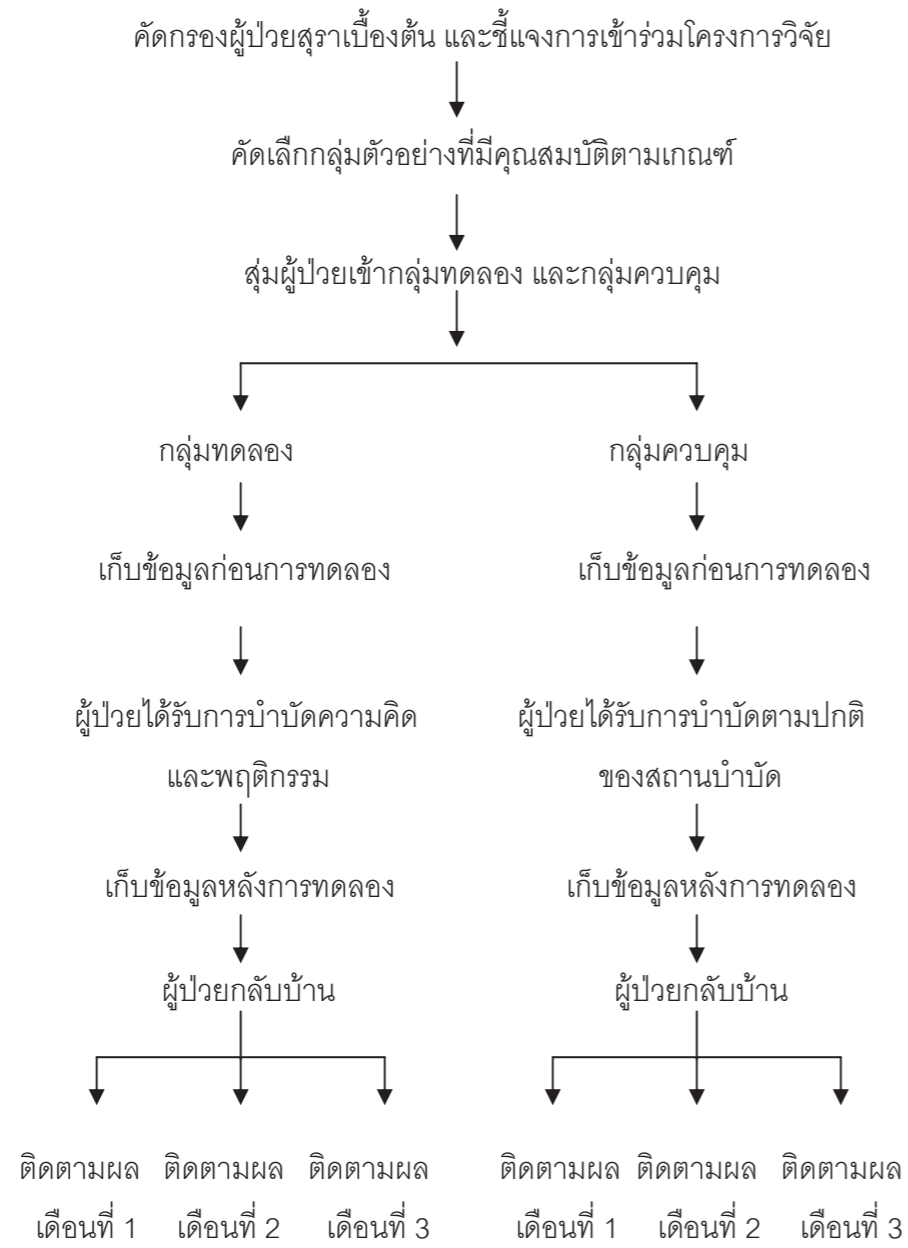
5. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ที่หน่วยงานติดตามการรักษา เจ้าหน้าที่จะออกไปนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่สถานบำบัด 6 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1, 2, 3, 6, 9 และ 1 ปี โดยผู้ป่วยวิจัยจะมีสติ๊กเกอร์ “โครงการวิจัย” ติดที่หน้าใบนัด และในวันนัดเดือนที่ 1, 2, และ 3 จะเขียนข้อความด้วยปากกาสีแดงว่า “GGT” ซึ่งเป็นการแสดงให้ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในครั้งนั้นต้องมีเจาะเลือดเพื่อตรวจสาร GGT ด้วย และมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสอบถามข้อมูลการดื่มสุรา

7. ในระยะติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจึงมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่ 1, 2 และ 3 โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ในห้่งติดตามการรักษาของสถาบันธัญญารักษ์ จะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำพฤติกรรมกรรมการดื่มไปคำนวณหาร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด

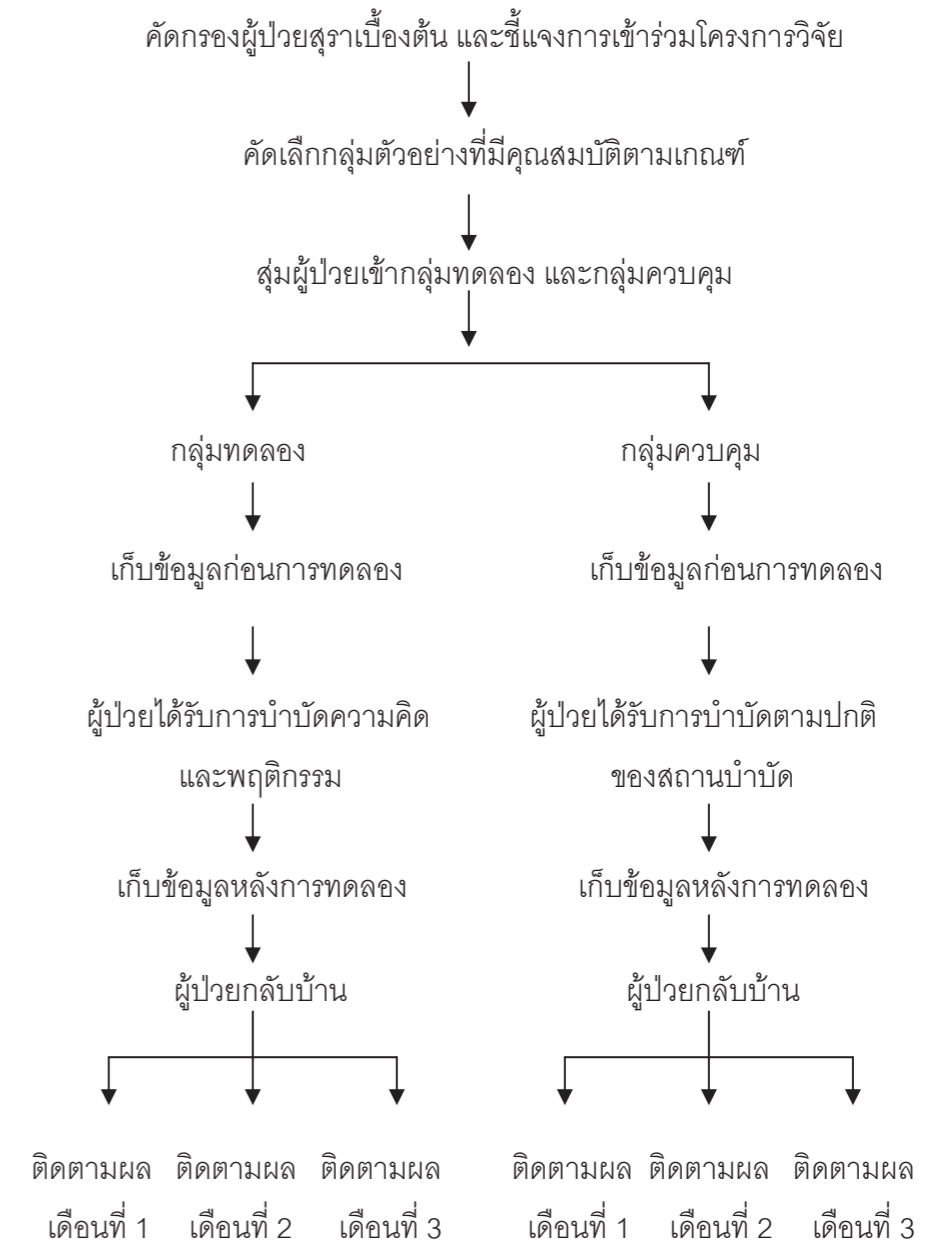
หมายเหตุ ก่อนถึงวันนัดผู้วิจัยจะโทรเตือนล่วงหน้า 2-3 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่สถานบำบัด และโทรติดตามเมื่อผู้ป่วยผิดนัด นอกจากนี้ในบางรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ และมีบ้านอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และบริเวณทลจะมีการไปติดตามที่บ้าน

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการได้ดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการได้ดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการ

ตาราง 1 การประเมินผลการทดลอง

รายการ	ระยะเวลา				
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	สิ้นสุดการทดลอง(เดือน)		
			1	2	3
-ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ	✓	✓			
-การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	✓	✓			
-ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก	✓		✓	✓	✓
-ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	✓		✓	✓	✓
-ปริมาณสาร GGT ในเลือด	✓		✓	✓	✓
-พฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ			✓	✓	✓

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2
3. การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3
4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4

ตาราง 1 การประเมินผลการทดลอง

รายการ	ระยะเวลา				
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	สิ้นสุดการทดลอง(เดือน)		
			1	2	3
-ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ	✓	✓			
-การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	✓	✓			
-ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก	✓		✓	✓	✓
-ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	✓		✓	✓	✓
-ปริมาณสาร GGT ในเลือด	✓		✓	✓	✓
-พฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ			✓	✓	✓

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2
3. การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3
4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4

F	แทน ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณ
χ^2	แทน ค่าสถิติไคสแควร์
β	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยรูปแบบคะแนนมาตรฐาน
R ²	แทน ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์
Sig	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
Pre-test	แทน การวัดก่อนการทดลอง
Post-test	แทน การวัดหลังการทดลอง
FU-1	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1
FU-2	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2
FU-3	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้าในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวนทั้งสิ้น 80 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยต้องออกจากโปรแกรมการบำบัด และไม่สามารถติดตามได้ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดตามได้ 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด 29 คน ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

F	แทน ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณ
χ^2	แทน ค่าสถิติไคสแควร์
β	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยรูปแบบคะแนนมาตรฐาน
R ²	แทน ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์
Sig	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
Pre-test	แทน การวัดก่อนการทดลอง
Post-test	แทน การวัดหลังการทดลอง
FU-1	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1
FU-2	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2
FU-3	แทน การวัดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้าในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวนทั้งสิ้น 80 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยต้องออกจากโปรแกรมการบำบัด และไม่สามารถติดตามได้ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดตามได้ 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด 29 คน ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่มทดลอง (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=40)	รวม (n=80)		กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=29)	รวม (n=59)	
อายุเฉลี่ย (SD)	39 ปี (9.2)	42 ปี (8.6)	40 ปี (9.1)	.053	40 ปี (9.5)	42 ปี (8.7)	40 ปี (9.1)	.335
สถานภาพสมรส								
โสด	17(42.5)	13(32.5)	30(37.5)	.728	12(40.0)	10(34.5)	22(37.3)	.964
สมรส	18(45.0)	24(60.0)	42(52.5)		13(43.3)	16(55.2)	29(49.1)	
หม้าย/หย่า/แยก	5(12.5)	3(7.5)	8(10.0)		5(16.7)	3(10.3)	8(13.6)	
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	7(17.5)	14(35.0)	21(26.3)	.005*	4(13.3)	12(41.4)	16(27.1)	.002*
มัธยมศึกษา	22(55.0)	24(60.0)	46(57.4)		16(53.4)	15(51.7)	31(52.6)	
ตั้งแต่อายุ 13 ปีขึ้นไป	11(27.5)	2(5.0)	13(16.3)		10(33.3)	2(6.9)	12(20.3)	
อาชีพในปัจจุบัน								
พ่อบ้าน	11(27.5)	7(17.5)	18(22.5)	.088	8(26.7)	4(13.8)	12(20.33)	.254
เกษตรกร	2(5.0)	0	2(2.5)		2(6.7)	0	2(3.4)	
กรรมกร/งานรับจ้าง	18(45.0)	20(50.0)	38(47.5)		15(50.0)	16(55.2)	31(52.5)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	7(17.5)	6(15.0)	13(16.3)		3(10.0)	5(17.2)	8(13.6)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2(5.0)	7(17.5)	9(11.3)		2(6.7)	4(13.8)	6(10.2)	
รายได้รวมต่อเดือน								
ไม่มีรายได้	6(15.0)	1(2.5)	7(8.8)	.91	5(16.7)	0	5(8.5)	.710
น้อยกว่า 5,000	6(15.0)	14(35.0)	20(25.0)		4(13.3)	13(44.8)	17(28.8)	
5,000-7,500	11(27.5)	9(22.5)	20(25.0)		6(20.0)	5(17.2)	11(18.6)	
7,500 ขึ้นไป	17(42.5)	16(40.0)	33(41.3)		15(50.0)	11(37.9)	26(44.1)	

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่มทดลอง (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=40)	รวม (n=80)		กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=29)	รวม (n=59)	
อายุเฉลี่ย (SD)	39 ปี (9.2)	42 ปี (8.6)	40 ปี (9.1)	.053	40 ปี (9.5)	42 ปี (8.7)	40 ปี (9.1)	.335
สถานภาพสมรส								
โสด	17(42.5)	13(32.5)	30(37.5)	.728	12(40.0)	10(34.5)	22(37.3)	.964
สมรส	18(45.0)	24(60.0)	42(52.5)		13(43.3)	16(55.2)	29(49.1)	
หม้าย/หย่า/แยก	5(12.5)	3(7.5)	8(10.0)		5(16.7)	3(10.3)	8(13.6)	
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	7(17.5)	14(35.0)	21(26.3)	.005*	4(13.3)	12(41.4)	16(27.1)	.002*
มัธยมศึกษา	22(55.0)	24(60.0)	46(57.4)		16(53.4)	15(51.7)	31(52.6)	
ตั้งแต่อายุ 13 ปีขึ้นไป	11(27.5)	2(5.0)	13(16.3)		10(33.3)	2(6.9)	12(20.3)	
อาชีพในปัจจุบัน								
พ่อบ้าน	11(27.5)	7(17.5)	18(22.5)	.088	8(26.7)	4(13.8)	12(20.33)	.254
เกษตรกร	2(5.0)	0	2(2.5)		2(6.7)	0	2(3.4)	
กรรมกร/งานรับจ้าง	18(45.0)	20(50.0)	38(47.5)		15(50.0)	16(55.2)	31(52.5)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	7(17.5)	6(15.0)	13(16.3)		3(10.0)	5(17.2)	8(13.6)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2(5.0)	7(17.5)	9(11.3)		2(6.7)	4(13.8)	6(10.2)	
รายได้รวมต่อเดือน								
ไม่มีรายได้	6(15.0)	1(2.5)	7(8.8)	.91	5(16.7)	0	5(8.5)	.710
น้อยกว่า 5,000	6(15.0)	14(35.0)	20(25.0)		4(13.3)	13(44.8)	17(28.8)	
5,000-7,500	11(27.5)	9(22.5)	20(25.0)		6(20.0)	5(17.2)	11(18.6)	
7,500 ขึ้นไป	17(42.5)	16(40.0)	33(41.3)		15(50.0)	11(37.9)	26(44.1)	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม		กลุ่ม	กลุ่ม	รวม	
	ทดลอง (n=40)	ควบคุม (n=40)	(n=80)		ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=29)	(n=59)	
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน								
อยู่คนเดียว	6(15.0)	9(22.5)	15(18.8)	.735	4(13.3)	7(24.1)	11(18.6)	.676
อยู่กับครอบครัว	27(67.5)	19(47.5)	46(57.5)		21(70.0)	16(55.2)	37(62.7)	
อยู่กับบุคคลอื่นๆ	7(17.5)	12(30.0)	19(23.8)		5(16.7)	6(20.7)	11(18.6)	
จำนวนครั้งที่เข้ารักษา								
1 ครั้ง	21(52.5)	28(70.0)	49(61.3)	.297	18(60.0)	21(72.4)	39(66.1)	.439
2 ครั้ง	13(32.5)	6(15.0)	19(23.8)		7(23.3)	4(13.8)	11(18.6)	
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	6(15.0)	6(15.0)	12(15.0)		5(16.7)	4(13.8)	9(15.3)	

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด 80 คน มีข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน นอกจากข้อมูลด้านการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคล้ายคลึงกับข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในช่วงติดตามผล 59 คน

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม		กลุ่ม	กลุ่ม	รวม	
	ทดลอง (n=40)	ควบคุม (n=40)	(n=80)		ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=29)	(n=59)	
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน								
อยู่คนเดียว	6(15.0)	9(22.5)	15(18.8)	.735	4(13.3)	7(24.1)	11(18.6)	.676
อยู่กับครอบครัว	27(67.5)	19(47.5)	46(57.5)		21(70.0)	16(55.2)	37(62.7)	
อยู่กับบุคคลอื่นๆ	7(17.5)	12(30.0)	19(23.8)		5(16.7)	6(20.7)	11(18.6)	
จำนวนครั้งที่เข้ารักษา								
1 ครั้ง	21(52.5)	28(70.0)	49(61.3)	.297	18(60.0)	21(72.4)	39(66.1)	.439
2 ครั้ง	13(32.5)	6(15.0)	19(23.8)		7(23.3)	4(13.8)	11(18.6)	
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	6(15.0)	6(15.0)	12(15.0)		5(16.7)	4(13.8)	9(15.3)	

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด 80 คน มีข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน นอกจากข้อมูลด้านการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคล้ายคลึงกับข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในช่วงติดตามผล 59 คน

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม		กลุ่ม	กลุ่ม	รวม	
	ทดลอง	ควบคุม	(n=80)		ทดลอง	ควบคุม	(n=59)	
	(n=40)	(n=40)			(n=30)	(n=29)		
อายุที่เริ่มดื่มสุรา								
10-14 ปี	6(15.0)	5(12.5)	11(13.8)	.470	4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	.145
15-19 ปี	20(50.0)	24(60.0)	44(55.0)		14(46.7)	18(62.1)	32(54.2)	
20-24 ปี	10(25.0)	10(25.0)	20(25.0)		8(26.7)	7(24.1)	15(25.4)	
25 ปีขึ้นไป	4(10.0)	1(2.5)	5(6.3)		4(13.3)	0	4(6.8)	
อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม	18 ปี	18 ปี	18 ปี		19 ปี	18 ปี	18 ปี	
(SD)	(4.6)	(3.1)	(3.9)		(4.9)	(2.3)	(3.9)	
อายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ								
10-19 ปี	9(22.5)	2(5.0)	11(13.8)	.372	8(26.7)	2(6.9)	10(16.9)	.924
20-29 ปี	17(42.5)	24(60.0)	41(51.3)		9(30.0)	19(65.5)	28(47.5)	
30-39 ปี	9(22.5)	9(22.5)	18(22.5)		8(26.7)	5(17.2)	13(22.0)	
40 ปีขึ้นไป	5(12.5)	5(12.5)	10(12.5)		5(16.7)	3(10.3)	8(13.6)	
อายุเฉลี่ยที่ดื่ม	28 ปี	28 ปี	28 ปี		29 ปี	27 ปี	28 ปี	
เป็นประจำ (SD)	(14.2)	(8.3)	(11.6)		(15.7)	(8.1)	(12.5)	
ชนิดของเหล้าที่ดื่ม								
เหล้าขาว	31(77.5)	31(77.5)	62(77.5)	.756	24(80.0)	23(79.3)	47(79.7)	.698
เหล้าสี	5(12.5)	4(10.0)	9(11.3)		2(6.7)	1(3.4)	3(5.1)	
เบียร์	4(10.0)	4(10.0)	8(10.0)		4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	
อื่นๆ (เหล้าเถื่อน)	0	1(2.5)	1(1.3)		0	1(3.4)	1(1.7)	
ปริมาณสุราที่ดื่ม/วัน (Standard drink)								
≤6	4(10.0)	4(10.0)	8(10.0)	.231	4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	.175
7-12	12(30.0)	20(50.0)	32(40.0)		7(23.4)	14(48.3)	21(35.6)	
13-18	4(10.0)	0	4(5.0)		3(10.0)	0	3(5.1)	
มากกว่า18	20(50.0)	16(40.0)	36(45.0)		16(53.3)	11(37.9)	27(45.8)	
ปริมาณสุราที่ดื่ม	18 sd	20 sd	19 sd		18 sd	19 sd	18 sd	
เฉลี่ย/ วัน (SD)	(10.7)	(16.5)	(13.8)		(11.2)	(16.7)	(14.1)	

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม		กลุ่ม	กลุ่ม	รวม	
	ทดลอง	ควบคุม	(n=80)		ทดลอง	ควบคุม	(n=59)	
	(n=40)	(n=40)			(n=30)	(n=29)		
อายุที่เริ่มดื่มสุรา								
10-14 ปี	6(15.0)	5(12.5)	11(13.8)	.470	4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	.145
15-19 ปี	20(50.0)	24(60.0)	44(55.0)		14(46.7)	18(62.1)	32(54.2)	
20-24 ปี	10(25.0)	10(25.0)	20(25.0)		8(26.7)	7(24.1)	15(25.4)	
25 ปีขึ้นไป	4(10.0)	1(2.5)	5(6.3)		4(13.3)	0	4(6.8)	
อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม	18 ปี	18 ปี	18 ปี		19 ปี	18 ปี	18 ปี	
(SD)	(4.6)	(3.1)	(3.9)		(4.9)	(2.3)	(3.9)	
อายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ								
10-19 ปี	9(22.5)	2(5.0)	11(13.8)	.372	8(26.7)	2(6.9)	10(16.9)	.924
20-29 ปี	17(42.5)	24(60.0)	41(51.3)		9(30.0)	19(65.5)	28(47.5)	
30-39 ปี	9(22.5)	9(22.5)	18(22.5)		8(26.7)	5(17.2)	13(22.0)	
40 ปีขึ้นไป	5(12.5)	5(12.5)	10(12.5)		5(16.7)	3(10.3)	8(13.6)	
อายุเฉลี่ยที่ดื่ม	28 ปี	28 ปี	28 ปี		29 ปี	27 ปี	28 ปี	
เป็นประจำ (SD)	(14.2)	(8.3)	(11.6)		(15.7)	(8.1)	(12.5)	
ชนิดของเหล้าที่ดื่ม								
เหล้าขาว	31(77.5)	31(77.5)	62(77.5)	.756	24(80.0)	23(79.3)	47(79.7)	.698
เหล้าสี	5(12.5)	4(10.0)	9(11.3)		2(6.7)	1(3.4)	3(5.1)	
เบียร์	4(10.0)	4(10.0)	8(10.0)		4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	
อื่นๆ (เหล้าเถื่อน)	0	1(2.5)	1(1.3)		0	1(3.4)	1(1.7)	
ปริมาณสุราที่ดื่ม/วัน (Standard drink)								
≤6	4(10.0)	4(10.0)	8(10.0)	.231	4(13.3)	4(13.8)	8(13.6)	.175
7-12	12(30.0)	20(50.0)	32(40.0)		7(23.4)	14(48.3)	21(35.6)	
13-18	4(10.0)	0	4(5.0)		3(10.0)	0	3(5.1)	
มากกว่า18	20(50.0)	16(40.0)	36(45.0)		16(53.3)	11(37.9)	27(45.8)	
ปริมาณสุราที่ดื่ม	18 sd	20 sd	19 sd		18 sd	19 sd	18 sd	
เฉลี่ย/ วัน (SD)	(10.7)	(16.5)	(13.8)		(11.2)	(16.7)	(14.1)	

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม ทดลอง (n=40)	กลุ่ม ควบคุม (n=40)	รวม (n=80)		กลุ่ม ทดลอง (n=30)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	รวม (n=59)	
ความถี่ของการดื่ม								
ดื่มทุกวัน	33(82.5)	34(85.0)	67(83.8)	.566	25(83.3)	24(82.8)	49(83.1)	.957
ดื่ม4-6 วัน/สัปดาห์	4(10.0)	2(5.0)	6(7.5)		2(6.7)	2(6.9)	4(6.8)	
ดื่ม1-3วัน/สัปดาห์	3(7.5)	4(10.0)	7(8.8)		3(10.0)	3(10.3)	6(10.2)	
ลักษณะของการดื่ม								
ดื่มคนเดียว	27(67.5)	29(72.5)	56(70.0)	.631	22(73.3)	22(75.9)	44(74.6)	.827
ดื่มเป็นกลุ่ม	13(32.5)	11(27.5)	24(30.0)		8(26.7)	7(24.1)	15(25.4)	

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด 80 คน มีข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในช่วงติดตามผล 59 คน และเมื่อพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราทั้งกลุ่มตัวอย่าง 80 คน และกลุ่มตัวอย่าง 59 คน พบว่า เริ่มดื่มสุราอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 18 ปี อายุเฉลี่ยที่ดื่มเป็นประจำอายุ 28 ปี และดื่มสุราเฉลี่ยประมาณวันละ 18-19 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว โดยดื่มทุกวันตามลำพัง

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			P-value	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่ม ทดลอง (n=40)	กลุ่ม ควบคุม (n=40)	รวม (n=80)		กลุ่ม ทดลอง (n=30)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	รวม (n=59)	
ความถี่ของการดื่ม								
ดื่มทุกวัน	33(82.5)	34(85.0)	67(83.8)	.566	25(83.3)	24(82.8)	49(83.1)	.957
ดื่ม4-6 วัน/สัปดาห์	4(10.0)	2(5.0)	6(7.5)		2(6.7)	2(6.9)	4(6.8)	
ดื่ม1-3วัน/สัปดาห์	3(7.5)	4(10.0)	7(8.8)		3(10.0)	3(10.3)	6(10.2)	
ลักษณะของการดื่ม								
ดื่มคนเดียว	27(67.5)	29(72.5)	56(70.0)	.631	22(73.3)	22(75.9)	44(74.6)	.827
ดื่มเป็นกลุ่ม	13(32.5)	11(27.5)	24(30.0)		8(26.7)	7(24.1)	15(25.4)	

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด 80 คน มีข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในช่วงติดตามผล 59 คน และเมื่อพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราทั้งกลุ่มตัวอย่าง 80 คน และกลุ่มตัวอย่าง 59 คน พบว่า เริ่มดื่มสุราอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 18 ปี อายุเฉลี่ยที่ดื่มเป็นประจำอายุ 28 ปี และดื่มสุราเฉลี่ยประมาณวันละ 18-19 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว โดยดื่มทุกวันตามลำพัง

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และ ปริมาณสารGGT ในเลือดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และ เดือนที่3

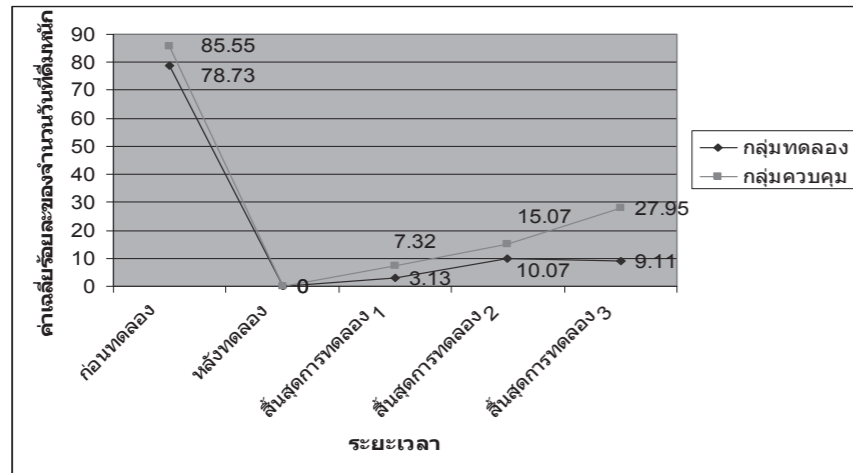
ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (SD)				
	Pre-test	Post-test	FU-1	FU-2	FU-3
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
กลุ่มทดลอง	78.7 (35.1)	0	3.1 (10.2)	10.1 (21.9)	9.1 (27.5)
กลุ่มควบคุม	85.5 (29.5)	0	7.3 (17.3)	15.1 (28.9)	27.9 (41.4)
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
กลุ่มทดลอง	11.8 (22.7)	100	92.1 (22.5)	81.9 (32.4)	90.1 (27.3)
กลุ่มควบคุม	8.5 (15.7)	100	82.6 (28.9)	77.1 (36.9)	56.6 (44.0)
ปริมาณสาร GGT ในเลือด					
กลุ่มทดลอง	530.6(638.2)	158.6(147.6)	110.8(114.8)	86.5(98.8)	73.5(85.5)
กลุ่มควบคุม	560.5(740.2)	213.2(252.1)	158.2(301.5)	185.3(399.8)	292.0(743.2)

จากตาราง 5 ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มยังคงอยู่บำบัดรักษาในสถานบำบัดจึงไม่มีการดื่มสุรา และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ใกล้เคียงกัน และมากกว่าในเดือนที่ 1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในแต่ละเดือน ดังแสดงในภาพประกอบ 6

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และ ปริมาณสารGGT ในเลือดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และ เดือนที่3

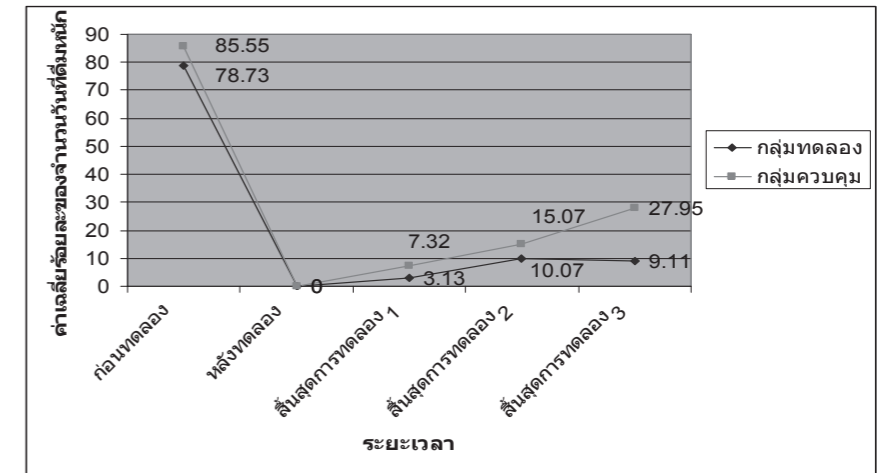
ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (SD)				
	Pre-test	Post-test	FU-1	FU-2	FU-3
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
กลุ่มทดลอง	78.7 (35.1)	0	3.1 (10.2)	10.1 (21.9)	9.1 (27.5)
กลุ่มควบคุม	85.5 (29.5)	0	7.3 (17.3)	15.1 (28.9)	27.9 (41.4)
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
กลุ่มทดลอง	11.8 (22.7)	100	92.1 (22.5)	81.9 (32.4)	90.1 (27.3)
กลุ่มควบคุม	8.5 (15.7)	100	82.6 (28.9)	77.1 (36.9)	56.6 (44.0)
ปริมาณสาร GGT ในเลือด					
กลุ่มทดลอง	530.6(638.2)	158.6(147.6)	110.8(114.8)	86.5(98.8)	73.5(85.5)
กลุ่มควบคุม	560.5(740.2)	213.2(252.1)	158.2(301.5)	185.3(399.8)	292.0(743.2)

จากตาราง 5 ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มยังคงอยู่บำบัดรักษาในสถานบำบัดจึงไม่มีการดื่มสุรา และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ใกล้เคียงกัน และมากกว่าในเดือนที่ 1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในแต่ละเดือน ดังแสดงในภาพประกอบ 6



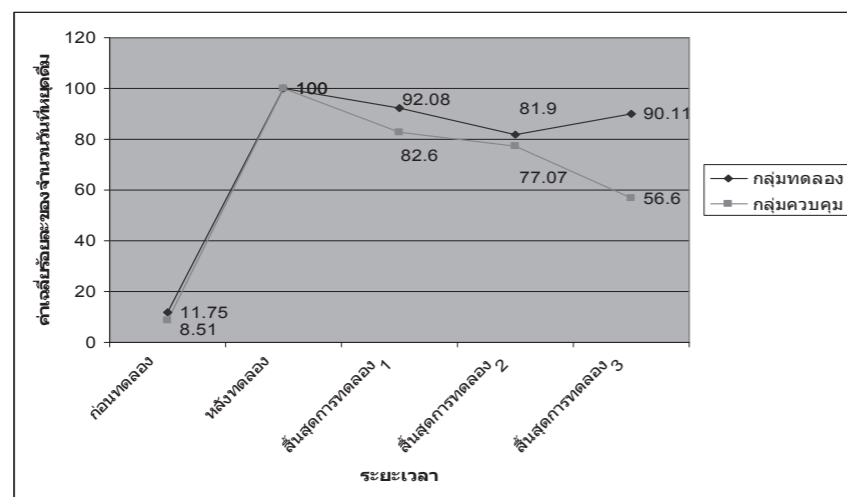
ภาพประกอบ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่มีไข้ในระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีมากกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองพบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีในเดือนที่ 1 มากกว่าเดือนที่ 2 และ 3 ซึ่งมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีใกล้เคียงกัน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีลดน้อยลงๆ ในแต่ละเดือน ดังแสดงในภาพประกอบ 7

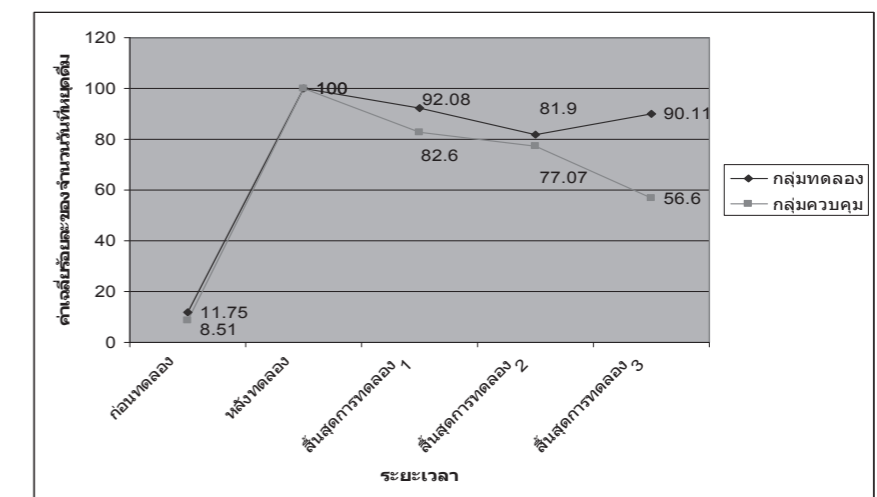


ภาพประกอบ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่มีไข้ในระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีมากกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 พบว่าในแต่ละเดือนกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองพบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีในเดือนที่ 1 มากกว่าเดือนที่ 2 และ 3 ซึ่งมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีใกล้เคียงกัน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีมีลดน้อยลงๆ ในแต่ละเดือน ดังแสดงในภาพประกอบ 7

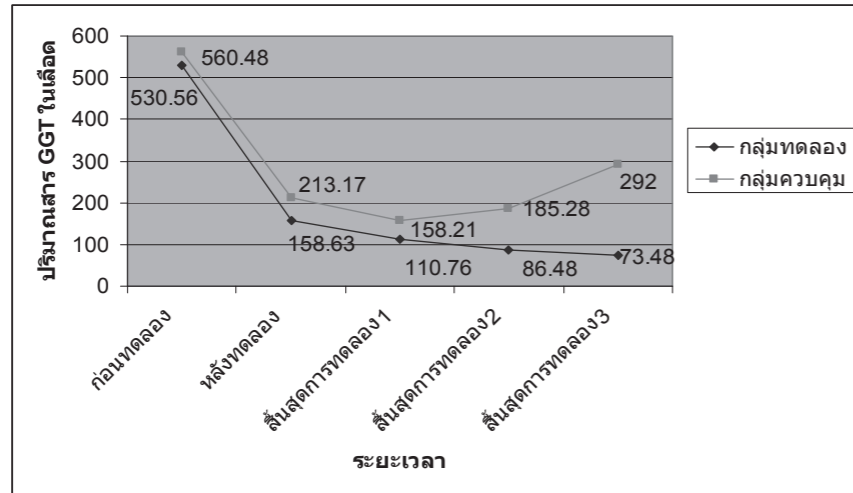


ภาพประกอบ 7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีในระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดีในระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง เดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติประมาณ 7-8 เท่าใกล้เคียงกัน (เกณฑ์ปกติ 15 -73) แต่ภายหลังกการทดลองและสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีปริมาณสาร GGT ในเลือดลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ลดลงภายหลังกการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ดังแสดงในภาพประกอบ 8

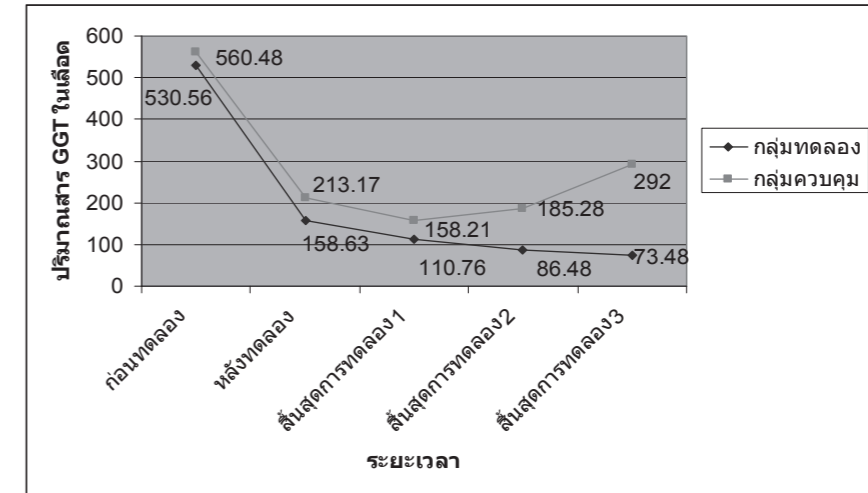


ภาพประกอบ 8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

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

ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติประมาณ 7-8 เท่าใกล้เคียงกัน (เกณฑ์ปกติ 15 -73) แต่ภายหลังกการทดลองและสิ้นสุดการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีปริมาณสาร GGT ในเลือดลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีปริมาณสาร GGT ลดลงภายหลังกการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ดังแสดงในภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยผลรวมปริมาณสาร GGT ในเลือดในระยะสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

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

ได้ว่าข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) ซึ่งให้ทดสอบสมมติฐานต่อไป

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการปรับแก้และหลังจากที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	
	ก่อนปรับ	หลังปรับ
ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ		
กลุ่มทดลอง	139.9	140.9
กลุ่มควบคุม	131.9	130.8
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ		
กลุ่มทดลอง	131.1	132.3
กลุ่มควบคุม	121.9	120.7

จากตาราง 6 ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วโดยใช้ค่าของตัวแปรร่วม พบกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ มากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน

ได้ว่าข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) ซึ่งให้ทดสอบสมมติฐานต่อไป

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ (ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการปรับแก้และหลังจากที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	
	ก่อนปรับ	หลังปรับ
ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ		
กลุ่มทดลอง	139.9	140.9
กลุ่มควบคุม	131.9	130.8
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ		
กลุ่มทดลอง	131.1	132.3
กลุ่มควบคุม	121.9	120.7

จากตาราง 6 ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วโดยใช้ค่าของตัวแปรร่วม พบกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ มากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

Effect	เกณฑ์	ค่าสถิติ	Multivariate F test	Sig.
กลุ่ม	Pillai's Trace	.135	4.276	.019*
	Wilks' Lambda	.865	4.276	.019*
	Hotelling's Trace	.155	4.276	.019*
	Roy's Largest root	.155	4.276	.019*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่าผลการทดสอบค่าสถิติทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ) ของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

Effect	เกณฑ์	ค่าสถิติ	Multivariate F test	Sig.
กลุ่ม	Pillai's Trace	.135	4.276	.019*
	Wilks' Lambda	.865	4.276	.019*
	Hotelling's Trace	.155	4.276	.019*
	Roy's Largest root	.155	4.276	.019*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่าผลการทดสอบค่าสถิติทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3

ตาราง 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 โดยการวิเคราะห์แบบ Per Protocol analysis (PP) และ แบบ Intention-to-treat analysis (ITT)

ลักษณะพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	Sig.
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1				
1. PP Analysis (n)	30	28		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	25(83.3)	20(71.4)	1.180	.277
พฤติกรรมติดซ้ำ	5(16.7)	8(28.6)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	27(67.5)	21(52.5)	1.875	.171
พฤติกรรมติดซ้ำ	13(32.5)	19(47.5)		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2				
1. PP Analysis (n)	29	28		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	22(75.9)	17(60.7)	1.513	.219
พฤติกรรมติดซ้ำ	7(24.1)	11(39.3)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	23(57.5)	17(42.5)	1.80	.180
พฤติกรรมติดซ้ำ	17(42.5)	23(57.5)		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3				
1. PP Analysis (n)	25	23		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	19(76.0)	11(47.8)	4.057	.044*
พฤติกรรมติดซ้ำ	6(24.0)	12(52.2)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	20(50.0)	11(27.5)	4.266	.039*
พฤติกรรมติดซ้ำ	20(50.0)	29(72.5)		

จากตาราง 9 เมื่อวิเคราะห์ด้วย Per Protocol analysis (PP) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ป่วยสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมกลับไปติดซ้ำไม่

ตาราง 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยสุราที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3 โดยการวิเคราะห์แบบ Per Protocol analysis (PP) และ แบบ Intention-to-treat analysis (ITT)

ลักษณะพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	Sig.
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1				
1. PP Analysis (n)	30	28		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	25(83.3)	20(71.4)	1.180	.277
พฤติกรรมติดซ้ำ	5(16.7)	8(28.6)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	27(67.5)	21(52.5)	1.875	.171
พฤติกรรมติดซ้ำ	13(32.5)	19(47.5)		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2				
1. PP Analysis (n)	29	28		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	22(75.9)	17(60.7)	1.513	.219
พฤติกรรมติดซ้ำ	7(24.1)	11(39.3)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	23(57.5)	17(42.5)	1.80	.180
พฤติกรรมติดซ้ำ	17(42.5)	23(57.5)		
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3				
1. PP Analysis (n)	25	23		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	19(76.0)	11(47.8)	4.057	.044*
พฤติกรรมติดซ้ำ	6(24.0)	12(52.2)		
2.ITT Analysis(n)	40	40		
พฤติกรรมไม่ติดซ้ำ	20(50.0)	11(27.5)	4.266	.039*
พฤติกรรมติดซ้ำ	20(50.0)	29(72.5)		

จากตาราง 9 เมื่อวิเคราะห์ด้วย Per Protocol analysis (PP) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ป่วยสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมกลับไปติดซ้ำไม่

แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมกลับไปติดซ้ำแตกต่างกัน โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วย intention-to-treat analysis

2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ ภายหลังจากทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด)

ตาราง 10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3

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

* $p < .05$

แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมกลับไปติดซ้ำแตกต่างกัน โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วย intention-to-treat analysis

2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำ ภายหลังจากทดลอง (ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ) ทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด)

ตาราง 10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดื่ม (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 2 และเดือนที่ 3

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

* $p < .05$

จากตาราง 10 หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ

เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยใช้วิธี Enter regression ทำให้สามารถบอกได้ว่าตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น ตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้ ด้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และทั้งตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้ ด้ร้อยละ 10

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบว่ามีตัวแปรใดที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่น และปริมาณสาร GGT ในเลือดได้

จากตาราง 10 หลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ

เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยใช้วิธี Enter regression ทำให้สามารถบอกได้ว่าตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น ตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้ ด้ร้อยละ 15 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

ส่วนหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และทั้งตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่นได้ ด้ร้อยละ 10

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบว่ามีตัวแปรใดที่สามารถทำนายร้อยละของจำนวนวันที่ตีหมั่น ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีหมั่น และปริมาณสาร GGT ในเลือดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาที่อยู่ในสถานบำบัด ไม่น้อยกว่า 5 วัน ซึ่งสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 80 คน โดยสุ่มผู้ป่วยเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตามผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยในระยะติดตามผล 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .489 - .874 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .960

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .389 - .857 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .963

3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Follow-Back) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่มของตน ในช่องตารางแต่ละวันเกี่ยวกับ 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ 3) ปริมาณการดื่ม

4. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยสุราเพศชายที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาที่อยู่ในสถานบำบัด ไม่น้อยกว่า 5 วัน ซึ่งสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 80 คน โดยสุ่มผู้ป่วยเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และมีการติดตามผลการบำบัด 3 เดือน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมในระหว่างการบำบัด และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการติดตาม จึงเหลือผู้ป่วยในระยะติดตามผล 59 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .489 - .874 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .960

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งมีจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .389 - .857 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .963

3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่มที่ผ่านมา (Timeline Follow-Back) โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันโดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการดื่มของตน ในช่องตารางแต่ละวันเกี่ยวกับ 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สุราที่ดื่ม และ 3) ปริมาณการดื่ม

4. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหา การดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วย มีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรม ที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ โดยเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ทำกิจกรรมติดต่อกันทุกวัน วันๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง

การดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆ กัน
2. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และ ปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง
3. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด
4. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง จะมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 โดยวัดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และ พฤติกรรมการติดเชื้อ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งในการติดตามผู้วิจัยใช้วิธีการนัดผู้ป่วยสุรา ที่สถานบำบัด และในบางรายที่ไม่สามารถมาที่สถานบำบัดได้ จะติดตามเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2
3. การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3
4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบ สมมติฐานที่ 4

มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหา การดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วย มีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรม ที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ โดยเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ทำกิจกรรมติดต่อกันทุกวัน วันๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง

การดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆ กัน
2. ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และ ปริมาณสาร GGT ในเลือดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง
3. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมกับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด
4. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง จะมีการติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 โดยวัดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณสาร GGT ในเลือด และ พฤติกรรมการติดเชื้อ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งในการติดตามผู้วิจัยใช้วิธีการนัดผู้ป่วยสุรา ที่สถานบำบัด และในบางรายที่ไม่สามารถมาที่สถานบำบัดได้ จะติดตามเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2
3. การวิเคราะห์ไคสแควร์ (χ^2 - Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3
4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression แบบ Enter regression) เพื่อทดสอบ สมมติฐานที่ 4

แปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลแยกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่1 อภิปรายผลของโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา และส่วนที่2 เป็นผลของความพร้อมในการป้องกันการติดยาที่มีต่อพฤติกรรมการดื่ม

ส่วนที่1 ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุรา

สมมติฐานที่1. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดยา (ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดยา) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดยา มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดยา แสดงให้เห็นว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเสริมสร้างหรือพัฒนาความพร้อมของการป้องกันการติดยาได้ ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีฐานความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมการติดยา และปัญหาทางจิตใจของผู้ติดยา เป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง รวมทั้งเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา และสถานการณ์เสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการบำบัดผู้ติดยาจึงต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อสุราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง สร้างภูมิคุ้มกันการป้องกันการติดยาให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสุรา นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดยังมีการเสริมสร้างเกราะป้องกันจากภายนอกด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยด้วย โดยมีการป้องกันการติดยาครอบคลุมทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจากการศึกษาของมาลัท (Marlatt. 1996; S37, S44-45) พบว่าปัจจัยที่กล่าวมาเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การติดยา (Relapse situation) โดยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลถึงร้อยละ 61 และปัจจัยระหว่างบุคคลร้อยละ 39

แปรปรวนของตัวแปรร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 10 แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่3 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลแยกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่1 อภิปรายผลของโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา และส่วนที่2 เป็นผลของความพร้อมในการป้องกันการติดยาที่มีต่อพฤติกรรมการดื่ม

ส่วนที่1 ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุรา

สมมติฐานที่1. ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมที่จะป้องกันการติดยา (ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดยา) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยสุราก่อนการใช้โปรแกรม

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดยา มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดยา แสดงให้เห็นว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเสริมสร้างหรือพัฒนาความพร้อมของการป้องกันการติดยาได้ ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีฐานความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมการติดยา และปัญหาทางจิตใจของผู้ติดยา เป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง รวมทั้งเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา และสถานการณ์เสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการบำบัดผู้ติดยาจึงต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อสุราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง สร้างภูมิคุ้มกันการป้องกันการติดยาให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสุรา นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดยังมีการเสริมสร้างเกราะป้องกันจากภายนอกด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยด้วย โดยมีการป้องกันการติดยาครอบคลุมทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจากการศึกษาของมาลัท (Marlatt. 1996; S37, S44-45) พบว่าปัจจัยที่กล่าวมาเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การติดยา (Relapse situation) โดยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลถึงร้อยละ 61 และปัจจัยระหว่างบุคคลร้อยละ 39

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

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมที่ไม่ติดซ้ำนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อพบกับสิ่งท้าทาย และตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะพบเมื่อได้กลับบ้าน ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆ และการทำงานที่ผู้วิจัยมอบหมายให้เป็นการบ้านในระหว่างการบำบัดมีผลให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจ และซักซ้อมทักษะซ้ำๆ ให้เกิดความชำนาญ เมื่อต้องไปพบกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยก็จะสามารถระลึกถึงหลักการ วิธีการ และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาในระหว่างการบำบัดนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ป้องกันการติดซ้ำได้ และไม่หวนกลับไปสู่วิถีชีวิตเดิมๆ ถึงแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswick; Sbraga; & Harris. 2003:321)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานที่ 3 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในสมมติฐานที่ 2 และสมมติฐานที่ 3 มีความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงอภิปรายไปพร้อมกัน โดยผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยสุราในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่มีต่อพฤติกรรมไม่ติดซ้ำทั้งแบบ Per protocol analysis (PP) และแบบ Intention-to-treat analysis (ITT) ได้ผลคล้ายคลึงกันกล่าวคือ การศึกษาพบว่าในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมดื่มสุรา และพฤติกรรมติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่ในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมดื่มสุรา น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจะเห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัดที่ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ และสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยถึงโทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่ม

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

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมที่ไม่ติดซ้ำนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อพบกับสิ่งท้าทาย และตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะพบเมื่อได้กลับบ้าน ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆ และการทำงานที่ผู้วิจัยมอบหมายให้เป็นการบ้านในระหว่างการบำบัดมีผลให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจ และซักซ้อมทักษะซ้ำๆ ให้เกิดความชำนาญ เมื่อต้องไปพบกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยก็จะสามารถระลึกถึงหลักการ วิธีการ และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาในระหว่างการบำบัดนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ป้องกันการติดซ้ำได้ และไม่หวนกลับไปสู่วิถีชีวิตเดิมๆ ถึงแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง (Brunswick; Sbraga; & Harris. 2003:321)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือด) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานที่ 3 จำนวนผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในสมมติฐานที่ 2 และสมมติฐานที่ 3 มีความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงอภิปรายไปพร้อมกัน โดยผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยสุราในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่มีต่อพฤติกรรมไม่ติดซ้ำทั้งแบบ Per protocol analysis (PP) และแบบ Intention-to-treat analysis (ITT) ได้ผลคล้ายคลึงกันกล่าวคือ การศึกษาพบว่าในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมดื่มสุรา และพฤติกรรมติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่ในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมดื่มสุรา น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมไม่ติดซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจะเห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการบำบัดรักษาตามปกติของสถานบำบัดที่ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ และสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยถึงโทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่ม

สุราและโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงความคิด และอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงของตนเอง ถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา การคิด วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงจากภายในความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ที่มีความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าการรับความรู้ด้วยวิธีการสอนอย่างเดียว นอกจากนี้จะเห็นว่าการบำบัดทั้ง 2 แบบ ต่างมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาคล้ายๆ กัน คือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกการดื่มสุราได้ในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด จะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงดีขึ้น มีการเรียนรู้วิธีการ ทักษะต่างๆ ในการดำรงตนบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา เมื่อได้จำหน่ายกลับบ้านในระยะแรกๆ จึงยังมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำโดยพยายามที่จะควบคุมปริมาณการดื่มลดปริมาณการดื่ม หรือหยุดดื่ม จึงพบว่าใน 2 เดือนแรกผลการบำบัดรักษาจึงให้ผลดีเหมือนกัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของฮันท์ บาร์เน็ต และบรานซ์ (Beck; et al. 1993: 10; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) กล่าวว่า ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติดที่รับการบำบัดรักษาแล้วจะกลับไปติดซ้ำในเดือนที่ 3 มากถึงร้อยละ 65 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในเดือนที่ 3 ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดมีผู้กลับไปติดซ้ำร้อยละ 52 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้กลับไปติดซ้ำน้อยกว่า เพียงร้อยละ 24 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุราที่เกิดขึ้นให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนจากภายในตัวผู้ป่วยจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกได้ และทำให้พฤติกรรมมีความคงทนระยะยาวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จึงพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 3 ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าการบำบัดปกติของสถานบำบัด และผลของโปรแกรมการบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปติดซ้ำมากขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานที่ผ่านมา เกี่ยวกับการนำโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติดโดยใช้แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive behavioral relapse prevention) พบผลการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อการหยุดเสพยาของผู้ป่วยยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (Witkiewitz; & Marlatt. 2004: 225-226; citing Carroll; Rounsaville; Nich; &

สุราและโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงความคิด และอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงของตนเอง ถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา การคิด วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงจากภายในความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ที่มีความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าการรับความรู้ด้วยวิธีการสอนอย่างเดียว นอกจากนี้จะเห็นว่าการบำบัดทั้ง 2 แบบ ต่างมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาคล้ายๆ กัน คือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกการดื่มสุราได้ในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด จะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงดีขึ้น มีการเรียนรู้วิธีการ ทักษะต่างๆ ในการดำรงตนบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา เมื่อได้จำหน่ายกลับบ้านในระยะแรกๆ จึงยังมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำโดยพยายามที่จะควบคุมปริมาณการดื่มลดปริมาณการดื่ม หรือหยุดดื่ม จึงพบว่าใน 2 เดือนแรกผลการบำบัดรักษาจึงให้ผลดีเหมือนกัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของฮันท์ บาร์เน็ต และบรานซ์ (Beck; et al. 1993: 10; citing Hunt; Barnett; & Branch. 1971) กล่าวว่า ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติดที่รับการบำบัดรักษาแล้วจะกลับไปติดซ้ำในเดือนที่ 3 มากถึงร้อยละ 65 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในเดือนที่ 3 ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดมีผู้กลับไปติดซ้ำร้อยละ 52 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผู้กลับไปติดซ้ำน้อยกว่า เพียงร้อยละ 24 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุราที่เกิดขึ้นให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนจากภายในตัวผู้ป่วยจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกได้ และทำให้พฤติกรรมมีความคงทนระยะยาวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จึงพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 3 ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าการบำบัดปกติของสถานบำบัด และผลของโปรแกรมการบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปติดซ้ำมากขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานที่ผ่านมา เกี่ยวกับการนำโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติดโดยใช้แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการป้องกันการติดซ้ำ (Cognitive behavioral relapse prevention) พบผลการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อการหยุดเสพยาของผู้ป่วยยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (Witkiewitz; & Marlatt. 2004: 225-226; citing Carroll; Rounsaville; Nich; &

ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการทำบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการทำบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น (Cue exposure) ของผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 63 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม 31 คน และกลุ่มให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดโดยการให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มที่บำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเสพยาไม่แตกต่างกัน โดยมีการติดตามผลวัดจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณการดื่มต่อวัน ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อวัดผลในเดือนที่ 6 จำนวนวันที่หยุดดื่มน้อยกว่า เดือนที่ 3 และปริมาณการดื่มในเดือนที่ 6 เพิ่มมากขึ้นกว่าในเดือนที่ 3 และการศึกษาการป้องกันการติดซ้ำด้วยวิธีการวิเคราะห์เมต้าของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Irvin; et al. 1999) พบว่าขนาดอิทธิพลของการป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อผลการบำบัดจะมีขนาดมากที่สุดเมื่อประเมินหลังให้การทำบำบัดทันที และจะมีแนวโน้มน้อยลงตามจำนวนครั้งของการวัดภายหลังการบำบัด ซึ่งทำให้พบว่าผู้ที่ติดซ้ำจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาหลังการบำบัดผ่านไปนานขึ้น เพราะเวลาที่ยาวนานออกไปก็อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ แทรกซ้อนเข้ามาทำให้ความคงอยู่ของความรู้ ทักษะต่างๆ ค่อยๆ ลดลงตามเวลา

ข้อจำกัดของการวิจัย

ประการที่แรก ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาอยู่ในสถานบำบัดอีกประมาณ 5-10 วัน ซึ่งในระหว่างนี้ไม่ได้มีกิจกรรมการบำบัดหรือการกระตุ้นให้กับผู้ป่วยเลย จึงอาจส่งผลให้ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากโปรแกรมการบำบัดค่อยๆ ลดน้อยลงไปก่อนที่จะผู้ป่วยจะมีโอกาสนำไปใช้กับสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิต

ประการที่สอง เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ในระยะติดตามผล ถึงแม้ผู้วิจัยได้มีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ที่สถานบำบัด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ติดตามไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการย้ายที่อยู่ใหม่ กลับบ้านที่ต่างจังหวัด ไปทำงานต่างจังหวัด และบางรายไม่สามารถติดต่อได้ จึงทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ประการที่สาม ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเบื้องต้น และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน ยกเว้นข้อมูลด้านการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้

ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการทำบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการทำบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น (Cue exposure) ของผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 63 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม 31 คน และกลุ่มให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดโดยการให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มที่บำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเสพยาไม่แตกต่างกัน โดยมีการติดตามผลวัดจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณการดื่มต่อวัน ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อวัดผลในเดือนที่ 6 จำนวนวันที่หยุดดื่มน้อยกว่า เดือนที่ 3 และปริมาณการดื่มในเดือนที่ 6 เพิ่มมากขึ้นกว่าในเดือนที่ 3 และการศึกษาการป้องกันการติดซ้ำด้วยวิธีการวิเคราะห์เมต้าของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Irvin; et al. 1999) พบว่าขนาดอิทธิพลของการป้องกันการติดซ้ำที่มีต่อผลการบำบัดจะมีขนาดมากที่สุดเมื่อประเมินหลังให้การทำบำบัดทันที และจะมีแนวโน้มน้อยลงตามจำนวนครั้งของการวัดภายหลังการบำบัด ซึ่งทำให้พบว่าผู้ที่ติดซ้ำจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาหลังการบำบัดผ่านไปนานขึ้น เพราะเวลาที่ยาวนานออกไปก็อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ แทรกซ้อนเข้ามาทำให้ความคงอยู่ของความรู้ ทักษะต่างๆ ค่อยๆ ลดลงตามเวลา

ข้อจำกัดของการวิจัย

ประการที่แรก ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาอยู่ในสถานบำบัดอีกประมาณ 5-10 วัน ซึ่งในระหว่างนี้ไม่ได้มีกิจกรรมการบำบัดหรือการกระตุ้นให้กับผู้ป่วยเลย จึงอาจส่งผลให้ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากโปรแกรมการบำบัดค่อยๆ ลดน้อยลงไปก่อนที่จะผู้ป่วยจะมีโอกาสนำไปใช้กับสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิต

ประการที่สอง เมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ในระยะติดตามผล ถึงแม้ผู้วิจัยได้มีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ที่สถานบำบัด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ติดตามไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการย้ายที่อยู่ใหม่ กลับบ้านที่ต่างจังหวัด ไปทำงานต่างจังหวัด และบางรายไม่สามารถติดต่อได้ จึงทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ประการที่สาม ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเบื้องต้น และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน ยกเว้นข้อมูลด้านการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ที่นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยาไปใช้ ควรมีประสบการณ์ หรือได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในการบำบัดนี้มีเทคนิคที่ผู้บำบัดจะต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด วิธีการของแต่ละเทคนิคที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

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

3. ในการเริ่มกลุ่มบำบัดทุกครั้งจะต้องมีการทบทวนงาน หรือการบ้านที่ได้รับมอบหมายให้ทำนอกชั่วโมงการบำบัดทุกครั้ง เพราะเป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ได้พูดคุยปัญหาที่พบจากการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติ ก่อนที่จะเชื่อมโยงเข้ากิจกรรมที่จะทำต่อในวันนั้น ผู้บำบัดจะต้องไม่ละเลยที่ตรวจสอบการบ้านของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องยืดหยุ่นกรณีที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านมา ควรพูดคุยถามถึงปัญหาและสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

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

5. ในการบำบัดที่มีการนำครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ผู้บำบัดต้องระมัดระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีที่ครอบครัวไม่มา หรือการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มั่นใจในตัวผู้ป่วย ใช้คำพูดที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า อย่างเช่น กรณีที่ญาติมาไม่ได้ก็ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และให้ฝากข้อความแสดงความห่วงใย หรือข้อความที่สร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ส่วนในกรณีที่มีการใช้คำพูดในทางลบ และไม่ส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ผู้บำบัดควรพูดคุยและทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงวัตถุประสงค์ที่เชิญเข้ามาร่วมกิจกรรมตั้งแต่แรกที่ติดต่อกับญาติ และพยายามนำหัวข้อการสนทนากลับไปสู่บรรยากาศของความห่วงใย ความผูกพัน ความช่วยเหลือ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยอาจให้ครอบครัวของผู้ป่วยอื่นๆ แสดงความคิดเห็นในมุมมองที่แตกต่างออกไปและให้ผู้ป่วยและสมาชิกในกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความตั้งใจ ความพยายามที่จะดำรงตนอยู่บนเส้นทางที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ที่นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดยาไปใช้ ควรมีประสบการณ์ หรือได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในการบำบัดนี้มีเทคนิคที่ผู้บำบัดจะต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด วิธีการของแต่ละเทคนิคที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

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

3. ในการเริ่มกลุ่มบำบัดทุกครั้งจะต้องมีการทบทวนงาน หรือการบ้านที่ได้รับมอบหมายให้ทำนอกชั่วโมงการบำบัดทุกครั้ง เพราะเป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ได้พูดคุยปัญหาที่พบจากการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติ ก่อนที่จะเชื่อมโยงเข้ากิจกรรมที่จะทำต่อในวันนั้น ผู้บำบัดจะต้องไม่ละเลยที่ตรวจสอบการบ้านของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องยืดหยุ่นกรณีที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านมา ควรพูดคุยถามถึงปัญหาและสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

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

5. ในการบำบัดที่มีการนำครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ผู้บำบัดต้องระมัดระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีที่ครอบครัวไม่มา หรือการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มั่นใจในตัวผู้ป่วย ใช้คำพูดที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า อย่างเช่น กรณีที่ญาติมาไม่ได้ก็ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และให้ฝากข้อความแสดงความห่วงใย หรือข้อความที่สร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ส่วนในกรณีที่มีการใช้คำพูดในทางลบ และไม่ส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ผู้บำบัดควรพูดคุยและทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงวัตถุประสงค์ที่เชิญเข้ามาร่วมกิจกรรมตั้งแต่แรกที่ติดต่อกับญาติ และพยายามนำหัวข้อการสนทนากลับไปสู่บรรยากาศของความห่วงใย ความผูกพัน ความช่วยเหลือ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยอาจให้ครอบครัวของผู้ป่วยอื่นๆ แสดงความคิดเห็นในมุมมองที่แตกต่างออกไปและให้ผู้ป่วยและสมาชิกในกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความตั้งใจ ความพยายามที่จะดำรงตนอยู่บนเส้นทางที่ถูกต้อง

6. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุราควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ (Booster session) ในช่วงของการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความตั้งใจที่จะคงอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และการนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือต่างๆ เพราะจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยในระยะติดตามผลเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 มีความสัมพันธ์กัน โดยมีแนวโน้มว่าพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อลดลงเมื่อเวลาของการติดตามยาวนานขึ้น

7. ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาในทางสถิติจะพบผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ก็พบความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มไม่มากนัก ซึ่งถ้าพิจารณาในการนำสู่การปฏิบัติ อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่แทรกซ้อน และมีอิทธิพลต่อผลการบำบัด จึงทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน ดังนั้นในการนำโปรแกรมการบำบัดไปประยุกต์ใช้จึงควรที่จะมีการศึกษา และพัฒนาโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสมกับบริบท และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

1. นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาสารเสพติดในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

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

3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยนำหลักการทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ ด้วยการใช้วิธีการฝึกจิต ฝึกสมาธิ ให้มีสติระลึก รู้ตัว รู้เท่าทันความคิดของตน และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลได้ และทำให้มีความคงทนของพฤติกรรม

6. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยสุราควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ (Booster session) ในช่วงของการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความตั้งใจที่จะคงอยู่บนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา และการนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือต่างๆ เพราะจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยในระยะติดตามผลเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 มีความสัมพันธ์กัน โดยมีแนวโน้มว่าพฤติกรรมการไม่ติดเชื้อลดลงเมื่อเวลาของการติดตามยาวนานขึ้น

7. ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาในทางสถิติจะพบผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ก็พบความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มไม่มากนัก ซึ่งถ้าพิจารณาในการนำสู่การปฏิบัติ อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่แทรกซ้อน และมีอิทธิพลต่อผลการบำบัด จึงทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน ดังนั้นในการนำโปรแกรมการบำบัดไปประยุกต์ใช้จึงควรที่จะมีการศึกษา และพัฒนาโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสมกับบริบท และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

1. นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาสารเสพติดในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

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

3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยนำหลักการทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ ด้วยการใช้วิธีการฝึกจิต ฝึกสมาธิ ให้มีสติระลึก รู้ตัว รู้เท่าทันความคิดของตน และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลได้ และทำให้มีความคงทนของพฤติกรรม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังรักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยา ไชยเลิศ. (2541). *ความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ศูนย์เบ็กออรุณในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาการส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา เขียมชัยภูมิ. (2548). *การศึกษารณีผู้เลิกยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐธิดา นิมิตรดี. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา*. วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ณัทร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). *Cognitive Behavioral Therapy*. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. ถ่ายเอกสาร.
- ดรุณี ภูขาว. (2547). *รายงานการทบทวนความรู้ชุดที่ 2 เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ. ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529). *การวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์*. (เอกสารประกอบการฝึกอบรม). กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน (25247). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานเือนามัยตำบล*. กรุงเทพฯ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สวัสดิ์ อัมมวงค์กรชัย. (2545). *เวชศาสตร์โรติดยา*. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- ทิพย์วัลย์ สุทิน. (2539). *การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นโดยรูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยปัญญา*. ปริญญาโท ค.ด. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาวดี เอมะวรรณะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- . (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังรักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยา ไชยเลิศ. (2541). *ความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ศูนย์เบ็กออรุณในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาการส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา เขียมชัยภูมิ. (2548). *การศึกษารณีผู้เลิกยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐธิดา นิมิตรดี. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา*. วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ณัทร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). *Cognitive Behavioral Therapy*. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. ถ่ายเอกสาร.
- ดรุณี ภูขาว. (2547). *รายงานการทบทวนความรู้ชุดที่ 2 เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ. ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529). *การวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์*. (เอกสารประกอบการฝึกอบรม). กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน (25247). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานเือนามัยตำบล*. กรุงเทพฯ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ; ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล; และ สวัสดิ์ อัมมวงค์กรชัย. (2545). *เวชศาสตร์โรติดยา*. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- ทิพย์วัลย์ สุทิน. (2539). *การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นโดยรูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยปัญญา*. ปริญญาโท ค.ด. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาวดี เอมะวรรณะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- . (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพสารเสพติด. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. หน้า 165-192. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- นงลักษณ์ โทบ้นลือภพ. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการพึ่งพาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- นพดล พิมพ์จันทร์; และอรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). การวิเคราะห์โดยใช้หลักการ Principle of intention-to-treat analysis (ITT) ในการทดลองทางคลินิก. *DMBNJ*. 1(13): 69-74.
- นิชนันท์ คำลั่น. (2547). *การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- นิมิต แก้วอาจ. (2549). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาลจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- นิตานถ โชคเกิด. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดยาในโรงพยาบาลลำพูน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บรรจง สืบสมาน. (2536). โรคติดสารเสพติด และโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เกษมสันต์ติผลาชีวะ. หน้า 633-635. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543). *การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การไม่เสพยาหรืออื่นซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดขั้นตอนการถอนพิษยาของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ประเทือง ภูริภัทราคม. (2535). *การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์*. ปทุมธานี: วิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาจักรวรรณ์.

- เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพสารเสพติด. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. หน้า 165-192. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- นงลักษณ์ โทบ้นลือภพ. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการพึ่งพาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- นพดล พิมพ์จันทร์; และอรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). การวิเคราะห์โดยใช้หลักการ Principle of intention-to-treat analysis (ITT) ในการทดลองทางคลินิก. *DMBNJ*. 1(13): 69-74.
- นิชนันท์ คำลั่น. (2547). *การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- นิมิต แก้วอาจ. (2549). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาลจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- นิตานถ โชคเกิด. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดยาในโรงพยาบาลลำพูน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บรรจง สืบสมาน. (2536). โรคติดสารเสพติด และโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เกษมสันต์ติผลาชีวะ. หน้า 633-635. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543). *การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การไม่เสพยาหรืออื่นซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดขั้นตอนการถอนพิษยาของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ประเทือง ภูริภัทราคม. (2535). *การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์*. ปทุมธานี: วิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาจักรวรรณ์.

- ประไพ ทายาท. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. ปรินญาณิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบ้าต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). DSMIV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ปิ่น โค. (2540). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พงศธร เนตราคม. (2549). เภสัชวิทยาของสารเสพติด. ใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. หน้า 62-63. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พระมหาวิรัช คำธ. (2548). อิทธิพลของการฝึกสมาธิและการได้รับสารชั่งงูที่มีต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามในชีวิตประจำวันของนักเรียนอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรารดี ทองเนื่อง. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ.(2547). ประชุมเรื่อง Alcohol Service System. ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. หน้า 45,103-111. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. หน้า 288-289. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2549). การบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดยาเสพติด. ใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. หน้า 137-151. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- เพชรภรณ์ คำเยี่ยม. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด โดยค่ายบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดศรีสะเกษ. ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- ประไพ ทายาท. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. ปรินญาณิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบ้าต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). DSMIV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ปิ่น โค. (2540). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พงศธร เนตราคม. (2549). เภสัชวิทยาของสารเสพติด. ใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. หน้า 62-63. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พระมหาวิรัช คำธ. (2548). อิทธิพลของการฝึกสมาธิและการได้รับสารชั่งงูที่มีต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามในชีวิตประจำวันของนักเรียนอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรารดี ทองเนื่อง. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ.(2547). ประชุมเรื่อง Alcohol Service System. ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. หน้า 45,103-111. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. หน้า 288-289. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2549). การบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดยาเสพติด. ใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. หน้า 137-151. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- เพชรภรณ์ คำเยี่ยม. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด โดยค่ายบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดศรีสะเกษ. ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. (2005). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 13(3): 138-140.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (2548). *กรณีศึกษาเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้สำเร็จและที่กลับไปเสพซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- รุจภาภา นิมสังข์. (2551). *Gamma-glutamyltransferase (GGT)*. สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2551, จาก http://www.ams.cmu.ac.th/mt/clinchemwebsite/teaching/L96302/5_gammaGT_RN.doc
- ลำซำ ลักษณะนาภิชนชัช. (2548). เรื่องต่างๆในการบำบัดรักษายาเสพติด. ใน *ตำราเวชศาสตร์สารเสพติด*. หน้า 495-505. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วรรณชนก จันทชุม. (2547). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรารุณี เจริญศรี. (2551). *ยาเสพติด เหล้า และบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2551, จาก http://www.bangkokhealth.com/drugs_htdoc/drugs.asp?Number=9490
- ศรัณย์ กอสนาม. (2547, กรกฎาคม- ธันวาคม). กลไกและปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อการติดสารเสพติด. *มฉก. วิชาการ*. 8(15): 85.
- ศศิธร พรไพรินทร์. (2541). *ผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีน ความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเฮโรอีนของผู้เสพยาเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร ทองบ่อ และคณะ. (2548). *ผลการให้การปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ : โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชซิ่ง.
- (2550). *Thai Drink Guide*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่3 เรื่อง สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา. ม.ป.พ.

- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. (2005). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 13(3): 138-140.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (2548). *กรณีศึกษาเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติดที่เลิกยาเสพติดได้สำเร็จและที่กลับไปเสพซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- รุจภาภา นิมสังข์. (2551). *Gamma-glutamyltransferase (GGT)*. สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2551, จาก http://www.ams.cmu.ac.th/mt/clinchemwebsite/teaching/L96302/5_gammaGT_RN.doc
- ลำซำ ลักษณะนาภิชนชัช. (2548). เรื่องต่างๆในการบำบัดรักษายาเสพติด. ใน *ตำราเวชศาสตร์สารเสพติด*. หน้า 495-505. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วรรณชนก จันทชุม. (2547). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรารุณี เจริญศรี. (2551). *ยาเสพติด เหล้า และบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2551, จาก http://www.bangkokhealth.com/drugs_htdoc/drugs.asp?Number=9490
- ศรัณย์ กอสนาม. (2547, กรกฎาคม- ธันวาคม). กลไกและปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อการติดสารเสพติด. *มฉก. วิชาการ*. 8(15): 85.
- ศศิธร พรไพรินทร์. (2541). *ผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีน ความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเฮโรอีนของผู้เสพยาเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร ทองบ่อ และคณะ. (2548). *ผลการให้การปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ : โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชซิ่ง.
- (2550). *Thai Drink Guide*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่3 เรื่อง สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา. ม.ป.พ.

- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : โชดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชชิ่ง.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2550). สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550. ถ่ายเอกสาร.
- สมบัติ ตริประเสริฐกุล, บรรณาธิการ. (2550). สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมศักดิ์ เขียมเก่า. (2550). แอลกอฮอล์และระบบประสาท. ในสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. หน้า 59-79. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. (2545). การแพร่ระบาดของสารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี. ถ่ายเอกสาร.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. (2550). การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. ในสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. หน้า107-119. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย; และคณะ. (2547). ประชุมเรื่อง ดื่มอย่างฉลาด จากความรู้สู่การปฏิบัติ. ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. หน้า 37-40. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย; และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานองค์ความรู้เรื่อง มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. ถ่ายเอกสาร.
- (2549). ปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้บำบัดรักษาสุรา. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุดรัก จิตต์หทัยรัตน์. (2546). การปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าในวัยรุ่น. ปริญญานิพนธ์ ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : โชดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชชิ่ง.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2550). สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550. ถ่ายเอกสาร.
- สมบัติ ตริประเสริฐกุล, บรรณาธิการ. (2550). สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมศักดิ์ เขียมเก่า. (2550). แอลกอฮอล์และระบบประสาท. ในสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. หน้า 59-79. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต วัฒนธัญญกรรม; และคณะ. (2545). การแพร่ระบาดของสารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี. ถ่ายเอกสาร.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. (2550). การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. ในสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา. หน้า107-119. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย; และคณะ. (2547). ประชุมเรื่อง ดื่มอย่างฉลาด จากความรู้สู่การปฏิบัติ. ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. หน้า 37-40. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย; และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานองค์ความรู้เรื่อง มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. ถ่ายเอกสาร.
- (2549). ปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้บำบัดรักษาสุรา. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุดรัก จิตต์หทัยรัตน์. (2546). การปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าในวัยรุ่น. ปริญญานิพนธ์ ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ พม. (สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน*. ปรินญาณีพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อารีรัตน์ พันธุ์ทอง. (2535). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสารระเหย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Alcohol Anonymous World Service. (1993). *Alcohol Anonymous*. New York : Alcohol Anonymous World Service.
- Bandura, Albert. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Rrentice-Hall.
- Bayard, Max.; Mcintyre, Jonah.; Hill, keith R.; & Woodside, Jack. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*. 69(6): 1443-1444.
- Beck, Arron T.; et al . (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. USA: The Guilford Press.
- Booth, B.M.; Russell, D. W.;Soucek, S.; & Laughlin, P. R. (1992). Social Support and Outcome of Alcoholism Treatment: An Exploratory Analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1), 87-101.
- Brunswig, Kirk A.; Sbraga, Tamara Penix; & Harris, Cathi D. (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. USA.: 321-328.
- Burleson, Josept.; & Kaminer, Yifrah. (2005). Self-efficacy as a predictor of Treatment Outcome in Adolescent Use Disorders. *Addictive Behaviors*. 30: 1757-1761.
- Carroll Kathleen, M. (1998). *Therapy Manuals for Drugs Addiction*. USA.: National Institute on Drug Abuse.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314.
- Cohen, Sheldon; & Syme, Leonard S. (1985). *Social Support and health*. London: Academic Press.

- สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน*. ปรินญาณีพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อารีรัตน์ พันธุ์ทอง. (2535). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสารระเหย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Alcohol Anonymous World Service. (1993). *Alcohol Anonymous*. New York : Alcohol Anonymous World Service.
- Bandura, Albert. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Rrentice-Hall.
- Bayard, Max.; Mcintyre, Jonah.; Hill, keith R.; & Woodside, Jack. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*. 69(6): 1443-1444.
- Beck, Arron T.; et al . (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. USA: The Guilford Press.
- Booth, B.M.; Russell, D. W.;Soucek, S.; & Laughlin, P. R. (1992). Social Support and Outcome of Alcoholism Treatment: An Exploratory Analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1), 87-101.
- Brunswig, Kirk A.; Sbraga, Tamara Penix; & Harris, Cathi D. (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. USA.: 321-328.
- Burleson, Josept.; & Kaminer, Yifrah. (2005). Self-efficacy as a predictor of Treatment Outcome in Adolescent Use Disorders. *Addictive Behaviors*. 30: 1757-1761.
- Carroll Kathleen, M. (1998). *Therapy Manuals for Drugs Addiction*. USA.: National Institute on Drug Abuse.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314.
- Cohen, Sheldon; & Syme, Leonard S. (1985). *Social Support and health*. London: Academic Press.

- Cohen, Sheldon.; Underwood, Lynn G.; & Gottlieb, Benjamin, H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. Oxford: Oxford University Press.
- Columbo Plan. (2000). *A Primer on Relapse Prevention*. n.p.
- Conigrave, Katherine M.; et al. (2002). CDT, GGT, and AST as Markers of Alcohol Use: The WHO/ISBRA Collaborative Project. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 26(3). 334-337.
- Connors, Gerard J.; Donovan M. Dennis. ; & DiClemente C. Carlo. (2001). *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change*. New York: Guilford Publications.
- Connors, Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Donovan, Dennis M. (1996). Conceptualizations of Relapse: A Summary of Psychological and Psychobiological Models. *Addiction*. 91(Supplement): 5-13.
- Connors, Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Zywiak, William H. (1996). Understanding Relapse in The Broader Context of Post-Treatment Functioning. *Addiction*. 91(Supplement): 173-189.
- DiClement C. Carlo; Nidecker, Melissa; & Bellack S. Alan. (2006, December). Motivation and the Stages of Change among Individuals with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Retrieved June 15, 2007, from <http://www.ScienceDirect.com/science>.
- Gorski, Terence T; & Kelley, John M. (1996). *Counselor's Manual for Relapse Prevention with Chemically Dependent Criminal Offenders*. USA.: Department of Health and Human Services.
- Gottlieb, Benjamin. (1983). *Social Support Strategies Guideline for Mental Health Practice*. USA.: SAGE.
- Graham, Hermine L.; et al. (2004). *Cognitive-Behavioral Integrated Treatment (C-BIT)*. England: John Wiley & Sons.
- Hamid Ghodse. (2002). *Drugs and Addictive Behavior*. 3rd ed. Cambridge: United Kingdom. University Press.
- Ilgen, Mark; Tiet, Quyen; Finney, John; & Moos, Rudolf H. (2006). Self-efficacy, Therapeutic Alliance, and Alcohol-Use Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*. 67(3): 465-472.

- Cohen, Sheldon.; Underwood, Lynn G.; & Gottlieb, Benjamin, H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. Oxford: Oxford University Press.
- Columbo Plan. (2000). *A Primer on Relapse Prevention*. n.p.
- Conigrave, Katherine M.; et al. (2002). CDT, GGT, and AST as Markers of Alcohol Use: The WHO/ISBRA Collaborative Project. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 26(3). 334-337.
- Connors, Gerard J.; Donovan M. Dennis. ; & DiClemente C. Carlo. (2001). *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change*. New York: Guilford Publications.
- Connors, Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Donovan, Dennis M. (1996). Conceptualizations of Relapse: A Summary of Psychological and Psychobiological Models. *Addiction*. 91(Supplement): 5-13.
- Connors, Gerard J.; Maisto, Stephen A. ; & Zywiak, William H. (1996). Understanding Relapse in The Broader Context of Post-Treatment Functioning. *Addiction*. 91(Supplement): 173-189.
- DiClement C. Carlo; Nidecker, Melissa; & Bellack S. Alan. (2006, December). Motivation and the Stages of Change among Individuals with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Retrieved June 15, 2007, from <http://www.ScienceDirect.com/science>.
- Gorski, Terence T; & Kelley, John M. (1996). *Counselor's Manual for Relapse Prevention with Chemically Dependent Criminal Offenders*. USA.: Department of Health and Human Services.
- Gottlieb, Benjamin. (1983). *Social Support Strategies Guideline for Mental Health Practice*. USA.: SAGE.
- Graham, Hermine L.; et al. (2004). *Cognitive-Behavioral Integrated Treatment (C-BIT)*. England: John Wiley & Sons.
- Hamid Ghodse. (2002). *Drugs and Addictive Behavior*. 3rd ed. Cambridge: United Kingdom. University Press.
- Ilgen, Mark; Tiet, Quyen; Finney, John; & Moos, Rudolf H. (2006). Self-efficacy, Therapeutic Alliance, and Alcohol-Use Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*. 67(3): 465-472.

- Irvin, Jennifer E.; et al. (1999). Efficacy of Relapse Prevention a Meta-Analysis Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(4): 563-570.
- Kadden, Ronald M. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. Retrieved January 28, 2008, from <http://www.bhrm.org/guidelines/CBT-kadden.pdf>
- Kadden, Ronald.; et al. (2003). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual*. USA.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kavanagh, David J.; et al. (2006). Addition of Cue Exposure to Cognitive-Behavior Therapy for Alcohol Misuse: A Randomized Trial with Dysphoric Drinker. *Addiction*. 101:1106-1116.
- Larimer, Mary E.; Palmer, Rebekka S.; & Marlatt, Alan G. (1999). *Relapse Prevention*. *Alcohol Research and Health*. 23(2): 151-153.
- Lee, Bongjae. (2005). *Alcohol-Induced Stress and Social Support as Influences of The Adult Substance Abuser's Health and Well-Being*. Dissertation, Ph.D. (The School of Social Work). Pittsburgh : University of Pittsburgh. Photocopied.
- Loeber; et al . (2006). Cue Exposure in The Treatment of Alcohol Dependence: Effects on Drinking Outcome, Craving and Self-efficacy. *The British Psychological Society*. 45:515-529.
- Magill, Molly.; & Ray, Lara A. (2009) Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and drugs* . 70(4): 516-527.
- Marlatt, Alan G. (1996). Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. *Addiction*. 91(Supplement): 37-49.
- Marlatt, Alan G.; Parks, A George.; & Witkiewitz, Katie. (2002, December). *Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Retrieved December 7, 2006, from [http://www. Bhn.org/ guideline/RDT](http://www.Bhn.org/guideline/RDT)
- Mennuti, Rosemary B; Freeman, Arthur; & Christner, Ray W. (2006). *Cognitive-Behavioral Interventions in Educational Settings*. New York: Routledge Taylor &Francis Group.

- Irvin, Jennifer E.; et al. (1999). Efficacy of Relapse Prevention a Meta-Analysis Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(4): 563-570.
- Kadden, Ronald M. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. Retrieved January 28, 2008, from <http://www.bhrm.org/guidelines/CBT-kadden.pdf>
- Kadden, Ronald.; et al. (2003). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual*. USA.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kavanagh, David J.; et al. (2006). Addition of Cue Exposure to Cognitive-Behavior Therapy for Alcohol Misuse: A Randomized Trial with Dysphoric Drinker. *Addiction*. 101:1106-1116.
- Larimer, Mary E.; Palmer, Rebekka S.; & Marlatt, Alan G. (1999). *Relapse Prevention*. *Alcohol Research and Health*. 23(2): 151-153.
- Lee, Bongjae. (2005). *Alcohol-Induced Stress and Social Support as Influences of The Adult Substance Abuser's Health and Well-Being*. Dissertation, Ph.D. (The School of Social Work). Pittsburgh : University of Pittsburgh. Photocopied.
- Loeber; et al . (2006). Cue Exposure in The Treatment of Alcohol Dependence: Effects on Drinking Outcome, Craving and Self-efficacy. *The British Psychological Society*. 45:515-529.
- Magill, Molly.; & Ray, Lara A. (2009) Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and drugs* . 70(4): 516-527.
- Marlatt, Alan G. (1996). Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. *Addiction*. 91(Supplement): 37-49.
- Marlatt, Alan G.; Parks, A George.; & Witkiewitz, Katie. (2002, December). *Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Retrieved December 7, 2006, from <http://www. Bhn.org/ guideline/RDT>
- Mennuti, Rosemary B; Freeman, Arthur; & Christner, Ray W. (2006). *Cognitive-Behavioral Interventions in Educational Settings*. New York: Routledge Taylor &Francis Group.

- Miller, William R. (1996). What is a Relapse? Fifty Ways to Leave the Wagon. *Addiction*. 91(Supplement): 15-27.
- Moos, Rudolf H.; & Moos, Bernice S. (2006). Rates and Predictor of Relapse after Natural and Treated Remission from Alcohol Use Disorders. *Addiction*. 101. 212-222.
- Neeskul, Nipa. (2001). *Development of the Service Model for Amphetamine Addicted Youths in Thanyarak Hospital*. Dissertation, Ph.D. (Public Health). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Neenan, Michael.; & Dryden, Windy. (2006). *Cognitive Therapy*. London: SAGE.
- O' Donohue, William.; Fisher, Jane E; & Hayes, Steven C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. : Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Peele, Stanton. (1984). The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism. *American Psychologist*. 39(12): 1337-1348.
- Phukao, Darunee. (2006). *Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand*. Dissertation, Ph.D. Queensland : University of Queensland. Photocopied.
- Pearson, Richard E. (1990). *Counseling and Social Support*. London: SAGE.
- Pedhazur, Elazar J. (1997). *Multiple Regression in Behavioral Research*. 3th ed. New York: Holt, Rinehart and Winsto.
- Raistrick, Duncan; Heather, Nick; & Godfrey, Christine. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. National Treatment Agency for substance Misuse: London.
- Rawson, Richard A.; et al. (2006) A Comparison of Contingency Management and Cognitive-Behavioral Approaches for Stimulant-Dependent Individuals. *Addiction*. 101:268-271.
- Rohsenow, Damaris.; & Malley. Stephania O. (1999). *Consensus Statement on Evaluation of Outcome of Pharmacotherapy for Substance Abuse/Dependence. Report from a NIDA/CPDD Meeting*. Washington DC.
- Rosman, Alan S. (2008). *Biochemical Markers of Alcohol Consumption*. Retrieved October 6, 2008, from http://findarticles.com/p/articles/mi_m0847/is_n3_v14/ai_1129867/pg_1?tag=artbody;col1.

- Miller, William R. (1996). What is a Relapse? Fifty Ways to Leave the Wagon. *Addiction*. 91(Supplement): 15-27.
- Moos, Rudolf H.; & Moos, Bernice S. (2006). Rates and Predictor of Relapse after Natural and Treated Remission from Alcohol Use Disorders. *Addiction*. 101. 212-222.
- Neeskul, Nipa. (2001). *Development of the Service Model for Amphetamine Addicted Youths in Thanyarak Hospital*. Dissertation, Ph.D. (Public Health). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Neenan, Michael.; & Dryden, Windy. (2006). *Cognitive Therapy*. London: SAGE.
- O' Donohue, William.; Fisher, Jane E; & Hayes, Steven C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. : Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Peele, Stanton. (1984). The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism. *American Psychologist*. 39(12): 1337-1348.
- Phukao, Darunee. (2006). *Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand*. Dissertation, Ph.D. Queensland : University of Queensland. Photocopied.
- Pearson, Richard E. (1990). *Counseling and Social Support*. London: SAGE.
- Pedhazur, Elazar J. (1997). *Multiple Regression in Behavioral Research*. 3th ed. New York: Holt, Rinehart and Winsto.
- Raistrick, Duncan; Heather, Nick; & Godfrey, Christine. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. National Treatment Agency for substance Misuse: London.
- Rawson, Richard A.; et al. (2006) A Comparison of Contingency Management and Cognitive-Behavioral Approaches for Stimulant-Dependent Individuals. *Addiction*. 101:268-271.
- Rohsenow, Damaris.; & Malley. Stephania O. (1999). *Consensus Statement on Evaluation of Outcome of Pharmacotherapy for Substance Abuse/Dependence. Report from a NIDA/CPDD Meeting*. Washington DC.
- Rosman, Alan S. (2008). *Biochemical Markers of Alcohol Consumption*. Retrieved October 6, 2008, from http://findarticles.com/p/articles/mi_m0847/is_n3_v14/ai_1129867/pg_1?tag=artbody;col1.

- Sanders, Diana; & Wills Frank. (2005). *Cognitive Therapy*. London: SAGE.
- Spiegler D. Michael.; & Guevremont C. David. (2003). *Contemporary Behavior Therapy*. 4th ed. U.S.A.: Thomson Wadsworth.
- Tabachnick, Barbara G; & Fidell, Lina S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Tarter, Ralph E.; & Sugerman, J. Arthur. (1976). *Alcoholism*. Massachusetts: Addison-Wesley Company.
- Warren, Jazmin I; Stein, A Judith; & Grella, Christine E. (2007). Role of Social Support and Self-efficacy in Treatment Outcomes among Clients with Co-occurring Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 89: 267-274.
- Witkiewitz, Katie.; & Marlatt, Alan G. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*. 59: 224-235.

- Sanders, Diana; & Wills Frank. (2005). *Cognitive Therapy*. London: SAGE.
- Spiegler D. Michael.; & Guevremont C. David. (2003). *Contemporary Behavior Therapy*. 4th ed. U.S.A.: Thomson Wadsworth.
- Tabachnick, Barbara G; & Fidell, Lina S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Tarter, Ralph E.; & Sugerman, J. Arthur. (1976). *Alcoholism*. Massachusetts: Addison-Wesley Company.
- Warren, Jazmin I; Stein, A Judith; & Grella, Christine E. (2007). Role of Social Support and Self-efficacy in Treatment Outcomes among Clients with Co-occurring Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 89: 267-274.
- Witkiewitz, Katie.; & Marlatt, Alan G. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*. 59: 224-235.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ
- แบบบันทึกการดื่มสุรา

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ
- แบบบันทึกการดื่มสุรา

แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตัวเลือก 1-8 หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

- อายุ ปี (เศษของปีนับเป็น 1ปี)
- สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยก	
- ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป
- อาชีพหลักในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. พ่อบ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	
<input type="checkbox"/> 2. การเกษตร(ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)การประมง	
<input type="checkbox"/> 3. กรรมกร/งานรับจ้าง	
<input type="checkbox"/> 4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	
<input type="checkbox"/> 5. ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
- รายได้รวมของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 5,000 – 7,500 บาท	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 7,500
- เริ่มดื่มสุราดังแต่อายุ.....ปี
- ดื่มสุราเป็นประจำตั้งแต่อายุ..... ปี
- ช่วง 1 เดือนก่อนมารักษาดื่มสุราปริมาณวันละ.....(ระบุจำนวนและหน่วย)
- ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร

แบบสอบถามความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตัวเลือก 1-8 หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

- อายุ ปี (เศษของปีนับเป็น 1ปี)
- สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยก	
- ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป
- อาชีพหลักในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. พ่อบ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	
<input type="checkbox"/> 2. การเกษตร(ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)การประมง	
<input type="checkbox"/> 3. กรรมกร/งานรับจ้าง	
<input type="checkbox"/> 4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	
<input type="checkbox"/> 5. ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
- รายได้รวมของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 5,000 – 7,500 บาท	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 7,500
- เริ่มดื่มสุราดังแต่อายุ.....ปี
- ดื่มสุราเป็นประจำตั้งแต่อายุ..... ปี
- ช่วง 1 เดือนก่อนมารักษาดื่มสุราปริมาณวันละ.....(ระบุจำนวนและหน่วย)
- ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร

10. ชนิดของเหล่าที่ท่านดื่มเป็นประจำ

1. เหล้าขาว 2. เหล้าสี (แม่โขง หงส์ทอง, ...)
3. เบียร์ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ท่านดื่มเหล้าบ่อยเพียงใด

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

12. ส่วนใหญ่ท่านดื่มกับใคร

1. ดื่มคนเดียว 2. ดื่มเป็นกลุ่ม

13. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

1. อยู่คนเดียว 2. อยู่กับครอบครัว
3. อยู่กับบุคคลอื่น

10. ชนิดของเหล่าที่ท่านดื่มเป็นประจำ

1. เหล้าขาว 2. เหล้าสี (แม่โขง หงส์ทอง, ...)
3. เบียร์ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ท่านดื่มเหล้าบ่อยเพียงใด

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

12. ส่วนใหญ่ท่านดื่มกับใคร

1. ดื่มคนเดียว 2. ดื่มเป็นกลุ่ม

13. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

1. อยู่คนเดียว 2. อยู่กับครอบครัว
3. อยู่กับบุคคลอื่น

ส่วนที่ 2. ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงคำตอบเดียว คำถามนี้มี 28 ข้อ โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

1. เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามอดทนอยู่กับความรู้สึกนี้ให้ได้โดยไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ฉันตั้งใจจะปลีกตัวห่างจากเพื่อนที่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. แม้นอนไม่หลับ ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามรับรู้อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน โดยไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. เมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจกัน หรือทะเลาะกับคนในบ้าน ฉันก็ตั้งใจจะไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. เมื่อฉันคิดถึงบรรยากาศของการดื่มเหล้า ฉันจะรีบหยุดความคิดนั้น

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. เมื่อกลุ่มเริ่มมีการดื่มเหล้า ฉันจะหาทางเลี่ยงออกจากกลุ่มนั้น

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 2. ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงคำตอบเดียว คำถามนี้มี 28 ข้อ โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

1. เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามอดทนอยู่กับความรู้สึกนี้ให้ได้โดยไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ฉันตั้งใจจะปลีกตัวห่างจากเพื่อนที่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. แม้นอนไม่หลับ ฉันก็จะไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. เมื่อฉันรู้สึกอยากดื่ม ฉันจะพยายามรับรู้อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน โดยไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. เมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจกัน หรือทะเลาะกับคนในบ้าน ฉันก็ตั้งใจจะไม่ดื่มเหล้า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. เมื่อฉันคิดถึงบรรยากาศของการดื่มเหล้า ฉันจะรีบหยุดความคิดนั้น

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ฉันจะไม่ดื่มเหล้า เพื่อให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. เมื่อกลุ่มเริ่มมีการดื่มเหล้า ฉันจะหาทางเลี่ยงออกจากกลุ่มนั้น

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

แบบบันทึกการตีความสุรา

โปรดเติมข้อมูลในแบบบันทึกการตีความสุราตามความเป็นจริง

ว.ด.ป.	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น							
แหล่งที่ตีความ							
ปริมาณการตีความ (กลม, แบน, กระทบ ,กั,เป็ก)							
ว.ด.ป.	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น							
แหล่งที่ตีความ							
ปริมาณการตีความ (กลม, แบน, กระทบ ,กั,เป็ก)							

แบบบันทึกการตีความสุรา

โปรดเติมข้อมูลในแบบบันทึกการตีความสุราตามความเป็นจริง

ว.ด.ป.	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น							
แหล่งที่ตีความ							
ปริมาณการตีความ (กลม, แบน, กระทบ ,กั,เป็ก)							
ว.ด.ป.	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น							
แหล่งที่ตีความ							
ปริมาณการตีความ (กลม, แบน, กระทบ ,กั,เป็ก)							

ภาคผนวก ข

โปรแกรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ภาคผนวก ข

โปรแกรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา

โดย

สุกมา แสงเดือนฉาย

โปรแกรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา

โดย

สุกมา แสงเดือนฉาย

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
วัตถุประสงค์.....	143
แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม.....	143
เนื้อหาของโปรแกรม.....	145
โครงสร้างของโปรแกรม.....	146
ครั้งที่ 1 การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา.....	154
ครั้งที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม.....	161
ครั้งที่ 3 ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา.....	168
ครั้งที่ 4 ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด.....	171
ครั้งที่ 5 การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา.....	176
ครั้งที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม.....	182
ครั้งที่ 7 การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่น่าสู่สถานการณ์เสี่ยง.....	188
ครั้งที่ 8 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา.....	192
ครั้งที่ 9 แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา.....	196
ครั้งที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน.....	200

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
วัตถุประสงค์.....	143
แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม.....	143
เนื้อหาของโปรแกรม.....	145
โครงสร้างของโปรแกรม.....	146
ครั้งที่ 1 การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา.....	154
ครั้งที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม.....	161
ครั้งที่ 3 ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา.....	168
ครั้งที่ 4 ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด.....	171
ครั้งที่ 5 การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา.....	176
ครั้งที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม.....	182
ครั้งที่ 7 การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่น่าสู่สถานการณ์เสี่ยง.....	188
ครั้งที่ 8 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา.....	192
ครั้งที่ 9 แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา.....	196
ครั้งที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน.....	200

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อ ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาการดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ จึงเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาใช้สำหรับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาบำบัดด้วยยา โดยมีการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังที่จะกล่าวถึงต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา
2. มีแรงจูงใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการดื่มสุรา และพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ
5. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดเชื้อ
6. มีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อสุราซึ่งจะนำสู่การปฏิบัติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
7. มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสุราและไม่กลับไปติดเชื้อ

แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา มีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อ ความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราที่บิดเบือนไปให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาการดื่มของตนเอง มีแนวทาง และวิธีการที่จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ จึงเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาใช้สำหรับผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาบำบัดด้วยยา โดยมีการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังที่จะกล่าวถึงต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา
2. มีแรงจูงใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการดื่มสุรา และพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ
5. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดเชื้อ
6. มีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อสุราซึ่งจะนำสู่การปฏิบัติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
7. มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสุราและไม่กลับไปติดเชื้อ

แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา มีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

แนวคิดการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention)

รูปแบบการป้องกันการติดซ้ำอยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้ทางสังคมที่ใช้แนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นย้ำถึงการเรียนรู้ประสบการณ์ เรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดำรงอยู่บนเส้นทางการเลิกสูรา โดยการสอนและการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยได้ฝึกการคิด วิเคราะห์ อภิปรายกรณีปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเอง จากประสบการณ์ ตัวแบบจากเพื่อนๆ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในกลุ่มถึงสิ่งกระตุ้นการดื่ม และสถานการณ์เสี่ยงที่สัมพันธ์กับบุคคลที่ดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม และช่วงเวลาที่ย่อม ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งจากภายในตัวของผู้ป่วยเอง ได้แก่การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสูรา การมีภาวะการเจ็บป่วย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่ม และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสูรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ติดซ้ำ และเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง อย่างเหมาะสม มีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนเองจนเกิดความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำ

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการดื่มสูราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นไปในทางบวกต่อตนเอง ขณะเดียวกันก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกที่เป็นปัญหาไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การติดซ้ำ โดยการเรียนรู้วิธีการต่างๆ ได้แก่ การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับการดื่มสูรา การวิเคราะห์ประโยชน์และโทษของการดื่มสูรา การบอกอารมณ์และประเมินอารมณ์ของตนเองได้ การหาความคิดอัตโนมัติ การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง การจินตนาการ การหยุดความคิด การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง การบันทึกประจำวัน การฝึกฝนทักษะซ้ำๆ เพื่อการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และเห็นถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือนต่อการดื่มสูราของตนเองที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรดืมอย่างต่อเนื่องจนเป็นปัญหามาถึงปัจจุบัน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปติดซ้ำ

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

นำแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้โดยคำนึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นบุคคลในครอบครัว บุคคลสำคัญรอบข้าง ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแลผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง และเป็นเกราะป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความรู้สึกที่ดีๆ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัวและบุคคลสำคัญถึงความยากลำบากของ

แนวคิดการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention)

รูปแบบการป้องกันการติดซ้ำอยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้ทางสังคมที่ใช้แนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นย้ำถึงการเรียนรู้ประสบการณ์ เรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดำรงอยู่บนเส้นทางการเลิกสูรา โดยการสอนและการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยได้ฝึกการคิด วิเคราะห์ อภิปรายกรณีปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเอง จากประสบการณ์ ตัวแบบจากเพื่อนๆ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในกลุ่มถึงสิ่งกระตุ้นการดื่ม และสถานการณ์เสี่ยงที่สัมพันธ์กับบุคคลที่ดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม และช่วงเวลาที่ย่อม ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งจากภายในตัวของผู้ป่วยเอง ได้แก่การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสูรา การมีภาวะการเจ็บป่วย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่ม และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสูรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ติดซ้ำ และเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง อย่างเหมาะสม มีความตั้งใจ และรับรู้ในความสามารถของตนเองจนเกิดความพร้อมที่จะป้องกันตนเองจากการติดซ้ำ

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ต่อการดื่มสูราให้ตรงตามความเป็นจริงและเป็นไปในทางบวกต่อตนเอง ขณะเดียวกันก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกที่เป็นปัญหาไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การติดซ้ำ โดยการเรียนรู้วิธีการต่างๆ ได้แก่ การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับการดื่มสูรา การวิเคราะห์ประโยชน์และโทษของการดื่มสูรา การบอกอารมณ์และประเมินอารมณ์ของตนเองได้ การหาความคิดอัตโนมัติ การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง การจินตนาการ การหยุดความคิด การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง การบันทึกประจำวัน การฝึกฝนทักษะซ้ำๆ เพื่อการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และเห็นถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่บิดเบือนต่อการดื่มสูราของตนเองที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรดืมอย่างต่อเนื่องจนเป็นปัญหามาถึงปัจจุบัน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปติดซ้ำ

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

นำแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้โดยคำนึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นบุคคลในครอบครัว บุคคลสำคัญรอบข้าง ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแลผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง และเป็นเกราะป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความรู้สึกที่ดีๆ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ การให้ความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัวและบุคคลสำคัญถึงความยากลำบากของ

ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญในช่วงของการเลิกดื่มสุรา และบทบาทที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวิกฤติการณ์ต่างๆ ไปได้

เนื้อหาของโปรแกรม

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา เป็นโปรแกรมการบำบัดที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำ การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดซ้ำ และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งมีกิจกรรม 10 กิจกรรม ดังนี้

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

ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญในช่วงของการเลิกดื่มสุรา และบทบาทที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวิกฤติการณ์ต่างๆ ไปได้

เนื้อหาของโปรแกรม

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา เป็นโปรแกรมการบำบัดที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการติดซ้ำ การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการติดซ้ำ และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งมีกิจกรรม 10 กิจกรรม ดังนี้

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

โครงสร้างของโปรแกรม

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

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักใน ปัญหาการดื่มสุรา แนวคิด 1.การป้องกันการติดยา 2.การบำบัดความคิด และพฤติกรรม	กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ผลกระทบ จากการดื่มสุรา	-กิจกรรมสร้างความรู้จักกัน “รู้จักฉัน รู้จักเธอ”	-เกิดสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ช่วยกับผู้วิจัย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย
		-ให้ผู้ป่วยเขียนถึงความ คาดหวังในการเข้า บำบัดรักษาสุรา	-ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ คาดหวังในการเข้ารับ การบำบัด
		-ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการ บำบัดรักษา	-ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ และวิธีการของ โปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม
		-สอบถามเหตุผลของการ เข้ารับการบำบัด และ ประสพการณ์ปัญหา เกี่ยวกับการดื่มสุรา -ให้ผู้ช่วยดูวิดีโอทัศน์ “สัญญาณอันตราย” สอบถามถึงความรู้สึก และ สิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอทัศน์ -อธิบายใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์” -นำผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการมาแจ้งให้	-ผู้ป่วยสำรวจปัญหา และเห็นผลกระทบของ การดื่มสุรา

โครงสร้างของโปรแกรม

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

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักใน ปัญหาการดื่มสุรา แนวคิด 1.การป้องกันการติดยา 2.การบำบัดความคิด และพฤติกรรม	กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ผลกระทบ จากการดื่มสุรา	-กิจกรรมสร้างความรู้จักกัน “รู้จักฉัน รู้จักเธอ”	-เกิดสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ช่วยกับผู้วิจัย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย
		-ให้ผู้ป่วยเขียนถึงความ คาดหวังในการเข้า บำบัดรักษาสุรา	-ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ คาดหวังในการเข้ารับ การบำบัด
		-ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการ บำบัดรักษา	-ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ และวิธีการของ โปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม
		-สอบถามเหตุผลของการ เข้ารับการบำบัด และ ประสพการณ์ปัญหา เกี่ยวกับการดื่มสุรา -ให้ผู้ช่วยดูวิดีโอทัศน์ “สัญญาณอันตราย” สอบถามถึงความรู้สึก และ สิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอทัศน์ -อธิบายใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์” -นำผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการมาแจ้งให้	-ผู้ป่วยสำรวจปัญหา และเห็นผลกระทบของ การดื่มสุรา

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		ผู้ป่วยทราบ -ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1 “วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของ การดื่มสุราและการหยุดดื่ม สุรา” -การบ้านทำใบงานที่2 “ สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ ดื่มสุรา”	
	กิจกรรมที่ 2 ความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผล ต่อพฤติกรรม	-ผู้ป่วยทำใบงานที่3 “แผนที่ ความคิด” -อธิบายรูปแบบของ ความคิด (Cognitive model)	-ผู้ ป ว ย เ รีย น รู้ ความสัมพันธ์ของ ความคิด ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
		-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา” -สรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการ ดื่มสุรา และสัญญาณ อันตราย ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ ความรู้สึก และพฤติกรรม”	-ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับ ตัวกระตุ้น สัญญาณ อันตรายที่นำไปสู่การ ดื่มสุรา -ผู้ป่วยตระหนักต่อการ แก้ไขปัญหาการดื่มสุรา
ระยะที่ 2 เสริมแรงจิตใจในการ บำบัด แนวคิด 1.แรงสนับสนุนทาง สังคม 2.การป้องกันการติดซ้ำ	กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จบน เส้นทางการเลิกดื่ม สุรา	-ให้ ดู วิ ดี ท ศ น์ เ รื่ อ ง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่า ประสบการณ์ของตนในครั้ง ที่พยายามหยุดดื่มสุรา -ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้	-ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ เส้นทางการเลิกดื่มสุรา -ผู้ป่วยรับรู้ ความสามารถของตน ในการเลิกดื่มสุรา

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		ผู้ป่วยทราบ -ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1 “วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของ การดื่มสุราและการหยุดดื่ม สุรา” -การบ้านทำใบงานที่2 “ สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ ดื่มสุรา”	
	กิจกรรมที่ 2 ความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผล ต่อพฤติกรรม	-ผู้ป่วยทำใบงานที่3 “แผนที่ ความคิด” -อธิบายรูปแบบของ ความคิด (Cognitive model)	-ผู้ ป ว ย เ รีย น รู้ ความสัมพันธ์ของ ความคิด ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
		-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา” -สรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการ ดื่มสุรา และสัญญาณ อันตราย ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ ความรู้สึก และพฤติกรรม”	-ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับ ตัวกระตุ้น สัญญาณ อันตรายที่นำไปสู่การ ดื่มสุรา และสัญญาณ อันตราย ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ ความรู้สึก และพฤติกรรม”
ระยะที่ 2 เสริมแรงจิตใจในการ บำบัด แนวคิด 1.แรงสนับสนุนทาง สังคม 2.การป้องกันการติดซ้ำ	กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จบน เส้นทางการเลิกดื่ม สุรา	-ให้ ดู วิ ดี ท ศ น์ เ รื่ อ ง “จุดเปลี่ยน” และให้เล่า ประสบการณ์ของตนในครั้ง ที่พยายามหยุดดื่มสุรา -ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้	-ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ เส้นทางการเลิกดื่มสุรา -ผู้ป่วยรับรู้ ความสามารถของตน ในการเลิกดื่มสุรา

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		<p>ให้ประสบความสำเร็จ หรือ สิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึง ในช่วงของการเลิกดื่มสุรา</p> <p>-นำผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุรา</p> <p>-ผู้ป่วยนำเสนอ วิธีการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองในการเลิกดื่มสุรา</p> <p>-มอบหมายการบ้านในใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”</p>	
	<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงใจในการบำบัด</p>	<p>-ประเมินแรงจูงใจในการบำบัด</p> <p>-ให้ผู้ป่วยนึกย้อนถึงบุคคลที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ บุคคลนั้นคือใคร</p> <p>-ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ประทับใจ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้น</p> <p>-ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” และเก็บไว้มอบให้ในวันที่มาร่วมกิจกรรมครั้งที่9</p>	<p>-ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัด</p>

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		<p>ให้ประสบความสำเร็จ หรือ สิ่งที่สำคัญควรคำนึงถึง ในช่วงของการเลิกดื่มสุรา</p> <p>-นำผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราได้มาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดดื่มสุรา</p> <p>-ผู้ป่วยนำเสนอ วิธีการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองในการเลิกดื่มสุรา</p> <p>-มอบหมายการบ้านในใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”</p>	
	<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงใจในการบำบัด</p>	<p>-ประเมินแรงจูงใจในการบำบัด</p> <p>-ให้ผู้ป่วยนึกย้อนถึงบุคคลที่เป็นที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่เสมอๆ บุคคลนั้นคือใคร</p> <p>-ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ประทับใจ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้น</p> <p>-ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” และเก็บไว้มอบให้ในวันที่มาร่วมกิจกรรมครั้งที่9</p>	<p>-ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัด</p>

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ป่วยพูดถึงข้อความที่บุคคลสำคัญจะบอกกับตนเองเพื่อให้เลิกดื่มสุราและเขียนไว้เตือนตนเอง	
		-ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน -การบ้านให้ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”	-ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด
ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดซ้ำ	กิจกรรมที่ 5 การเผชิญความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา	-ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น และชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น -ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การดื่มสุรา”	-ผู้ป่วยรู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด
แนวคิด 1.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2.การป้องกันการติดซ้ำ		-ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุรา	-ผู้ ป ว ย ส า ม า ร ถ แยกแยะความคิดอัตโนมัติ
		-แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ทำใบงานที่10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา” และใบงานที่11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” -การบ้านใบงานที่ 12 “แบบสำรวจตนเอง”	-ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติได้

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ป่วยพูดถึงข้อความที่บุคคลสำคัญจะบอกกับตนเองเพื่อให้เลิกดื่มสุราและเขียนไว้เตือนตนเอง	
		-ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน -การบ้านให้ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”	-ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด
ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดซ้ำ	กิจกรรมที่ 5 การเผชิญความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา	-ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น และชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น -ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การดื่มสุรา”	-ผู้ป่วยรู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด
แนวคิด 1.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2.การป้องกันการติดซ้ำ		-ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุรา	-ผู้ ป ว ย ส า ม า ร ถ แยกแยะความคิดอัตโนมัติ
		-แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ทำใบงานที่10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา” และใบงานที่11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” -การบ้านใบงานที่ 12 “แบบสำรวจตนเอง”	-ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติได้

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	กิจกรรมที่ 6 การจั ด ก าร กั บ ความรู้อีกอยากดื่ม และสิ่งกระตุ้นการ ดื่ม	-อธิบายธรรมชาติของการ เกิดความรู้สึกอยากดื่มใน ใบความรู้ที่3 “ความรู้สึก อยากดื่ม”	-ผู้ปว ย มี ค วาม ร ู้ แ ลະ เข้าใจกระบวนการ เกิดขึ้นและหมดไปของ ความรู้สึกอยากดื่ม
		-สอบถามประสบการณ์ของ ผู้ปว ย เมื่อก่เกิดความรู้สึก อยากดื่ม -ให้ ผู้ปว ย ฝึ ก จั ด ก าร กั บ ความรู้สึกอยากดื่ม -ผู้ปว ย แล ก เเปล่ยนความ คิดเห็นของการจั ด ก าร กั บ ความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบ ความสำเร็จในใบงานที่13 “การจั ด ก าร กั บ ความรู้อีก อยากดื่ม” -การบ้านให้ทำใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยาก ดื่ม”	-ผู้ ป ว ย ส าม า ร ถ แยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำ ให้รู้สึกอยากดื่ม -ผู้ปว ย สามารถจั ด ก าร กับความรู้สึกอยากดื่ม ได้
	กิจกรรมที่ 7 การตัดสินใจและ การอนุญาตตนเองที่ นำสู่สถานการณ์ เสี่ยง	-อธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”	-ผู้ปว ย เข้าใจและ ตระหนักถึง การ ตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่ กลับ นำ ไป สู่ สถานการณ์เสี่ยงต่อ การดื่มสุรา

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	กิจกรรมที่ 6 การจั ด ก าร กั บ ความรู้อีกอยากดื่ม และสิ่งกระตุ้นการ ดื่ม	-อธิบายธรรมชาติของการ เกิดความรู้สึกอยากดื่มใน ใบความรู้ที่3 “ความรู้สึก อยากดื่ม”	-ผู้ปว ย มี ค วาม ร ู้ แ ลະ เข้าใจกระบวนการ เกิดขึ้นและหมดไปของ ความรู้สึกอยากดื่ม
		-สอบถามประสบการณ์ของ ผู้ปว ย เมื่อก่เกิดความรู้สึก อยากดื่ม -ให้ ผู้ปว ย ฝึ ก จั ด ก าร กั บ ความรู้สึกอยากดื่ม -ผู้ปว ย แล ก เเปล่ยนความ คิดเห็นของการจั ด ก าร กั บ ความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบ ความสำเร็จในใบงานที่13 “การจั ด ก าร กั บ ความรู้อีก อยากดื่ม” -การบ้านให้ทำใบงานที่14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยาก ดื่ม”	-ผู้ ป ว ย ส าม า ร ถ แยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำ ให้รู้สึกอยากดื่ม -ผู้ปว ย สามารถจั ด ก าร กับความรู้สึกอยากดื่ม ได้
	กิจกรรมที่ 7 การตัดสินใจและ การอนุญาตตนเองที่ นำสู่สถานการณ์ เสี่ยง	-อธิบายใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”	-ผู้ปว ย เข้าใจและ ตระหนักถึง การ ตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่ กลับ นำ ไป สู่ สถานการณ์เสี่ยงต่อ การดื่มสุรา

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ปวยนี้ยกย่อนไปถึงการดื่ม สุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามี เหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจ ว่าจะไปดื่ม แต่สุดท้ายกลับ นำไปสู่การดื่ม และให้เล่า แลกเปลี่ยนกัน -ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของ ความคิด การตัดสินใจของ ผู้ ป ว ย ที่ ม อ ง ช้ำ ม ความสำคัญบ้างเรื่องว่าเป็น สิ่งเล็กน้อย หรือการให้ เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และ ให้ผู้ปวยแสดงความคิดเห็น ร่วมกัน	-ผู้ปวยสามารถสำรวจ ความคิดที่เกี่ยวกับการ ตัดสินใจในสิ่งที่ดู เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราได้
		-แบ่งกลุ่ม ทำใบงานที่ 15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม”	-ผู้ปวยมีแนวทางการ ตัดสินใจที่เหมาะสม
	กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาทักษะ การปฏิเสธการดื่ม สุรา	-ผู้ปวยเล่าประสบการณ์การ ดื่มสุราที่เป็นผลมาจากการ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการปฏิเสธการดื่ม -ผู้ปวยทำใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการ ดื่มสุรา”	-ผู้ปวยเรียนรู้วิธีการ ปฏิเสธและกล้ายืนยัน ในสิทธิของตนเอง
		-ผู้ปวยแสดงบทบาทสมมุติ ในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น -ผู้วิจัยอธิบายถึงการ	-ผู้ปวยฝึกทักษะการ ปฏิเสธและกล้ายืนยัน ในสิทธิของตนเองอย่าง มีประสิทธิภาพ

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ปวยนี้ยกย่อนไปถึงการดื่ม สุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามี เหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจ ว่าจะไปดื่ม แต่สุดท้ายกลับ นำไปสู่การดื่ม และให้เล่า แลกเปลี่ยนกัน -ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของ ความคิด การตัดสินใจของ ผู้ ป ว ย ที่ ม อ ง ช้ำ ม ความสำคัญบ้างเรื่องว่าเป็น สิ่งเล็กน้อย หรือการให้ เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และ ให้ผู้ปวยแสดงความคิดเห็น ร่วมกัน	-ผู้ปวยสามารถสำรวจ ความคิดที่เกี่ยวกับการ ตัดสินใจในสิ่งที่ดู เหมือนไม่เกี่ยวข้องกับ การดื่มสุราได้
		-แบ่งกลุ่ม ทำใบงานที่ 15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม”	-ผู้ปวยมีแนวทางการ ตัดสินใจที่เหมาะสม
	กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาทักษะ การปฏิเสธการดื่ม สุรา	-ผู้ปวยเล่าประสบการณ์การ ดื่มสุราที่เป็นผลมาจากการ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการปฏิเสธการดื่ม -ผู้ปวยทำใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการ ดื่มสุรา”	-ผู้ปวยเรียนรู้วิธีการ ปฏิเสธและกล้ายืนยัน ในสิทธิของตนเอง
		-ผู้ปวยแสดงบทบาทสมมุติ ในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น -ผู้วิจัยอธิบายถึงการ	-ผู้ปวยฝึกทักษะการ ปฏิเสธและกล้ายืนยัน ในสิทธิของตนเองอย่าง มีประสิทธิภาพ

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		<p>ปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในใจ ความรู้ที่5 “ทักษะการ ปฏิเสธ”</p> <p>-ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดง บทบาทสมมุติอีกครั้ง และ สลับคู่มือกับผู้ป่วยท่านอื่น</p> <p>-ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันในการ ปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ</p>	
<p>ระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมสู่ การปฏิบัติ</p> <p>แนวคิด 1.แรงสนับสนุนทาง สังคม 2.การป้องกันการติดเชื้อ</p>	<p>กิจกรรมที่ 9 แรงสนับสนุนทาง สังคมและการ วางแผนในการเลิก ดื่มสุรา</p>	<p>-บุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วม กิจกรรมแนะนำตัว</p> <p>-ผู้ป่วยพูดถึงความ ประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มี ต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้ง มอบจดหมายที่เขียนเล่าถึง ความประทับใจให้กับบุคคล สำคัญ และเปิดโอกาสให้ บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย</p> <p>-ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับ การฟื้นฟูสภาพ”</p> <p>-ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจใน การลด ละ เลิก สุรา และสิ่ง ที่ต้องการความช่วยเหลือ เมื่อต้องออกจากสถาน บำบัด</p>	<p>-ผู้ ป ว ย ส ร ำ ง สัมพันธ์ภาพที่ดีกับ บุคคลสำคัญ</p> <p>-ผู้ ป ว ย ได้ รับ แร ง สนับสนุนทางสังคม จากบุคคลสำคัญ</p>

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		<p>ปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในใจ ความรู้ที่5 “ทักษะการ ปฏิเสธ”</p> <p>-ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดง บทบาทสมมุติอีกครั้ง และ สลับคู่มือกับผู้ป่วยท่านอื่น</p> <p>-ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันในการ ปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ</p>	
<p>ระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมสู่ การปฏิบัติ</p> <p>แนวคิด 1.แรงสนับสนุนทาง สังคม 2.การป้องกันการติดเชื้อ</p>	<p>กิจกรรมที่ 9 แรงสนับสนุนทาง สังคมและการ วางแผนในการเลิก ดื่มสุรา</p>	<p>-บุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วม กิจกรรมแนะนำตัว</p> <p>-ผู้ป่วยพูดถึงความ ประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มี ต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้ง มอบจดหมายที่เขียนเล่าถึง ความประทับใจให้กับบุคคล สำคัญ และเปิดโอกาสให้ บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย</p> <p>-ผู้วิจัยอธิบายใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับ การฟื้นฟูสภาพ”</p> <p>-ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจใน การลด ละ เลิก สุรา และสิ่ง ที่ต้องการความช่วยเหลือ เมื่อต้องออกจากสถาน บำบัด</p>	<p>-ผู้ ป ว ย ส ร ำ ง สัมพันธ์ภาพที่ดีกับ บุคคลสำคัญ</p> <p>-ผู้ ป ว ย ได้ รับ แร ง สนับสนุนทางสังคม จากบุคคลสำคัญ</p>

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน	
		ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคล สำคัญวางแผนร่วมกันใน การป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา	-ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษา กับบุคคลสำคัญและ ผู้บำบัด
	กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความ พร้อมเมื่อจำหน่าย กลับบ้าน	-เล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่อ อยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกัน ในประเด็นของลักษณะ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม -ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรม ต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามี ความสำคัญในการสร้าง ความสมดุลของการดำเนิน ชีวิต -ผู้ป่วยพูดถึงความมุ่งมั่นใน เป้าหมาย และทบทวน แผนการปฏิบัติของตนใน การเผชิญกับสถานการณ์ เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ -อภิปรายถึงความสำเร็จ และความเป็นไปได้ในการ นำสู่การปฏิบัติ	-ทบทวนแผนการบำบัด และเป้าหมายของการ บำบัด -ผู้ป่วยมีความรู้ ความ เข้าใจ และมีทักษะใน การป้องกันการติดเชื้อ
		-นัดหมายการติดตามผล เพื่อมาพบกันใหม่อีก 3 ครั้ง	-เพื่อยุติในการทำกลุ่ม และนัดหมายติดตามผล

การดำเนินการ/ แนวคิด	ชื่อกิจกรรม/ ผลของกิจกรรม	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
		-ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน	
		ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคล สำคัญวางแผนร่วมกันใน การป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา	-ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษา กับบุคคลสำคัญและ ผู้บำบัด
	กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความ พร้อมเมื่อจำหน่าย กลับบ้าน	-เล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่อ อยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกัน ในประเด็นของลักษณะ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม -ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรม ต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามี ความสำคัญในการสร้าง ความสมดุลของการดำเนิน ชีวิต -ผู้ป่วยพูดถึงความมุ่งมั่นใน เป้าหมาย และทบทวน แผนการปฏิบัติของตนใน การเผชิญกับสถานการณ์ เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ -อภิปรายถึงความสำเร็จ และความเป็นไปได้ในการ นำสู่การปฏิบัติ	-ทบทวนแผนการบำบัด และเป้าหมายของการ บำบัด -ผู้ป่วยมีความรู้ ความ เข้าใจ และมีทักษะใน การป้องกันการติดเชื้อ
		-นัดหมายการติดตามผล เพื่อมาพบกันใหม่อีก 3 ครั้ง	-เพื่อยุติในการทำกลุ่ม และนัดหมายติดตามผล

ครั้งที่ 1

ชื่อกิจกรรม: การรับรู้ผลกระทบจากการตีตรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

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

แนวความคิด

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

สำหรับการบำบัดครั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงหลักการ วิธีการ และระยะเวลาในการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับรู้ในบทบาทของตนว่าสิ่งใดที่ควรทำ หรือต้องทำอะไร เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน หรือจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดรักษามากที่สุด

นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับสมองติดแอลกอฮอล์ และการชี้ให้เห็นความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมกับการให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่นำผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมาทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยเป็นกระจุกเงาที่สะท้อนภาพซึ่งกันและกันทำให้มองเห็นสาเหตุและปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบของการตีตราที่ส่งผลอยู่ในปัจจุบัน

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

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

ครั้งที่ 1

ชื่อกิจกรรม: การรับรู้ผลกระทบจากการตีตรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

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

แนวความคิด

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

สำหรับการบำบัดครั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงหลักการ วิธีการ และระยะเวลาในการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับรู้ในบทบาทของตนว่าสิ่งใดที่ควรทำ หรือต้องทำอะไร เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน หรือจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดรักษามากที่สุด

นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับสมองติดแอลกอฮอล์ และการชี้ให้เห็นความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมกับการให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่นำผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมาทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยเป็นกระจุกเงาที่สะท้อนภาพซึ่งกันและกันทำให้มองเห็นสาเหตุและปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบของการตีตราที่ส่งผลอยู่ในปัจจุบัน

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

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

ผู้ป่วยคนแรกต้องทำดังนี้

-หัวแม่มือขวาชี้ตัวเองพร้อมบอกชื่อตัวเอง

-หัวแม่มือขวาชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางขวามือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

-หัวแม่มือซ้ายชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางซ้ายมือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

ผู้ป่วยที่นั่งอยู่คนถัดไปทางซ้ายที่ถูกเรียกชื่อจะต้องปฏิบัติต่อไปเหมือนคนแรกจนครบทุกคน หลังจากนั้นอาสาสมัครผู้ป่วยที่จำชื่อเพื่อนได้มากที่สุดออกมาแนะนำเพื่อนที่ตนเองรู้จัก โดยเปิดโอกาสให้เพื่อนๆในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการเพิ่มเติมข้อมูลด้วย

2. ผู้วิจัยแจกกระดาษให้ผู้ป่วยเขียนถึงความคาดหวัง หรือความต้องการที่ได้รับจากการเข้าบำบัดรักษาสุรา และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัด และให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองแลกเปลี่ยนกัน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยคู่วิดีทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย” ซึ่งเป็นการทดลองจัดสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันเข้าไปในตัวหนูทดลอง และสังเกตปฏิกิริยาที่หนูตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นสอบถามความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการคู่วิดีทัศน์

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในใบความรู้ที่1 “สมองติดแอลกอฮอล์” และผลของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละคนมาพูดคุยกัน

4. ผู้วิจัยแจกใบงานที่1ให้ผู้ป่วยเขียน “วิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ด้วย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรม และให้สรุปสิ่งที่เรียนรู้

2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็น

การบ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วิดีทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย”

ผู้ป่วยคนแรกต้องทำดังนี้

-หัวแม่มือขวาชี้ตัวเองพร้อมบอกชื่อตัวเอง

-หัวแม่มือขวาชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางขวามือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

-หัวแม่มือซ้ายชี้เพื่อนที่นั่งอยู่ทางซ้ายมือพร้อมเรียกชื่อเพื่อน

ผู้ป่วยที่นั่งอยู่คนถัดไปทางซ้ายที่ถูกเรียกชื่อจะต้องปฏิบัติต่อไปเหมือนคนแรกจนครบทุกคน หลังจากนั้นอาสาสมัครผู้ป่วยที่จำชื่อเพื่อนได้มากที่สุดออกมาแนะนำเพื่อนที่ตนเองรู้จัก โดยเปิดโอกาสให้เพื่อนๆในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการเพิ่มเติมข้อมูลด้วย

2. ผู้วิจัยแจกกระดาษให้ผู้ป่วยเขียนถึงความคาดหวัง หรือความต้องการที่ได้รับจากการเข้าบำบัดรักษาสุรา และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการบำบัด และให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองแลกเปลี่ยนกัน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยคู่วิดีทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย” ซึ่งเป็นการทดลองจัดสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันเข้าไปในตัวหนูทดลอง และสังเกตปฏิกิริยาที่หนูตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นสอบถามความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการคู่วิดีทัศน์

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในใบความรู้ที่1 “สมองติดแอลกอฮอล์” และผลของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ โดยนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละคนมาพูดคุยกัน

4. ผู้วิจัยแจกใบงานที่1ให้ผู้ป่วยเขียน “วิเคราะห์ผลดี- ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา” และนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ด้วย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกิจกรรม และให้สรุปสิ่งที่เรียนรู้

2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่2 “สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” เป็นงานมอบหมายให้ทำเป็น

การบ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วิดีทัศน์เรื่อง “สัญญาณอันตราย”

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ใบความรู้ที่1
6. ใบงานที่1, และ2
7. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

1. สอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตืดแอลกอฮอล์
2. ประเมินจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสนใจซักถามถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น การแสดงความรู้สึกกังวลที่รับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา
3. ผลจากการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา
4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอภิปรายแสดงความคิดเห็น

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ใบความรู้ที่1
6. ใบงานที่1, และ2
7. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

1. สอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตืดแอลกอฮอล์
2. ประเมินจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสนใจซักถามถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น การแสดงความรู้สึกกังวลที่รับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา
3. ผลจากการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา
4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอภิปรายแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์”

สมองเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก มีลักษณะเป็นก้อนเนื้อนุ่มๆ หนักประมาณ

1.4 กิโลกรัมอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ สมองเป็นศูนย์บัญชาการใหญ่ของร่างกาย มีส่วนที่รับข้อมูล และสั่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ รวมทั้งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ จึงเป็นเสมือนส่วนที่ควบคุมนิสัยใจคอของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. สมองส่วนคิด ทำหน้าที่คิดตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยเหตุผล เมื่อติดสุราทำให้ขาดเหตุผล

สติปัญญาเสื่อมถอย และตกเป็นทาสสมองส่วนอยาก

2. สมองส่วนอยาก เป็นสมองอยู่ชั้นในควบคุมอารมณ์ ความทรงจำ และพฤติกรรม สมอง

ส่วนนี้เป็นสื่อกลางของการติดสุราและสารเสพติดทุกชนิด เป็นที่ตั้งของสมองความสุขซึ่งนำไปสู่การติด

ในการทำงานของสมองมีการประสานทั้งภายใน และประสานส่วนอื่นภายนอกด้วย ในสมอง จึงมีวงจรมากมายคล้ายวงจรไฟฟ้า วงจรนี้ประกอบด้วยเซลล์ประสาท ซึ่งมี แชนรับสัญญาณเข้ามาใน เซลล์ประสาท กับแชนส่งสัญญาณออกจากเซลล์ไปยังเซลล์ประสาทตัวอื่นที่อยู่ถัดไป ที่จุดส่งและรับ สัญญาณเรียกว่าปมประสาท ซึ่งความจริงผิวของเซลล์ทั้งสองที่รับ ส่งสัญญาณไม่ได้สัมผัสกันโดยตรง แต่เป็นช่องว่างเล็กๆ ที่มีสารสื่อประสาทอยู่ ซึ่งการส่งสัญญาณผ่านไปต้องอาศัยสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทจะมีผลต่อเซลล์ตัวถัดไป วงจรนี้จะเกิดเป็นทอดๆ ต่อไป

กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ การทำนุบำรุงดูแลเอาใจใส่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้า หรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สมองส่วนนี้เป็นส่วนควบคุมความพอใจ

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

ตัวอย่างการทดลองใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจในหนูทดลอง พบว่ามีระดับโดปามีนสูงขึ้นกว่าปกติ และเมื่อกระตุ้นไปสักระยะหนึ่งหนูเกิดการเสพติดกับการถูกกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า คือหนูจะต้องได้รับกระแสไฟฟ้าอยู่เรื่อยๆ และเพิ่มความถี่ของความถี่ความต้องการมากขึ้น หนูจะเรียนรู้ที่จะเปิดสวิตช์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวเอง และเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้นจะกระวนกระวาย จึงเกิดการเสพติด

ใบความรู้ที่ 1 “สมองติดแอลกอฮอล์”

สมองเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก มีลักษณะเป็นก้อนเนื้อนุ่มๆ หนักประมาณ

1.4 กิโลกรัมอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ สมองเป็นศูนย์บัญชาการใหญ่ของร่างกาย มีส่วนที่รับข้อมูล และสั่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ รวมทั้งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ จึงเป็นเสมือนส่วนที่ควบคุมนิสัยใจคอของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. สมองส่วนคิด ทำหน้าที่คิดตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยเหตุผล เมื่อติดสุราทำให้ขาดเหตุผล

สติปัญญาเสื่อมถอย และตกเป็นทาสสมองส่วนอยาก

2. สมองส่วนอยาก เป็นสมองอยู่ชั้นในควบคุมอารมณ์ ความทรงจำ และพฤติกรรม สมอง

ส่วนนี้เป็นสื่อกลางของการติดสุราและสารเสพติดทุกชนิด เป็นที่ตั้งของสมองความสุขซึ่งนำไปสู่การติด

ในการทำงานของสมองมีการประสานทั้งภายใน และประสานส่วนอื่นภายนอกด้วย ในสมอง จึงมีวงจรมากมายคล้ายวงจรไฟฟ้า วงจรนี้ประกอบด้วยเซลล์ประสาท ซึ่งมี แชนรับสัญญาณเข้ามาใน เซลล์ประสาท กับแชนส่งสัญญาณออกจากเซลล์ไปยังเซลล์ประสาทตัวอื่นที่อยู่ถัดไป ที่จุดส่งและรับ สัญญาณเรียกว่าปมประสาท ซึ่งความจริงผิวของเซลล์ทั้งสองที่รับ ส่งสัญญาณไม่ได้สัมผัสกันโดยตรง แต่เป็นช่องว่างเล็กๆ ที่มีสารสื่อประสาทอยู่ ซึ่งการส่งสัญญาณผ่านไปต้องอาศัยสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทจะมีผลต่อเซลล์ตัวถัดไป วงจรนี้จะเกิดเป็นทอดๆ ต่อไป

กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ การทำนุบำรุงดูแลเอาใจใส่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้า หรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สมองส่วนนี้เป็นส่วนควบคุมความพอใจ

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

ตัวอย่างการทดลองใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจในหนูทดลอง พบว่ามีระดับโดปามีนสูงขึ้นกว่าปกติ และเมื่อกระตุ้นไปสักระยะหนึ่งหนูเกิดการเสพติดกับการถูกกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า คือหนูจะต้องได้รับกระแสไฟฟ้าอยู่เรื่อยๆ และเพิ่มความถี่ของความถี่ความต้องการมากขึ้น หนูจะเรียนรู้ที่จะเปิดสวิตช์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวเอง และเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้นจะกระวนกระวาย จึงเกิดการเสพติด

บุคคลที่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาานาน เซลสมองถูกกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีนออกมาอย่างมากและทันที มีผลทำให้เซลล์สมองเกิดความเคยชินกับสภาพนั้น ในระยะต่อไปเซลล์สมองจึงไม่สามารถทำงานตามปกติได้ แต่จะรอให้มีการกระตุ้นจากสารเสพติดเสียก่อน ดังนั้น ผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดจึงมักจะสูญเสียความสามารถในการแสวงหาความสุขให้แก่ชีวิตด้วยกลไกโดยธรรมชาติของตนเอง แต่เป็นชีวิตที่ต้องหมกมุ่น แสวงหาสารเสพติดและแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเซลล์สมองเพื่อสร้างความสุข ความพอใจ จนทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเสพติดแอลกอฮอล์

การเสพติดจึงนำไปสู่การพึ่งพาแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) และอาการดื้อยา (Tolerance) โดยอาการถอนพิษยา จะเกิดขึ้นเมื่อเซลล์สมองไม่ได้รับแอลกอฮอล์เพื่อไปกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีน ร่างกายจึงเกิดการทํางานแปรปรวน เมื่อขาดแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และจิตใจ ส่วนอาการดื้อยา เป็นอาการที่เซลล์สมองเคยชินต่อสภาพที่ต้องอาศัยแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเพื่อสร้างความสุข ผู้ติ่มจึงต้องเพิ่มปริมาณการติ่มเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิม

นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดคือ อาการอยากยา (Craving) เป็นอาการที่เกิดความทรงจำและการเรียนรู้ถึงความสุข ความเพลิดเพลินที่ได้รับจากการใช้สิ่งเหล่านี้จึงฝังลึกอยู่ในความรู้สึกและจิตใจของบุคคล และมักจะแวบเข้ามาอยู่ในสมองเสมอๆ จึงมักเกิดความรู้สึกนี้ได้บ่อยๆ

จากการศึกษาโดยใช้เครื่องสแกนสมองพบว่าผู้ติ่มสุราและสารเสพติดมีภาวะสมองถูกทำลาย มีผลทำให้เกิดการเสียหายที่ในเรื่องความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย โดยผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ยังคงติ่มต่อไปก็ยิ่งทำให้สมองถูกทำลายมากขึ้น และอาจทำให้มีอาการทางจิตประสาทได้ วิธีการที่ดีในการช่วยเหลือคือการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ให้สามารถหยุดสุราได้ เซลสมองก็จะไม่ถูกทำลายเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด

บุคคลที่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาานาน เซลสมองถูกกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีนออกมาอย่างมากและทันที มีผลทำให้เซลล์สมองเกิดความเคยชินกับสภาพนั้น ในระยะต่อไปเซลล์สมองจึงไม่สามารถทำงานตามปกติได้ แต่จะรอให้มีการกระตุ้นจากสารเสพติดเสียก่อน ดังนั้น ผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดจึงมักจะสูญเสียความสามารถในการแสวงหาความสุขให้แก่ชีวิตด้วยกลไกโดยธรรมชาติของตนเอง แต่เป็นชีวิตที่ต้องหมกมุ่น แสวงหาสารเสพติดและแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเซลล์สมองเพื่อสร้างความสุข ความพอใจ จนทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเสพติดแอลกอฮอล์

การเสพติดจึงนำไปสู่การพึ่งพาแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) และอาการดื้อยา (Tolerance) โดยอาการถอนพิษยา จะเกิดขึ้นเมื่อเซลล์สมองไม่ได้รับแอลกอฮอล์เพื่อไปกระตุ้นให้หลั่งสารโดปามีน ร่างกายจึงเกิดการทํางานแปรปรวน เมื่อขาดแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และจิตใจ ส่วนอาการดื้อยา เป็นอาการที่เซลล์สมองเคยชินต่อสภาพที่ต้องอาศัยแอลกอฮอล์มาช่วยกระตุ้นเพื่อสร้างความสุข ผู้ติ่มจึงต้องเพิ่มปริมาณการติ่มเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิม

นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดคือ อาการอยากยา (Craving) เป็นอาการที่เกิดความทรงจำและการเรียนรู้ถึงความสุข ความเพลิดเพลินที่ได้รับจากการใช้สิ่งเหล่านี้จึงฝังลึกอยู่ในความรู้สึกและจิตใจของบุคคล และมักจะแวบเข้ามาอยู่ในสมองเสมอๆ จึงมักเกิดความรู้สึกนี้ได้บ่อยๆ

จากการศึกษาโดยใช้เครื่องสแกนสมองพบว่าผู้ติ่มสุราและสารเสพติดมีภาวะสมองถูกทำลาย มีผลทำให้เกิดการเสียหายที่ในเรื่องความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย โดยผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ยังคงติ่มต่อไปก็ยิ่งทำให้สมองถูกทำลายมากขึ้น และอาจทำให้มีอาการทางจิตประสาทได้ วิธีการที่ดีในการช่วยเหลือคือการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ให้สามารถหยุดสุราได้ เซลสมองก็จะไม่ถูกทำลายเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด

ครั้งที่ 2

ชื่อกิจกรรม: ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปวย

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

แนวความคิด

รูปแบบความคิด (Cognitive model) เป็นรูปแบบพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้ามีสิ่งกระตุ้นเร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ด้วย

การที่ผู้ปวยมีความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละช่วงของการดื่มได้ชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนการดื่ม ขณะดื่ม และผลภายหลังการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด ส่งผลอย่างไร จึงทำให้ผู้ปวยเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราที่เกิดขึ้นและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ปวยเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนนำเข้าสู่ขั้นการดำเนินการ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน “สิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” โดยให้อภิปรายร่วมกัน
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปวยพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากงานที่มอบหมายให้ทำ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือ

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยยกตัวอย่างเหตุการณ์ใกล้ๆ ตัวที่เกิดขึ้นแต่ละเหตุการณ์ และถามผู้ปวยว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น อารมณ์/ความรู้สึกเป็นอย่างไร และเราทำอย่างไร (พฤติกรรม) เพื่ออธิบายให้ผู้ปวยเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อมีความคิดต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกก็แตกต่างกันไปด้วย

ครั้งที่ 2

ชื่อกิจกรรม: ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปวย

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

แนวความคิด

รูปแบบความคิด (Cognitive model) เป็นรูปแบบพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้ามีสิ่งกระตุ้นเร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ด้วย

การที่ผู้ปวยมีความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละช่วงของการดื่มได้ชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนการดื่ม ขณะดื่ม และผลภายหลังการดื่มว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด ส่งผลอย่างไร จึงทำให้ผู้ปวยเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราที่เกิดขึ้นและหาวิธีการแก้ไขได้ถูกต้อง

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ปวยเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนนำเข้าสู่ขั้นการดำเนินการ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกนำเสนอการบ้าน “สิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้น ถ้าฉันไม่ดื่มสุรา” โดยให้อภิปรายร่วมกัน
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปวยพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากงานที่มอบหมายให้ทำ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือ

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยยกตัวอย่างเหตุการณ์ใกล้ๆ ตัวที่เกิดขึ้นแต่ละเหตุการณ์ และถามผู้ปวยว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น อารมณ์/ความรู้สึกเป็นอย่างไร และเราทำอย่างไร (พฤติกรรม) เพื่ออธิบายให้ผู้ปวยเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อมีความคิดต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกก็แตกต่างกันไปด้วย

ตัวอย่างของเหตุการณ์

เหตุการณ์แรก กลางดึกของคืนวันหนึ่งขณะที่นอนหลับอยู่ เราสะดุ้งตื่นขึ้นมาเพราะได้ยินเสียงดังกอกแกรกๆ อยู่ที่บ้าน

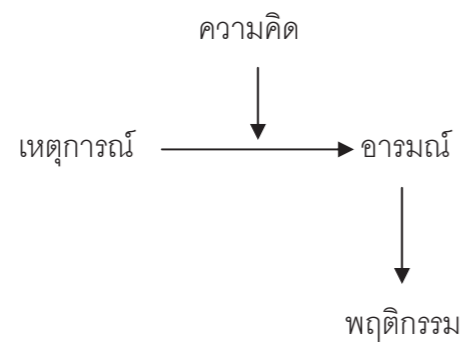
เหตุการณ์ที่สอง ขณะขับรถอยู่บนถนน อยู่ๆ ก็มีรถขับแซงขึ้นมาอย่างรวดเร็วปาดหน้ารถของเราไปอย่างกระชั้นชิด

2. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยทำ ใบงานที่3 “แผนที่ความคิด” โดยให้ผู้ช่วยเลือกทำเพียงคนละ 1 สถานการณ์ โดยกำหนดให้ในสถานการณ์ ดังนี้

- 1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา
- 2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา

ในสถานการณ์ที่กล่าวมา ให้ผู้ช่วยจินตนาการว่าถ้าตนเองตกอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ผู้ช่วยมีความคิดอะไรเกิดขึ้น ความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์อย่างไร และมีการกระทำหรือพฤติกรรมอะไรตามมา ให้เขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

3. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจว่า บุคคลส่วนใหญ่มักคิดว่าเหตุการณ์จะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก แต่แท้จริงแล้วหากพิจารณาให้ดีจะพบว่าระหว่างเหตุการณ์ และอารมณ์ จะมีความคิดเกิดขึ้นแทรกอยู่ ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันนี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ดังนั้นในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกันบุคคลกลับมีอารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับความคิดของผู้ดื่มสุรา กับผู้ไม่ดื่มสุราจะมีความคิดการรับรู้ต่อการดื่มแตกต่างกัน ผู้วิจัยเขียนภาพรูปแบบของความคิดประกอบการบรรยาย



4. ผู้วิจัยแบ่งผู้ช่วยเป็นกลุ่มละ 2-3 คนให้ผู้ช่วยค้นหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ที่นำมาก่อนดื่ม ขณะดื่ม และภายหลังการดื่มในใบงานที่4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการดื่มสุรา และสัญญาณอันตราย

ตัวอย่างของเหตุการณ์

เหตุการณ์แรก กลางดึกของคืนวันหนึ่งขณะที่นอนหลับอยู่ เราสะดุ้งตื่นขึ้นมาเพราะได้ยินเสียงดังกอกแกรกๆ อยู่ที่บ้าน

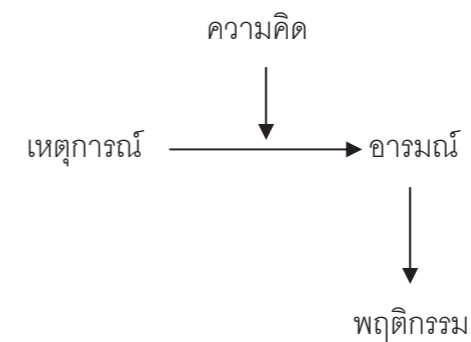
เหตุการณ์ที่สอง ขณะขับรถอยู่บนถนน อยู่ๆ ก็มีรถขับแซงขึ้นมาอย่างรวดเร็วปาดหน้ารถของเราไปอย่างกระชั้นชิด

2. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยทำ ใบงานที่3 “แผนที่ความคิด” โดยให้ผู้ช่วยเลือกทำเพียงคนละ 1 สถานการณ์ โดยกำหนดให้ในสถานการณ์ ดังนี้

- 1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา
- 2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา

ในสถานการณ์ที่กล่าวมา ให้ผู้ช่วยจินตนาการว่าถ้าตนเองตกอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ผู้ช่วยมีความคิดอะไรเกิดขึ้น ความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์อย่างไร และมีการกระทำหรือพฤติกรรมอะไรตามมา ให้เขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

3. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจว่า บุคคลส่วนใหญ่มักคิดว่าเหตุการณ์จะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก แต่แท้จริงแล้วหากพิจารณาให้ดีจะพบว่าระหว่างเหตุการณ์ และอารมณ์ จะมีความคิดเกิดขึ้นแทรกอยู่ ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันนี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ดังนั้นในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกันบุคคลกลับมีอารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับความคิดของผู้ดื่มสุรา กับผู้ไม่ดื่มสุราจะมีความคิดการรับรู้ต่อการดื่มแตกต่างกัน ผู้วิจัยเขียนภาพรูปแบบของความคิดประกอบการบรรยาย



4. ผู้วิจัยแบ่งผู้ช่วยเป็นกลุ่มละ 2-3 คนให้ผู้ช่วยค้นหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ที่นำมาก่อนดื่ม ขณะดื่ม และภายหลังการดื่มในใบงานที่4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นการดื่มสุรา และสัญญาณอันตราย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ปวยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และให้สอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ปวยฝึกทำในใบงานที่5“ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

สื่อและอุปกรณ์

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

การประเมินผล

1. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปวยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดี
2. จากผลการวิเคราะห์การดี
3. การที่ผู้ปวยสามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้น และสัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดี
4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอธิบายแสดงความคิดเห็น

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ปวยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และให้สอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ปวยฝึกทำในใบงานที่5“ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

สื่อและอุปกรณ์

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

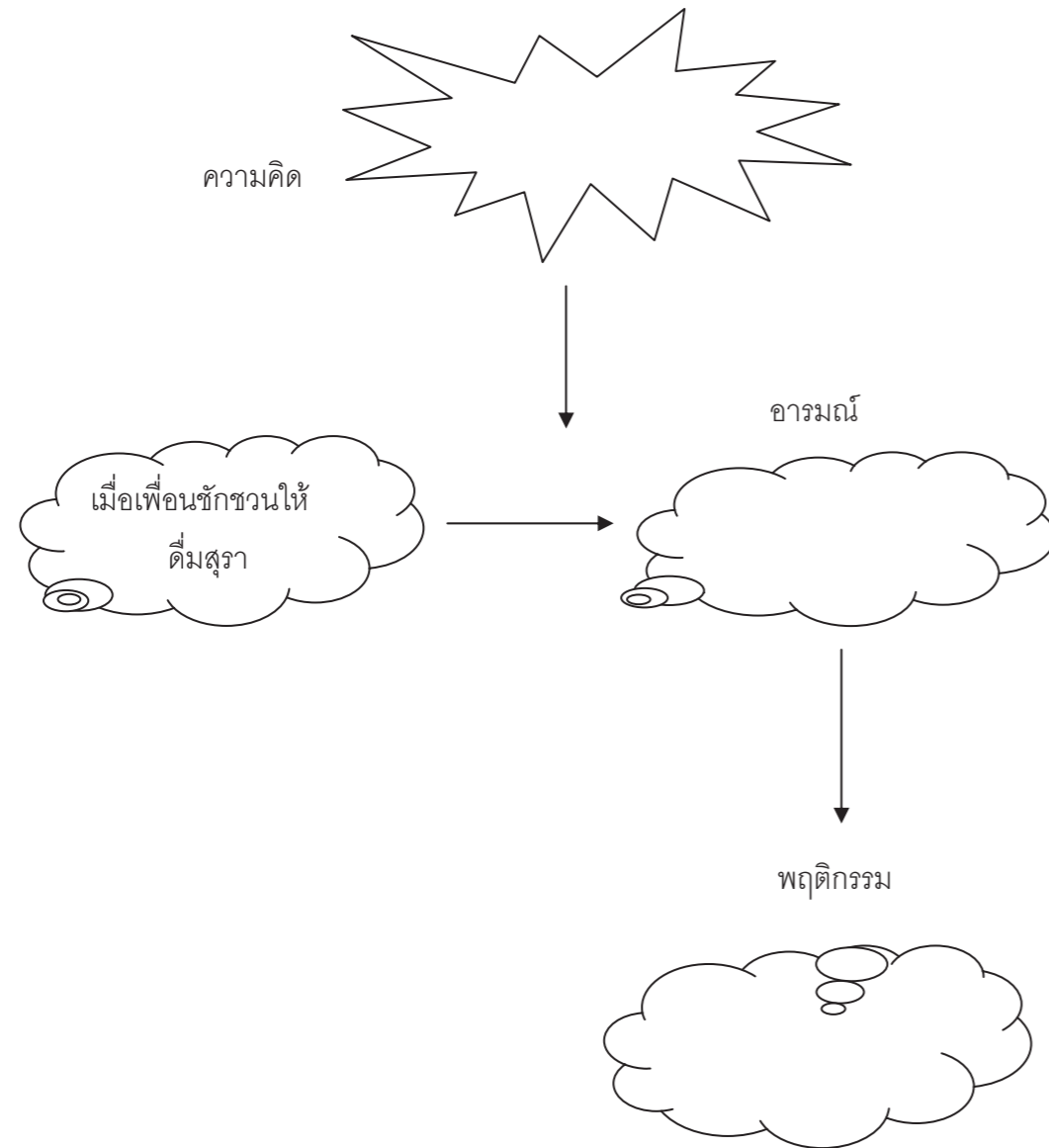
การประเมินผล

1. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปวยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดี
2. จากผลการวิเคราะห์การดี
3. การที่ผู้ปวยสามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้น และสัญญาณอันตรายที่นำไปสู่การดี
4. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการอธิบายแสดงความคิดเห็น

ใบงานที่ 3 “แผนที่ความคิด”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยกำหนดไว้ในสถานการณ์ ดังนี้

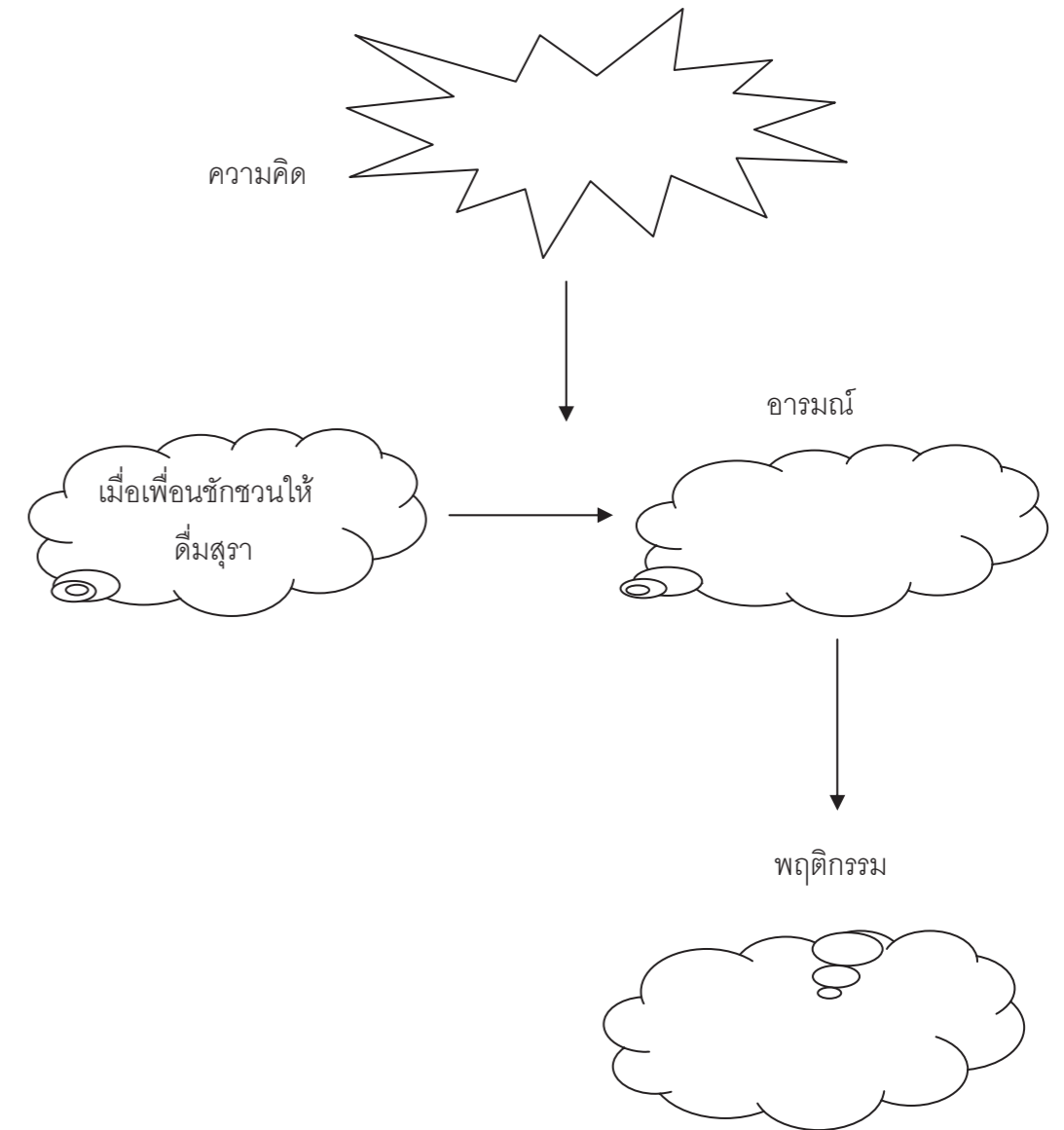
1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา



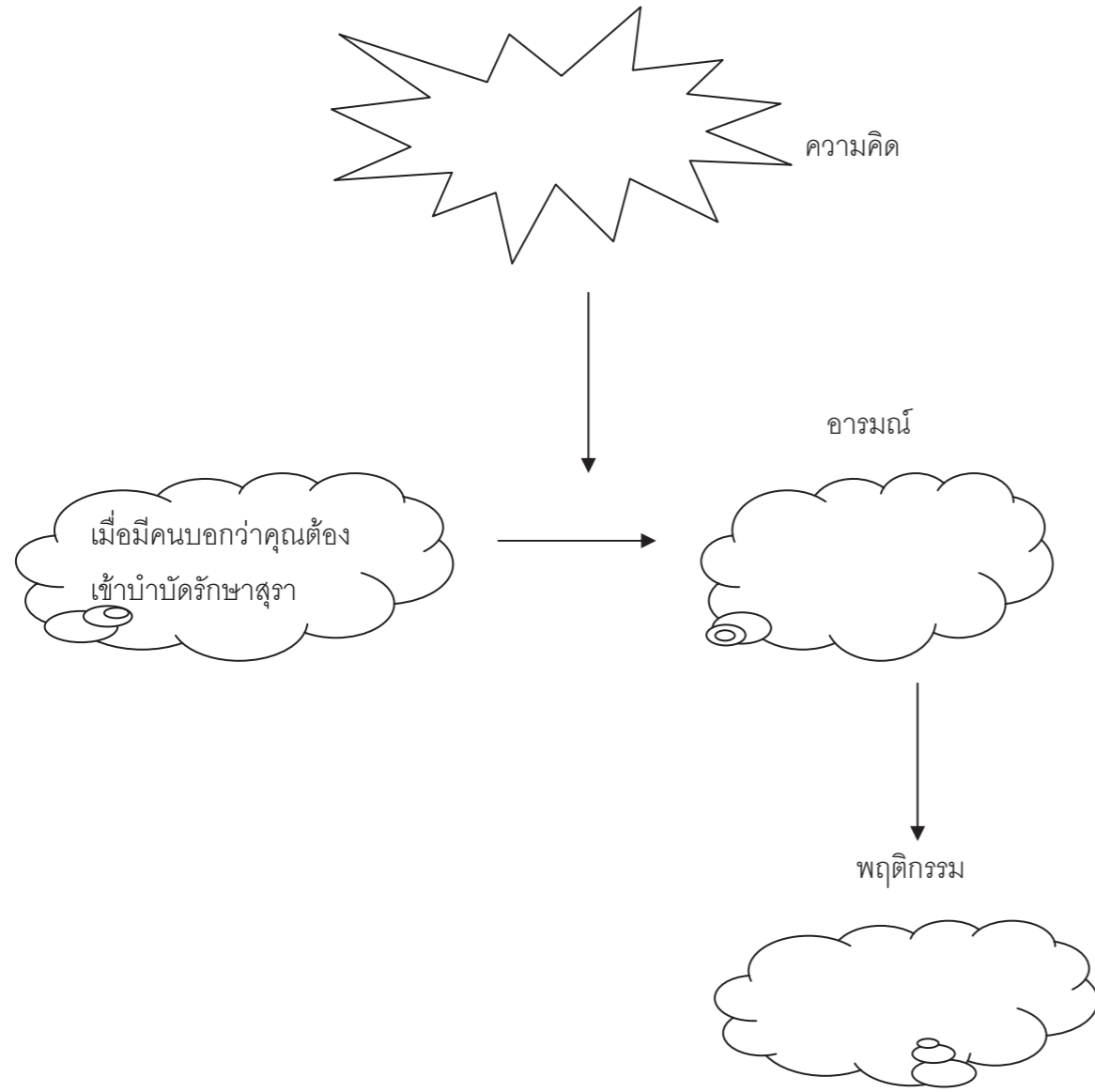
ใบงานที่ 3 “แผนที่ความคิด”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนแผนภาพความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยกำหนดไว้ในสถานการณ์ ดังนี้

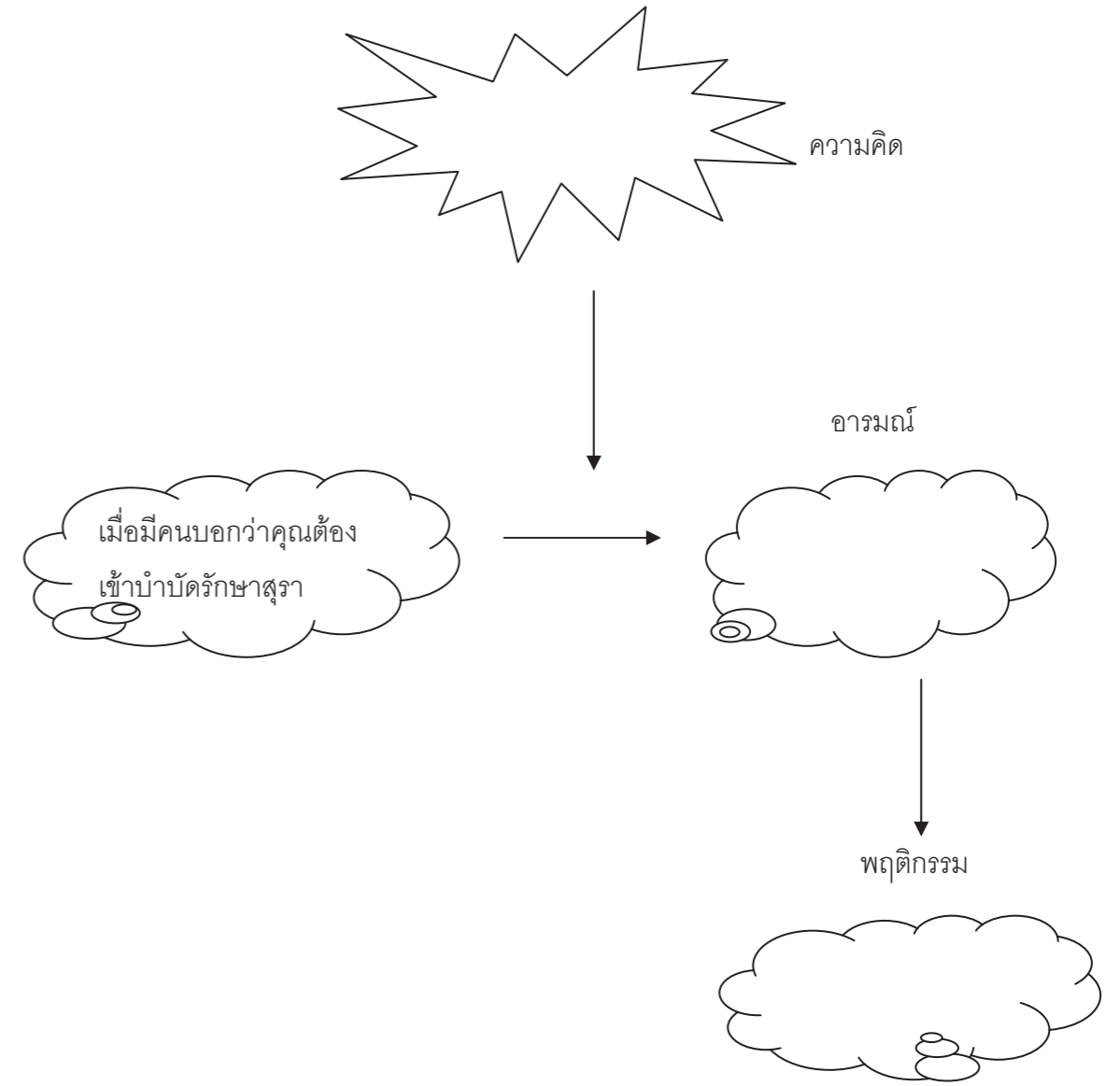
1) เมื่อเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา



2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา



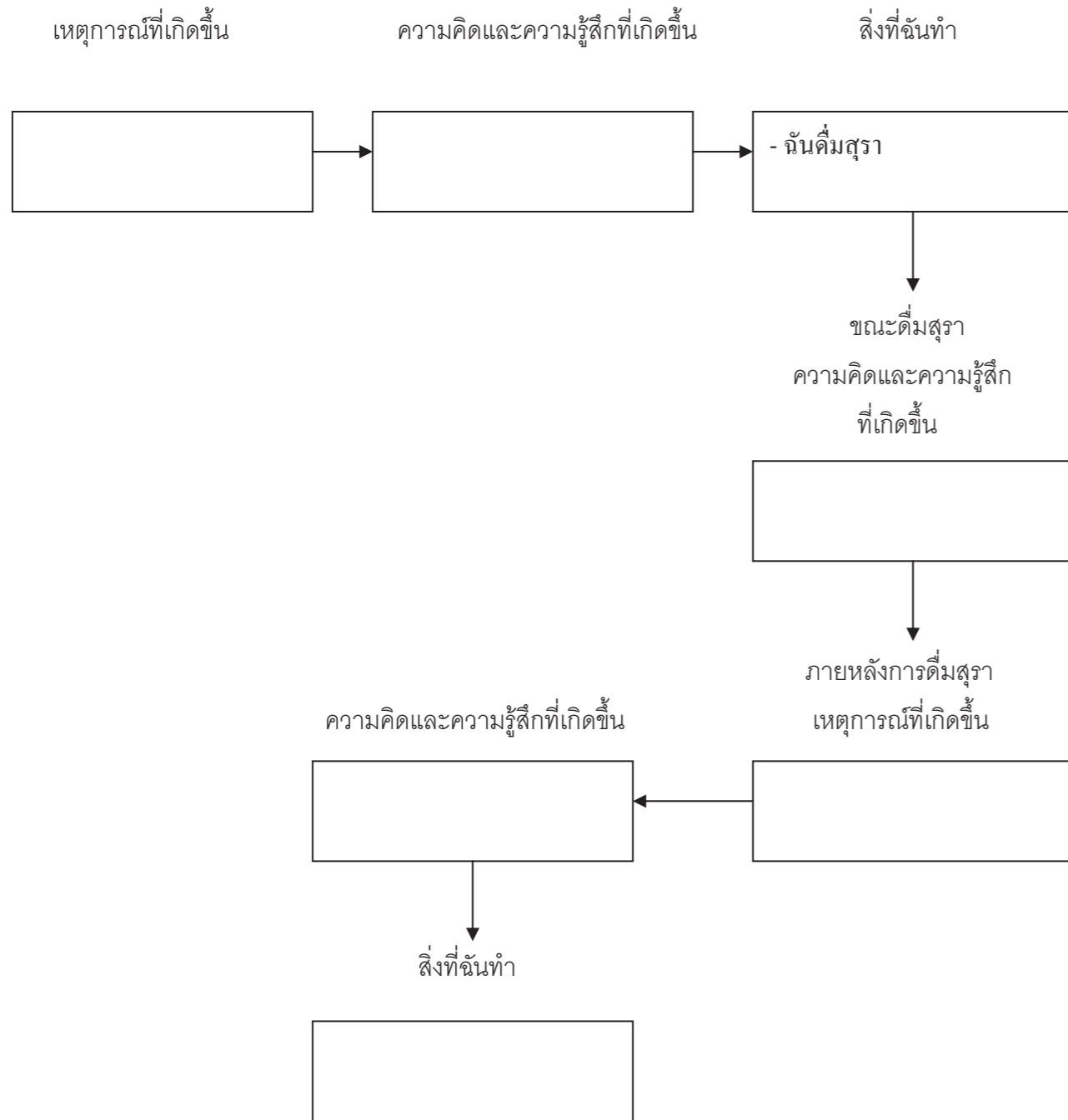
2) เมื่อมีคนบอกว่าคุณต้องเข้าบำบัดรักษาสุรา



ใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

คำชี้แจง ให้ท่านนึกถึงเหตุการณ์ในการดื่มครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการรักษาว่ามีความคิด
อารมณ์ และพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกิดขึ้น และเขียนลงในกรอบ

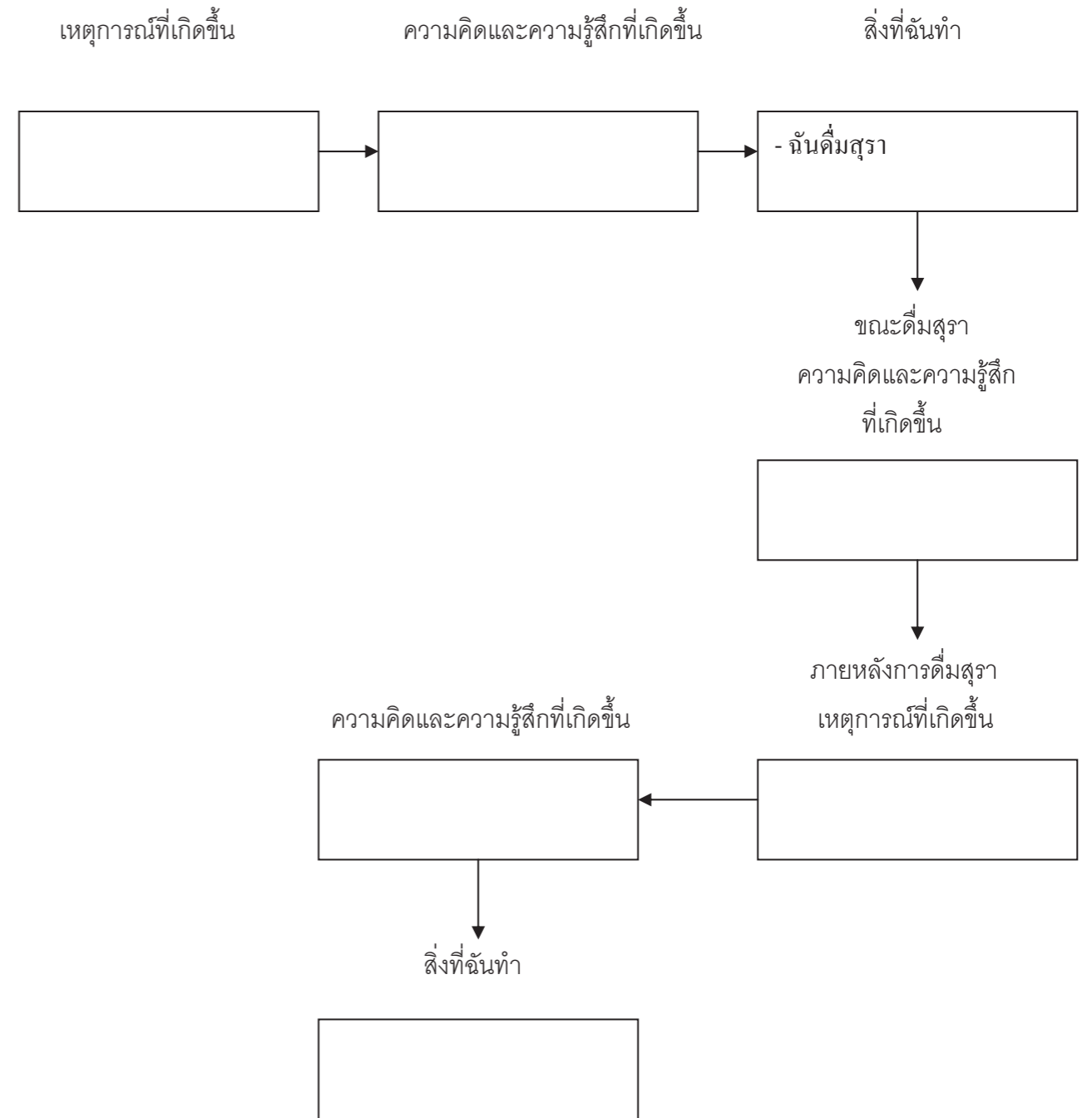
วันนั้นที่ฉันดื่มสุรา



ใบงานที่ 4 “วิเคราะห์การดื่มสุรา”

คำชี้แจง ให้ท่านนึกถึงเหตุการณ์ในการดื่มครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการรักษาว่ามีความคิด
อารมณ์ และพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกิดขึ้น และเขียนลงในกรอบ

วันนั้นที่ฉันดื่มสุรา



ใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

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

ข้อความ	ประเภท
1. หงุดหงิด
2. คอยกับเพื่อน
3. กระทบกระวายเป็นใจ
4. เลิกดื่มเหล้าได้ ชีวิตคงดีขึ้น
5. เบื่อ
6. ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดี
7. เดินไปเดินมา
8. พุดคุยกับเพื่อน
9. โกรธ
10. เขาเดินมาหาเราทำไม
11. นั่งอยู่กับเพื่อนๆ
12. สบายใจ
13. ขว้างปาสิ่งของ
14. กินข้าว
15. คราวนี้เราจะเลิกเหล้าให้ได้

ใบงานที่ 5 “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”

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

ข้อความ	ประเภท
1. หงุดหงิด
2. คอยกับเพื่อน
3. กระทบกระวายเป็นใจ
4. เลิกดื่มเหล้าได้ ชีวิตคงดีขึ้น
5. เบื่อ
6. ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดี
7. เดินไปเดินมา
8. พุดคุยกับเพื่อน
9. โกรธ
10. เขาเดินมาหาเราทำไม
11. นั่งอยู่กับเพื่อนๆ
12. สบายใจ
13. ขว้างปาสิ่งของ
14. กินข้าว
15. คราวนี้เราจะเลิกเหล้าให้ได้

ครั้งที่ 3

ชื่อกิจกรรม: ความสำเร็จบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา
2. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุรา

แนวความคิด

การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนเองในการหยุดดื่มได้ โดยการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบเพื่อนที่อยู่บำบัดรักษาแล้วสามารถหยุดดื่มได้ มีการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในบรรยากาศของความเข้าใจกัน มีความเป็นกันเอง รู้สึกถึงความเป็นกลุ่มเป็นเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน มีความต้องการในการที่จะหยุดหรือพยายามที่จะเลิกดื่มสุราเหมือนกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

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

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

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

ครั้งที่ 3

ชื่อกิจกรรม: ความสำเร็จบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา
2. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุรา

แนวความคิด

การที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะดำเนินชีวิตบนเส้นทาง การเลิกดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนเองในการหยุดดื่มได้ โดยการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ที่เคยทำสำเร็จ จากตัวแบบเพื่อนที่อยู่บำบัดรักษาแล้วสามารถหยุดดื่มได้ มีการพูดคุยสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในบรรยากาศของความเข้าใจกัน มีความเป็นกันเอง รู้สึกถึงความเป็นกลุ่มเป็นเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน มีความต้องการในการที่จะหยุดหรือพยายามที่จะเลิกดื่มสุราเหมือนกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

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

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

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

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วย ทำใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วิดีทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน”
4. ผู้ช่วยที่เป็นตัวแบบในการเลิกดื่มสุรา
5. ใบงานที่5 และ6
6. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

1. จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ หรือสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากข้อความที่เป็นคำพูด ที่แสดงถึงแรงจูงใจ ความตั้งใจ หรือความเชื่อมั่นในการที่อยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด หรือในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การหยุดดื่มสุรา
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วย ทำใบงานที่6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. วิดีทัศน์เรื่อง “จุดเปลี่ยน”
4. ผู้ช่วยที่เป็นตัวแบบในการเลิกดื่มสุรา
5. ใบงานที่5 และ6
6. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

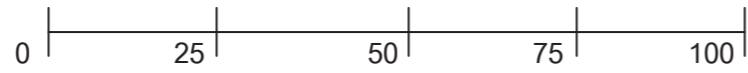
1. จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ หรือสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากข้อความที่เป็นคำพูด ที่แสดงถึงแรงจูงใจ ความตั้งใจ หรือความเชื่อมั่นในการที่อยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด หรือในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การหยุดดื่มสุรา
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

ใบงานที่ 6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่อไปนี้ว่ามีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด
 ที่จะไม่ดื่มสุราจากคะแนน 0-100 (0=ไม่มั่นใจเลย (ดื่มเหล้าแน่นอน) 50=ไม่แน่ใจ
 100=มั่นใจมาก (ไม่ดื่มเหล้า)

สถานการณ์

ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา



ไม่มั่นใจเลย

ไม่แน่ใจ

มั่นใจมาก

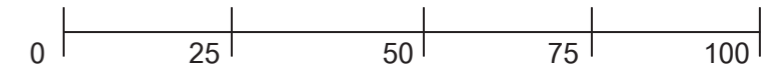
1. อยู่บ้านตามลำพัง
2. มีเงินอยู่กับตัว
3. คบเพื่อนที่ดื่มเหล้า
4. หงุดหงิดไม่สบายใจ
5. มีความขัดแย้งกับ
บุคคลอื่น
6. อยู่ในสถานที่ขายเหล้า
7. มีอาการอยากดื่ม
8. นอนไม่หลับ

ใบงานที่ 6 “ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา”

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่อไปนี้ว่ามีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด
 ที่จะไม่ดื่มสุราจากคะแนน 0-100 (0=ไม่มั่นใจเลย (ดื่มเหล้าแน่นอน) 50=ไม่แน่ใจ
 100=มั่นใจมาก (ไม่ดื่มเหล้า)

สถานการณ์

ความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา



ไม่มั่นใจเลย

ไม่แน่ใจ

มั่นใจมาก

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

ครั้งที่ 4

ชื่อกิจกรรม: ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีแรงใจในการบำบัด
2. มีเป้าหมายในชีวิต

แนวความคิด

แรงใจในการบำบัด มีความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสู้รา ค้นหาการบำบัดรักษา การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การอยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด จนกระทั่งออกจากสถานบำบัด โดยผู้ที่มีแรงใจในการบำบัดจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมสอดคล้องกับแรงใจของตนเอง นอกจากนี้แรงใจยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงการยืนหยัดในพฤติกรรม และเป็นพลังที่มีทิศทาง ในการนำไปสู่เป้าหมาย

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

ระยะเวลา 120 นาที

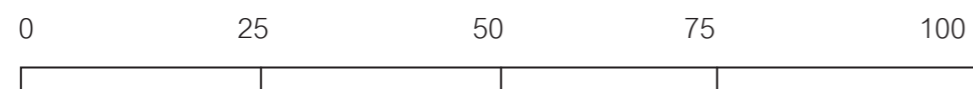
วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา
2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินแรงใจในการบำบัดของตนเอง ในช่องคะแนนที่กำหนดให้และพูดคุยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแรงใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน



ไม่มีแรงใจ
ไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลง

มีแรงใจปานกลาง
ลังเลที่จะเปลี่ยนแปลง

มีแรงใจมาก
พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่ 4

ชื่อกิจกรรม: ความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจิตใจในการบำบัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีแรงใจในการบำบัด
2. มีเป้าหมายในชีวิต

แนวความคิด

แรงใจในการบำบัด มีความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสู้รา ค้นหาการบำบัดรักษา การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การอยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด จนกระทั่งออกจากสถานบำบัด โดยผู้ที่มีแรงใจในการบำบัดจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมสอดคล้องกับแรงใจของตนเอง นอกจากนี้แรงใจยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงการยืนหยัดในพฤติกรรม และเป็นพลังที่มีทิศทาง ในการนำไปสู่เป้าหมาย

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

ระยะเวลา 120 นาที

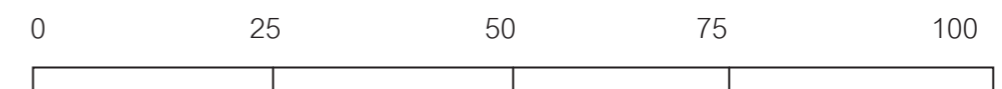
วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทายพูดคุย สอบถามปัญหาในการบำบัดรักษา
2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านที่ให้ไป พร้อมเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินแรงใจในการบำบัดของตนเอง ในช่องคะแนนที่กำหนดให้และพูดคุยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแรงใจในการบำบัดที่แตกต่างกันของแต่ละคน



ไม่มีแรงใจ
ไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลง

มีแรงใจปานกลาง
ลังเลที่จะเปลี่ยนแปลง

มีแรงใจมาก
พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

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

3. ผู้ป่วยบอกถึงบุคคลสำคัญที่ตนเองนึกถึง และเล่าประสบการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้นแลกเปลี่ยนกัน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” เขียนถึงเรื่องราวประทับใจ หรือสิ่งดีๆ ที่เป็นความในใจและอยากจะบอกกับบุคคลสำคัญใส่ในจดหมาย เพื่อจะมอบให้ในวันที่มาร่วมกิจกรรมครั้งที่9

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแต่ละคนคิดถึงสิ่งที่บุคคลสำคัญจะบอกกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้หยุดสุราได้ ว่าคืออะไร และให้จดไว้เพื่อใช้พูดเตือนตนเอง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และให้นำเสนออภิปรายร่วมกันถึงความ เป็นไปได้ของเป้าหมาย วิธีการ และปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ นำเสนอ แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยเห็นว่าการที่ยังคงดื่มสุราอยู่จะเป็นอุปสรรคต่อการนำตนเองไปสู่เป้าหมาย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายงานให้ผู้ป่วย ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

สื่อและอุปกรณ์

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

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากคำพูด หรือการแสดงออกถึงแรงจูงใจในการที่อยู่บำบัดรักษา หรือความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการหยุดดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

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

3. ผู้ป่วยบอกถึงบุคคลสำคัญที่ตนเองนึกถึง และเล่าประสบการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่เคยได้รับจากบุคคลสำคัญนั้นแลกเปลี่ยนกัน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน” เขียนถึงเรื่องราวประทับใจ หรือสิ่งดีๆ ที่เป็นความในใจและอยากจะบอกกับบุคคลสำคัญใส่ในจดหมาย เพื่อจะมอบให้ในวันที่มาร่วม กิจกรรมครั้งที่9

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแต่ละคนคิดถึงสิ่งที่บุคคลสำคัญจะบอกกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้หยุดสุราได้ ว่าคืออะไร และให้จดไว้เพื่อใช้พูดเตือนตนเอง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่8 “เป้าหมายในชีวิต” และให้นำเสนออภิปรายร่วมกันถึงความ เป็นไปได้ของเป้าหมาย วิธีการ และปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ นำเสนอ แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยเห็นว่าการที่ยังคงดื่มสุราอยู่จะเป็นอุปสรรคต่อการนำตนเองไปสู่เป้าหมาย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายงานให้ผู้ป่วย ทำใบงานที่9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

สื่อและอุปกรณ์

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

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากคำพูด หรือการแสดงออกถึงแรงจูงใจในการที่อยู่บำบัดรักษา หรือความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการหยุดดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากการที่ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการบำบัด
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ใบงานที่ 7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน”

วันที่.....

ถึงคุณ.....

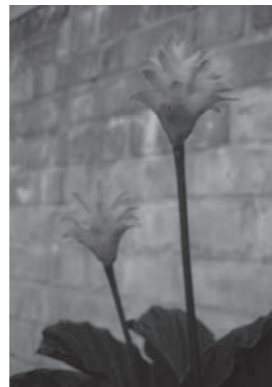
สิ่งประทับใจในตัวคุณ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความในใจที่อยากจะบอกคุณ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ชื่อ.....



ใบงานที่ 7 “บุคคลที่เป็นแรงใจของฉัน”

วันที่.....

ถึงคุณ.....

สิ่งประทับใจในตัวคุณ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความในใจที่อยากจะบอกคุณ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ชื่อ.....



ใบงานที่ 8 “เป้าหมายในชีวิต”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนถึงเป้าหมายในชีวิต

เป้าหมายในชีวิตของท่าน

เป้าหมายระยะยาว

เป้าหมายระยะสั้น

วิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย	ปัจจัยสนับสนุน	ระยะเวลา

ใบงานที่ 8 “เป้าหมายในชีวิต”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนถึงเป้าหมายในชีวิต

เป้าหมายในชีวิตของท่าน

เป้าหมายระยะยาว

เป้าหมายระยะสั้น

วิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย	ปัจจัยสนับสนุน	ระยะเวลา

ใบงานที่ 9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนถึงแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

บุคคลที่จะช่วยเหลือท่านในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ใบงานที่ 9 “แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนถึงแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

บุคคลที่จะช่วยเหลือท่านในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ครั้งที่ 5

ชื่อกิจกรรม: การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. รู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด
2. สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ
3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้

แนวความคิด

การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา โดยการฝึกโต้แย้งความคิด หรือการพิสูจน์ความคิดของตน

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน
2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ชักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่าเมื่อเห็นภาพแล้ว มีความคิดอะไรเกิดขึ้น

ภาพที่1 ผู้หญิงยืนทำสะพานหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยื่นมือขอขวดเหล้า

ภาพที่2 ผู้ชายยื่นแก้วเหล้า

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ โดยความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำในใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การดื่มสุรา”

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยค้นหา ความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุรามีอะไรบ้าง และความคิดอัตโนมัติทางด้านบวกและทางด้านลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรานั้นส่งผลเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปความคิดทางลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และอธิบายเพิ่มเติมของความคิดทางลบของผู้ดื่มสุรา ดังนี้ 1) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self efficacy) ว่าไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ หรือบางคนเชื่อมั่นมากเกินไปว่าควบคุมจิตใจตนเองว่าไม่ให้ไปดื่มสุราได้ ทำให้

ครั้งที่ 5

ชื่อกิจกรรม: การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. รู้จักลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และผลที่ตามมาจากความคิด
2. สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติ
3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดได้

แนวความคิด

การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติคืออะไร มีลักษณะอย่างไร และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นบวกและเป็นประโยชน์ต่อการเลิกดื่มสุรา โดยการฝึกโต้แย้งความคิด หรือการพิสูจน์ความคิดของตน

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน
2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ชักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยยกตัวอย่างภาพเหตุการณ์ และสอบถามว่าเมื่อเห็นภาพแล้ว มีความคิดอะไรเกิดขึ้น

ภาพที่1 ผู้หญิงยืนทำสะพานหน้าตาบูดบึ้ง มองไปที่ผู้ชายยื่นมือขอขวดเหล้า

ภาพที่2 ผู้ชายยื่นแก้วเหล้า

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ โดยความคิดนี้ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งมักมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการติดซ้ำในใบความรู้ที่2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การดื่มสุรา”

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยค้นหา ความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับดื่มสุรามีอะไรบ้าง และความคิดอัตโนมัติทางด้านบวกและทางด้านลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรานั้นส่งผลเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปความคิดทางลบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และอธิบายเพิ่มเติมของความคิดทางลบของผู้ดื่มสุรา ดังนี้ 1) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self efficacy) ว่าไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ หรือบางคนเชื่อมั่นมากเกินไปว่าควบคุมจิตใจตนเองว่าไม่ให้ไปดื่มสุราได้ ทำให้

เกิดความประมาทและกลับไปตี๋มสุราอีก 2) มีความคาดหวังต่อการตี๋มสุราจะทำให้ตอบสนองความพึงพอใจ หรือความต้องการได้ (Outcome expectancies) 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเอง ในการตี๋มสุรา (Attribution of causality) 4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การตี๋มสุรา (Decision making)

5. ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง

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

7. ผู้วิจัยฉาย power point ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานในแต่ละขั้นตอน

8. อภิปรายร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ขั้นสรุป (15 นาที)

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

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากาเคมี
2. กระดาษ , ปากกา
3. ใบความรู้ที่2
4. ใบงานที่10 ,11 และ12
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าทัวร์

การประเมินผล

1. จากการที่ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติ และบอกได้ว่าอะไรเป็นความคิดอัตโนมัติ
2. จากการที่ผู้ป่วยสามารถหาข้อโต้แย้งความคิดอัตโนมัติได้อย่างเหมาะสม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

เกิดความประมาทและกลับไปตี๋มสุราอีก 2) มีความคาดหวังต่อการตี๋มสุราจะทำให้ตอบสนองความพึงพอใจ หรือความต้องการได้ (Outcome expectancies) 3) การอธิบาย หรือให้เหตุผลเข้าข้างตนเอง ในการตี๋มสุรา (Attribution of causality) 4) การตัดสินใจที่นำไปสู่การตี๋มสุรา (Decision making)

5. ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือการที่เรานำความคิดนี้ไปพิสูจน์ ทดสอบแล้วไม่เป็นจริง

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

7. ผู้วิจัยฉาย power point ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด” และให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ตามใบงานในแต่ละขั้นตอน

8. อภิปรายร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ขั้นสรุป (15 นาที)

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

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากาเคมี
2. กระดาษ , ปากกา
3. ใบความรู้ที่2
4. ใบงานที่10 ,11 และ12
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าทัวร์

การประเมินผล

1. จากการที่ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติ และบอกได้ว่าอะไรเป็นความคิดอัตโนมัติ
2. จากการที่ผู้ป่วยสามารถหาข้อโต้แย้งความคิดอัตโนมัติได้อย่างเหมาะสม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำสู่การตีตรา”

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

ความคิดอัตโนมัติจึงมักมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดเนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบ หรือผิดบิดเบือนไปจากผู้ที่ไม่ได้ติดสุราและสารเสพติด ในลักษณะของการคาดหวังผลของการดื่มในทางบวก ความคิดในการอธิบายเหตุผลที่เลือกการดำรงการดื่มอย่างต่อเนื่อง

การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบได้ รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นที่มาของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น และการฝึกฝนให้ผู้ป่วยจดจำความคิดอัตโนมัติทางลบ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาความคิดที่เป็นลบ และไม่เป็นประโยชน์ให้เป็นไปทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ จะสามารถช่วยในการเลิกดื่มสุราได้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบ

1. เมื่อมีความคิดทางลบเกิดขึ้น ให้หยุดความคิดของตนเองโดยการตระหนักรู้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น
2. ถามตัวเอง เช่น ความคิดนี้ถูกต้องไหม ? แปรความผิดไปหรือเปล่า? เป็นความคิดที่ด่วนสรุปหรือเปล่า?
3. แทนที่ความคิดทางลบให้เป็นทางบวกเพิ่มขึ้น เช่น “ฉันสามารถลองทำสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตได้” “การหยุดดื่มเหล้า ไม่ยากเกินไปที่ฉันจะทำได้”
4. ผลที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นในเชิงบวกมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างเหมาะสม

ใบความรู้ที่ 2 “ความคิดอัตโนมัติที่นำสู่การตีตรา”

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

ความคิดอัตโนมัติจึงมักมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดเนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบ หรือผิดบิดเบือนไปจากผู้ที่ไม่ได้ติดสุราและสารเสพติด ในลักษณะของการคาดหวังผลของการดื่มในทางบวก ความคิดในการอธิบายเหตุผลที่เลือกการดำรงการดื่มอย่างต่อเนื่อง

การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบได้ รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นที่มาของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น และการฝึกฝนให้ผู้ป่วยจดจำความคิดอัตโนมัติทางลบ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาความคิดที่เป็นลบ และไม่เป็นประโยชน์ให้เป็นไปทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ จะสามารถช่วยในการเลิกดื่มสุราได้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบ

1. เมื่อมีความคิดทางลบเกิดขึ้น ให้หยุดความคิดของตนเองโดยการตระหนักรู้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น
2. ถามตัวเอง เช่น ความคิดนี้ถูกต้องไหม ? แปรความผิดไปหรือเปล่า? เป็นความคิดที่ด่วนสรุปหรือเปล่า?
3. แทนที่ความคิดทางลบให้เป็นทางบวกเพิ่มขึ้น เช่น “ฉันสามารถลองทำสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตได้” “การหยุดดื่มเหล้า ไม่ยากเกินไปที่ฉันจะทำได้”
4. ผลที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นในเชิงบวกมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างเหมาะสม

ใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา”

คำชี้แจง: แบ่งกลุ่มๆละ 2-3 คน ช่วยกันระดมสมองในการหาข้อโต้แย้งกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา

ความคิดอัตโนมัติ	ข้อโต้แย้ง
1.ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดีนะ	
2.ดื่มชะหน่อยจะารู้สึกดีขึ้น	
3.ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก	

ใบงานที่ 10 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา”

คำชี้แจง: แบ่งกลุ่มๆละ 2-3 คน ช่วยกันระดมสมองในการหาข้อโต้แย้งกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำสู่การดื่มสุรา

ความคิดอัตโนมัติ	ข้อโต้แย้ง
1.ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดีนะ	
2.ดื่มชะหน่อยจะารู้สึกดีขึ้น	
3.ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก	

ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด”

คำชี้แจง: ให้ทำวิเคราะห์ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และผลที่ตามมา เมื่อมีการปรับความคิด และเขียนลงในช่องว่าง

การปรับเปลี่ยน ความคิด	ความคิด	
	ความคิดเดิม	การปรับความคิด
-สถานการณ์ที่1	หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า	หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า
-ความคิด	-ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดีนะ	
-อารมณ์		
-ผลที่ตามมา		

การปรับเปลี่ยน ความคิด	ความคิด	
	ความคิดเดิม	การปรับความคิด
-สถานการณ์ที่2	เพื่อนชวนดื่มเหล้า	เพื่อนชวนดื่มเหล้า
-ความคิด	-ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก	
-อารมณ์		
-ผลที่ตามมา		

ใบงานที่ 11 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด”

คำชี้แจง: ให้ทำวิเคราะห์ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และผลที่ตามมา เมื่อมีการปรับความคิด และเขียนลงในช่องว่าง

การปรับเปลี่ยน ความคิด	ความคิด	
	ความคิดเดิม	การปรับความคิด
-สถานการณ์ที่1	หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า	หลังเลิกงาน เดินผ่านร้านขายเหล้า
-ความคิด	-ได้เบียร์เย็นๆ สักแก้วก็ดีนะ	
-อารมณ์		
-ผลที่ตามมา		

การปรับเปลี่ยน ความคิด	ความคิด	
	ความคิดเดิม	การปรับความคิด
-สถานการณ์ที่2	เพื่อนชวนดื่มเหล้า	เพื่อนชวนดื่มเหล้า
-ความคิด	-ดื่มแก้วเดียวไม่เป็นอะไรหรอก	
-อารมณ์		
-ผลที่ตามมา		

ใบงานที่ 12 “แบบสำรวจตนเอง”

คำชี้แจง: ให้ท่านสำรวจตนเองโดยเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์
และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ลงในช่องว่าง

สถานการณ์/ เหตุการณ์	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม

ใบงานที่ 12 “แบบสำรวจตนเอง”

คำชี้แจง: ให้ท่านสำรวจตนเองโดยเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์
และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ลงในช่องว่าง

สถานการณ์/ เหตุการณ์	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม

ครั้งที่ 6

ชื่อกิจกรรม: การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่ม
2. สามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม
3. สามารถจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้

แนวความคิด

ความเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของความ รู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม โดยการจดจำสิ่ง กระตุ้นว่าคืออะไรและพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นนั้น หรือเมื่อเผชิญกับความ รู้สึกอยากดื่ม สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น(Distraction) การใช้คำพูด กับตนเอง (Self talk) และการโต้กับความ รู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing)

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้จัดทักทาย สอบถามเพื่อสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา
2. นำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมปัญหาอุปสรรค

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3“ความรู้สึกอยากดื่ม”
2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร

เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้นมันรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละ ครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร

3. ฝึกให้ผู้ป่วย

1) จดจำสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นโดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อน จะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีอะไรบ้าง และเขียนลงบนกระดาษ เพื่อเตือนตนเองให้หลีกเลี่ยงจาก ตัวกระตุ้นเหล่านั้น

2) เมื่อเผชิญหน้ากับความ รู้สึกอยากดื่ม เราต้องมีสติรู้ที่ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นแล้ว และธรรมชาติของมันจะสามารถหมดไปได้โดยไม่ต้องดื่ม ซึ่งมีวิธีการจัดการดังนี้

ครั้งที่ 6

ชื่อกิจกรรม: การจัดการกับความ รู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่ม
2. สามารถแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม
3. สามารถจัดการกับความ รู้สึกอยากดื่มได้

แนวความคิด

ความเข้าใจและเรียนรู้ว่าสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มคืออะไร การเกิดขึ้นของ ความ รู้สึกอยากดื่ม ลักษณะของความรู้สึก และการหมดไปของความรู้สึกอยากดื่มมีลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม โดยการจดจำสิ่ง กระตุ้นว่าคืออะไรและพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นนั้น หรือเมื่อเผชิญกับความ รู้สึกอยากดื่ม สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น(Distraction) การใช้คำพูด กับตนเอง (Self talk) และการโต้กับความ รู้สึกอยากดื่ม (Urge surfing)

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้จัดทักทาย สอบถามเพื่อสำรวจความคิด และอารมณ์ในช่วงวันที่ผ่านมา
2. นำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมปัญหาอุปสรรค

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากดื่มในใบความรู้ที่3“ความรู้สึกอยากดื่ม”
2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกอยากดื่ม เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร

เป็นความรู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดขึ้นมันรบกวนกับผู้ป่วยอย่างไร ความรู้สึกนี้เป็นนานแค่ไหน และแต่ละ ครั้งมีวิธีการจัดการอย่างไร

3. ฝึกให้ผู้ป่วย

1) จดจำสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นโดยนึกย้อนกลับไปในอดีตหาตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อน จะนำไปสู่ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีอะไรบ้าง และเขียนลงบนกระดาษ เพื่อเตือนตนเองให้หลีกเลี่ยงจาก ตัวกระตุ้นเหล่านั้น

2) เมื่อเผชิญหน้ากับความ รู้สึกอยากดื่ม เราต้องมีสติรู้ที่ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นแล้ว และธรรมชาติของมันจะสามารถหมดไปได้โดยไม่ต้องดื่ม ซึ่งมีวิธีการจัดการดังนี้

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

- ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) หากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำ โดยเฉพาะทำกิจกรรมที่เราชอบก็ทำให้มีความสุข เพลิดเพลิน

- ให้พูดบอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ ว่าเรามีความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อให้เขาช่วยเหลือ เช่น อยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลให้กำลังใจ พาเราออกไปจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม

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

- ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) โดยมีความรู้สึกต่อสิ่งที่พูดนั้นจริงๆ และฝึกให้พูดกับตนเองอย่างเข้มแข็งมีพลังพอที่จะกระทบความรู้สึกของตนเอง

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จ และทำใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นที่ได้จากกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 3
4. ใบงานที่ 13 และ 14
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าทัวร์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มได้ถูกต้อง
2. สังเกตจากความสนใจ ความใส่ใจในการฝึกจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

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

- ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) หากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำ โดยเฉพาะทำกิจกรรมที่เราชอบก็ทำให้มีความสุข เพลิดเพลิน

- ให้พูดบอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ ว่าเรามีความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อให้เขาช่วยเหลือ เช่น อยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลให้กำลังใจ พาเราออกไปจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม

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

- ให้ผู้ป่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self talk) โดยมีความรู้สึกต่อสิ่งที่พูดนั้นจริงๆ และฝึกให้พูดกับตนเองอย่างเข้มแข็งมีพลังพอที่จะกระทบความรู้สึกของตนเอง

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่ประสบความสำเร็จ และทำใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นที่ได้จากกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 3
4. ใบงานที่ 13 และ 14
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าทัวร์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้สึกอยากดื่มได้ถูกต้อง
2. สังเกตจากความสนใจ ความใส่ใจในการฝึกจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 3 “ความรู้สึกอยากดื่ม”

ความรู้สึกอยากดื่มเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในช่วงของการบำบัดรักษาโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกที่หยุดดื่มสุรา ความรู้สึกอยากดื่มอาจเกิดขึ้นมีระยะเวลายาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความกระวนกระวายใจ ความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่กำลังจะหยุดดื่มสุราเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามความรู้สึกอยากดื่มไม่ใช่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราและสารเสพติด แต่เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราและสารเสพติดทุกชนิดซึ่งเราควรจะต้องเรียนรู้กับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีความรู้และเข้าใจปรากฏการณ์นี้ว่าเป็นอย่างไร และมีลักษณะของการเกิดขึ้น การคงอยู่ การหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นได้

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

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

ใบความรู้ที่ 3 “ความรู้สึกอยากดื่ม”

ความรู้สึกอยากดื่มเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในช่วงของการบำบัดรักษาโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกที่หยุดดื่มสุรา ความรู้สึกอยากดื่มอาจเกิดขึ้นมีระยะเวลายาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความกระวนกระวายใจ ความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่กำลังจะหยุดดื่มสุราเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามความรู้สึกอยากดื่มไม่ใช่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราและสารเสพติด แต่เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราและสารเสพติดทุกชนิดซึ่งเราควรจะต้องเรียนรู้กับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีความรู้และเข้าใจปรากฏการณ์นี้ว่าเป็นอย่างไร และมีลักษณะของการเกิดขึ้น การคงอยู่ การหมดไปของความรู้สึกอยากดื่ม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้นได้

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

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

วิธีการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม

1. จัดทำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยง

-วางแผนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่นไม่ไปฉลองในงานเลี้ยง หรือร้านที่มีบริการเหล้า

-มีแผนในวันหยุด หรือช่วงเวลาที่ดื่มเป็นประจำ ว่าจะมีกิจกรรมทำอะไร

2. เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่ม

-เบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น เช่น ออกไปวิ่ง เดิน ทำงานต่างๆ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย และจิตใจจดจ่อกับสิ่งนั้น

- มีสติตามความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้น ว่าส่งผลต่อร่างกายอย่างไร รับรู้ว่ามีมากน้อยแค่ไหน ให้จินตนาการความรู้สึกอยากดื่มเหมือนการเล่นได้คลื่น

- ใช้คำพูดบอกกับตัวเองในทางบวกที่ไม่นำพาไปสู่การดื่มเหล้า เช่น “อดทนไว้เดี๋ยวความรู้สึกนี้จะหมดไป” “ฉันต้องเอาชนะความรู้สึกนี้ให้ได้”

- บอกให้คนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้รับรู้ว่ามีความรู้สึกอยากดื่ม

วิธีการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม

1. จัดทำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยง

-วางแผนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่นไม่ไปฉลองในงานเลี้ยง หรือร้านที่มีบริการเหล้า

-มีแผนในวันหยุด หรือช่วงเวลาที่ดื่มเป็นประจำ ว่าจะมีกิจกรรมทำอะไร

2. เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกอยากดื่ม

-เบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น เช่น ออกไปวิ่ง เดิน ทำงานต่างๆ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย และจิตใจจดจ่อกับสิ่งนั้น

- มีสติตามความรู้สึกอยากดื่มที่เกิดขึ้น ว่าส่งผลต่อร่างกายอย่างไร รับรู้ว่ามีมากน้อยแค่ไหน ให้จินตนาการความรู้สึกอยากดื่มเหมือนการเล่นได้คลื่น

- ใช้คำพูดบอกกับตัวเองในทางบวกที่ไม่นำพาไปสู่การดื่มเหล้า เช่น “อดทนไว้เดี๋ยวความรู้สึกนี้จะหมดไป” “ฉันต้องเอาชนะความรู้สึกนี้ให้ได้”

- บอกให้คนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้รับรู้ว่ามีความรู้สึกอยากดื่ม

ใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

คำชี้แจง: แบ่งกลุ่ม 2-3 คน ให้ทบทวนประสบการณ์ ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีลักษณะอย่างไร และเขียนลงในช่องว่าง

เมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้น

-การรับรู้และติดตามความรู้สึกอยากดื่ม

ความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งใดกระตุ้น.....

.....
.....
.....

ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร.....

.....
.....
.....

ความรู้สึกอยากดื่มเปลี่ยนแปลงอย่างไร.....

.....
.....
.....
.....

-คำพูดหรือข้อความที่ใช้เตือนตนเอง

.....
.....
.....
.....

ใบงานที่ 13 “การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม”

คำชี้แจง: แบ่งกลุ่ม 2-3 คน ให้ทบทวนประสบการณ์ ความรู้สึกอยากดื่มว่ามีลักษณะอย่างไร และเขียนลงในช่องว่าง

เมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้น

-การรับรู้และติดตามความรู้สึกอยากดื่ม

ความรู้สึกอยากดื่มเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งใดกระตุ้น.....

.....
.....
.....

ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร.....

.....
.....
.....

ความรู้สึกอยากดื่มเปลี่ยนแปลงอย่างไร.....

.....
.....
.....
.....

-คำพูดหรือข้อความที่ใช้เตือนตนเอง

.....
.....
.....
.....

ใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม ความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออก และผลที่ตามมา ลงในแบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม

สถานการณ์/เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม	คุณคิดอะไรและรู้สึกอย่างไร	พฤติกรรม	ผลที่ตามมา

ใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนบันทึก สถานการณ์/เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม ความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออก และผลที่ตามมา ลงในแบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม

สถานการณ์/เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม	คุณคิดอะไรและรู้สึกอย่างไร	พฤติกรรม	ผลที่ตามมา

ครั้งที่ 7

ชื่อกิจกรรม: การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา
2. สำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
3. สามารถมีแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสม

แนวความคิด

การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้จากอดีตและชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาดนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุราทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยให้เห็นถึงการตัดสินใจในบางสถานการณ์ซึ่งดูเหมือนจะไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่การดื่มสุรา ทั้งนี้จากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ละเลย และไม่ได้ตระหนักถึงความคิดบางอย่างที่ซ่อนเร้นในใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนึกย้อนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน
4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกันในประเด็นทางเลือกการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยให้แบ่งกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยมีหลักในการพิจารณาดังนี้คือ

- พิจารณาเงื่อนไขของตนเองที่มีอยู่
- พิจารณาถึงผลที่จะตามมา ทั้งทางบวกและทางลบ

ครั้งที่ 7

ชื่อกิจกรรม: การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา
2. สำรวจความคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
3. สามารถมีแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสม

แนวความคิด

การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้จากอดีตและชี้ให้เห็นการตัดสินใจที่ผิดพลาดนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุราทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการคิดและการตัดสินใจที่ผิดพลาดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยให้เห็นถึงการตัดสินใจในบางสถานการณ์ซึ่งดูเหมือนจะไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำไปสู่การดื่มสุรา ทั้งนี้จากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ละเลย และไม่ได้ตระหนักถึงความคิดบางอย่างที่ซ่อนเร้นในใบความรู้ที่4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนึกย้อนไปถึงการดื่มสุราเมื่อเร็วๆ นี้ว่ามีเหตุการณ์ไหนที่ไม่ได้ตั้งใจว่าจะไปดื่มสุรา แต่สุดท้ายกลับนำไปสู่การดื่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยชี้แนะประเด็นของของความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มองข้ามความสำคัญบางเรื่องว่าเป็นสิ่งเล็กน้อย หรือการให้เหตุผลเข้าข้างตัวเอง และให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน
4. ผู้วิจัยและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกันในประเด็นทางเลือกการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยให้แบ่งกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ทำใบงานที่15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยมีหลักในการพิจารณาดังนี้คือ

- พิจารณาเงื่อนไขของตนเองที่มีอยู่
- พิจารณาถึงผลที่จะตามมา ทั้งทางบวกและทางลบ

- เลือกหนึ่งทางเลือก โดยเป็นการตัดสินใจที่ปลอดภัยและมีความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มน้อยที่สุด

- ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่า อะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการอย่างไร

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำในใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 4
4. ใบงานที่ 14 และ 15
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคาด

การประเมินผล

1. จากการที่ผู้ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์ในชีวิตของคนที่มีการตัดสินใจในเรื่องที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำตนเองไปสู่การดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากหลักการพิจารณาการตัดสินใจที่เหมาะสมของผู้ป่วย
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

- เลือกหนึ่งทางเลือก โดยเป็นการตัดสินใจที่ปลอดภัยและมีความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มน้อยที่สุด

- ถ้าต้องพบกับทางเลือกที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราต้องคิดวางแผนว่า อะไรที่ฉันต้องทำ ฉันจะจัดการอย่างไร

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. ผู้วิจัยมอบหมายให้ทำในใบงานที่ 14 “แบบบันทึกความรู้สึกอยากดื่ม”

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart , ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 4
4. ใบงานที่ 14 และ 15
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคาด

การประเมินผล

1. จากการที่ผู้ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์ในชีวิตของคนที่มีการตัดสินใจในเรื่องที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา แต่กลับนำตนเองไปสู่การดื่มสุรา
2. ประเมินผลจากหลักการพิจารณาการตัดสินใจที่เหมาะสมของผู้ป่วย
3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”

ในช่วงของการหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงที่ไม่เผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามในหลายๆ ครั้งของเหตุการณ์ก็พบว่าผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยที่ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้เป็นผลจากการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ

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

ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยควรที่จะต้องคิดอยู่ในใจเสมอถึงเงื่อนไข และหนทางต่างๆ ที่เป็นไปได้สามารถนำไปสู่การดื่มสุรา ดังนั้นการตื่นตัวพิจารณาอย่างรอบคอบในทุกๆ เรื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อปฏิบัติบ่อยๆ สิ่งเหล่านี้ก็จะหายไปโดยธรรมชาติ อคติโนมิตีไม่ยุ่งยากเหมือนในช่วงแรกๆ ก็จะทำให้มีการควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา

สำหรับวิธีการตัดสินใจนั้นควรเลือกในทางที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ หรือถ้ามีความจำเป็นที่ต้องเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงก็ควรมีการวางแผนในการป้องกันตนเองในสถานการณ์นั้นๆ อย่างดี

ใบความรู้ที่ 4 “การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา”

ในช่วงของการหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงที่ไม่เผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามในหลายๆ ครั้งของเหตุการณ์ก็พบว่าผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยที่ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้เป็นผลจากการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ

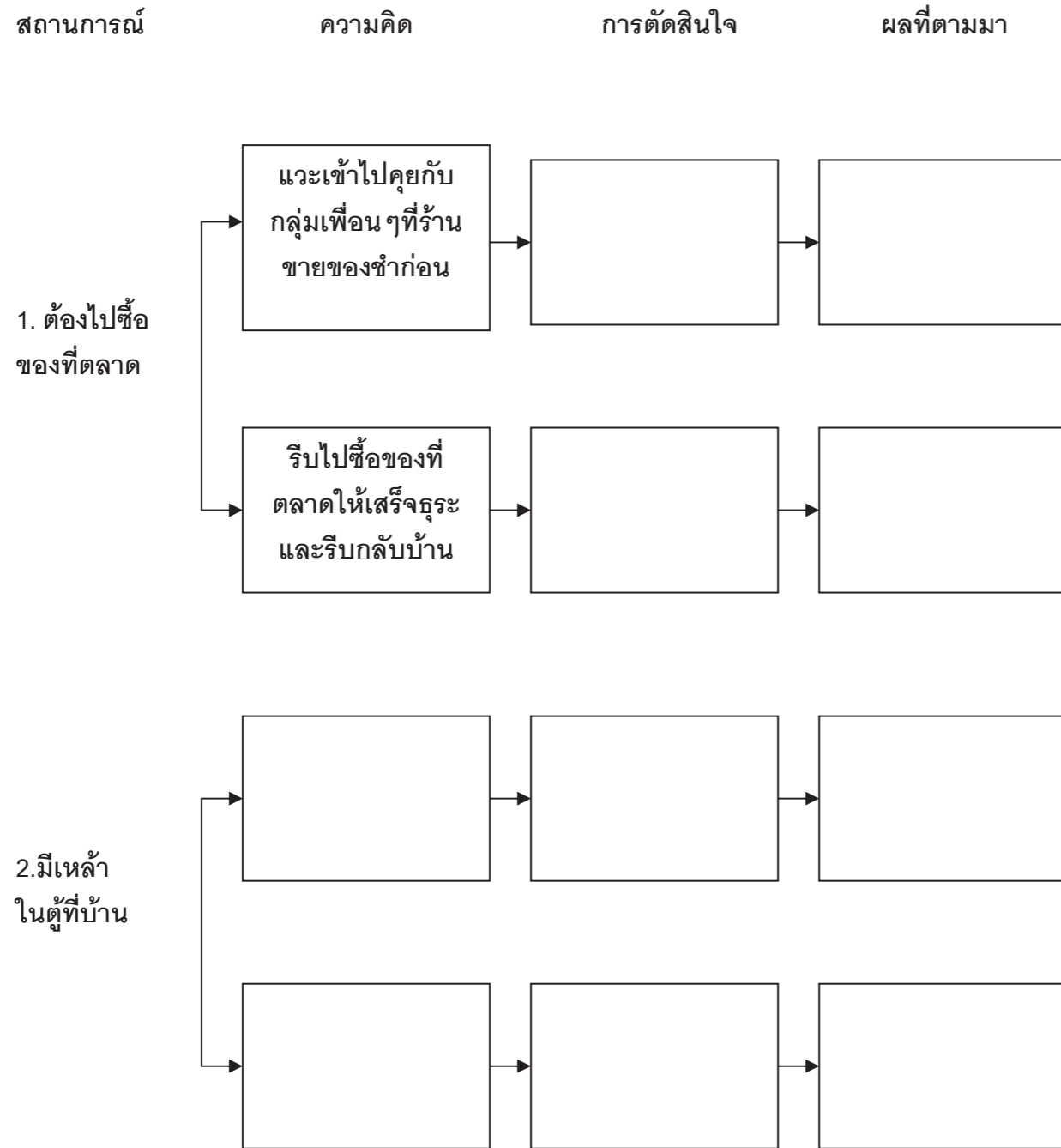
การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เป็นการตัดสินใจที่ไม่ได้นำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยงโดยตรง แต่เป็นการตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ค่อยๆ เคลื่อนเข้าไปใกล้ชิดกับสถานการณ์เสี่ยง และเข้าไปสู่การดื่มสุราในที่สุด จึงเป็นเหมือนปฏิกิริยาลูกโซ่ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจผิดพลาดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็จะส่งผลต่อไปเรื่อยๆ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

ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยควรที่จะต้องคิดอยู่ในใจเสมอถึงเงื่อนไข และหนทางต่างๆ ที่เป็นไปได้สามารถนำไปสู่การดื่มสุรา ดังนั้นการตื่นตัวพิจารณาอย่างรอบคอบในทุกๆ เรื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อปฏิบัติบ่อยๆ สิ่งเหล่านี้ก็จะหายไปโดยธรรมชาติ อคติโนมิตีไม่ยุ่งยากเหมือนในช่วงแรกๆ ก็จะทำให้มีการควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา

สำหรับวิธีการตัดสินใจนั้นควรเลือกในทางที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ หรือถ้ามีความจำเป็นที่ต้องเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงก็ควรมีการวางแผนในการป้องกันตนเองในสถานการณ์นั้นๆ อย่างดี

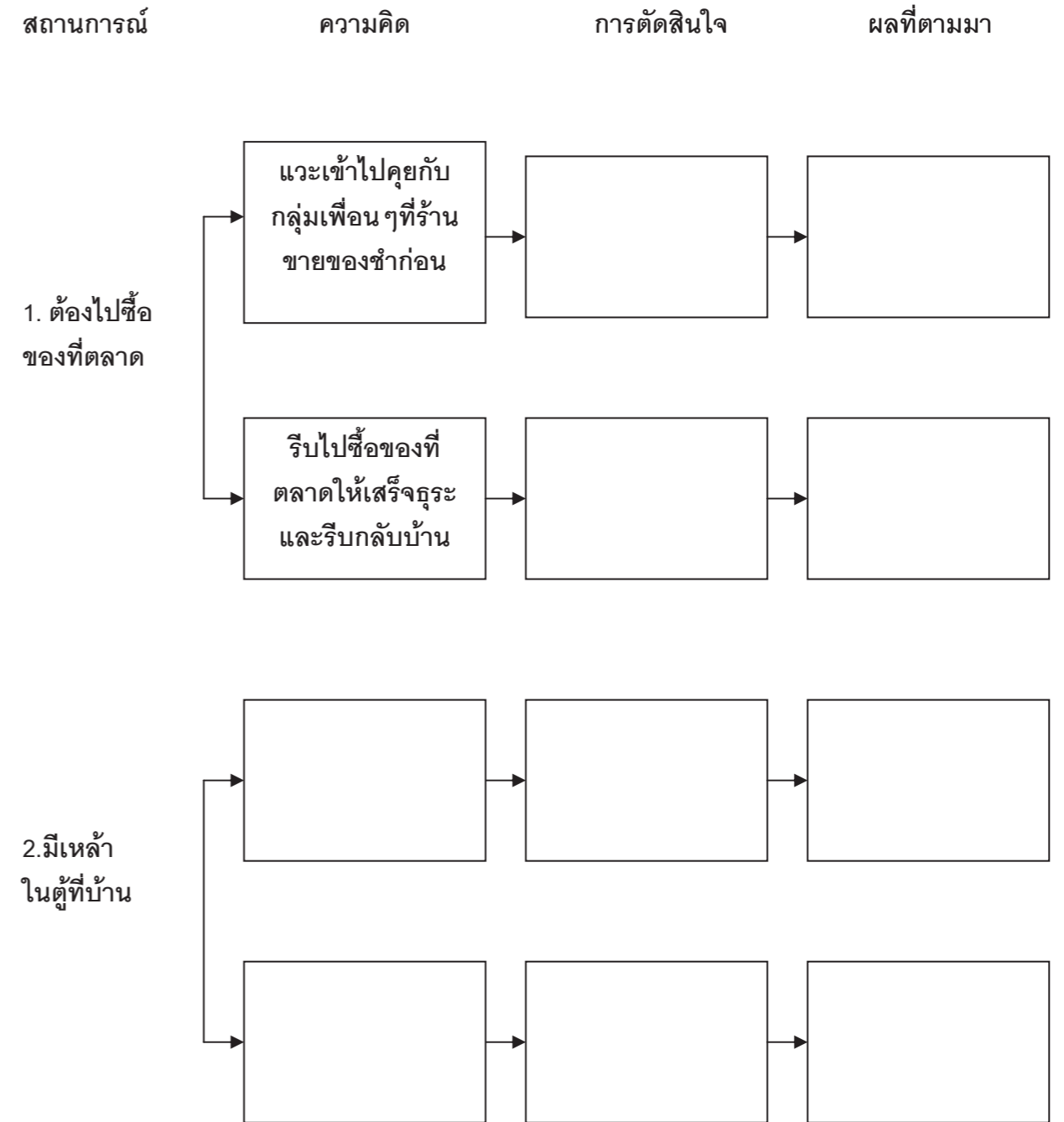
ใบงานที่ 15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม”

คำชี้แจง: จากสถานการณ์ต่อไปนี้ ให้ท่านพิจารณาตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากโอกาสที่จะนำไปสู่การดีมีสุรา



ใบงานที่ 15 “การตัดสินใจที่เหมาะสม”

คำชี้แจง: จากสถานการณ์ต่อไปนี้ ให้ท่านพิจารณาตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากโอกาสที่จะนำไปสู่การดีมีสุรา



ครั้งที่ 8

ชื่อกิจกรรม: การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้วิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง
2. ฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง

แนวความคิด

ผู้ป่วยที่พยายามจะเลิกดื่มสุรา ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายที่เป็นการกระตุ้นเชิญชวน หรือเป็นแรงกดดันให้กลับไปดื่มสุรา ทั้งจากสถานการณ์เสี่ยงที่คาดการณ์ได้ ได้แก่ การเข้าไปในร้านขายสุรา การคบเพื่อนที่ดื่มด้วยกัน การเห็นคนอื่นกำลังดื่ม และจากสถานการณ์เสี่ยงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ได้แก่ เมื่อมีการรวมตัวของครอบครัว งานกีฬา งานเลี้ยงต่างๆ ซึ่งก็อาจถูกชวนให้ดื่มจากญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน บุคคลที่รู้จัก ซึ่งเขาอาจไม่รู้ว่าผู้ป่วยกำลังเลิกดื่มสุรา ในการเชิญชวนให้ดื่ม มีทั้งการชวนเพียงครั้งเดียวหรือมีการคะยั้นคะยอให้ดื่ม สถานการณ์ที่พบจะมีความยุ่งยากแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งการที่จะหลีกเลี่ยง หรือเลี่ยงไม่เผชิญทำได้เป็นบางกรณีเท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังคงต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ในสถานการณ์เสี่ยงดังที่กล่าวมา ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำสู่การดื่มสุราและประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มสุรา
2. ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา” ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้
 - สถานที่ดื่มสุรา (เรียงลำดับสถานที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
 - สถานการณ์ทางสังคม (เรียงลำดับสถานการณ์ที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
 - บุคคลที่คาดว่าจะพบกันในช่วง 90 วันเมื่อกลับบ้าน (เรียงลำดับบุคคลที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุดหรือไม่ดื่มเลย) เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิเสธ

ครั้งที่ 8

ชื่อกิจกรรม: การพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้วิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง
2. ฝึกทักษะการปฏิเสธและกล้ายืนยันในสิทธิของตนเอง

แนวความคิด

ผู้ป่วยที่พยายามจะเลิกดื่มสุรา ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายที่เป็นการกระตุ้นเชิญชวน หรือเป็นแรงกดดันให้กลับไปดื่มสุรา ทั้งจากสถานการณ์เสี่ยงที่คาดการณ์ได้ ได้แก่ การเข้าไปในร้านขายสุรา การคบเพื่อนที่ดื่มด้วยกัน การเห็นคนอื่นกำลังดื่ม และจากสถานการณ์เสี่ยงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ได้แก่ เมื่อมีการรวมตัวของครอบครัว งานกีฬา งานเลี้ยงต่างๆ ซึ่งก็อาจถูกชวนให้ดื่มจากญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน บุคคลที่รู้จัก ซึ่งเขาอาจไม่รู้ว่าผู้ป่วยกำลังเลิกดื่มสุรา ในการเชิญชวนให้ดื่ม มีทั้งการชวนเพียงครั้งเดียวหรือมีการคะยั้นคะยอให้ดื่ม สถานการณ์ที่พบจะมีความยุ่งยากแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งการที่จะหลีกเลี่ยง หรือเลี่ยงไม่เผชิญทำได้เป็นบางกรณีเท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังคงต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ในสถานการณ์เสี่ยงดังที่กล่าวมา ดังนั้นการเรียนรู้และการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถใช้ในการป้องกันตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่นำสู่การดื่มสุราและประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มสุรา
2. ผู้วิจัยให้ทำใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา” ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้
 - สถานที่ดื่มสุรา (เรียงลำดับสถานที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
 - สถานการณ์ทางสังคม (เรียงลำดับสถานการณ์ที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุด)
 - บุคคลที่คาดว่าจะพบกันในช่วง 90 วันเมื่อกลับบ้าน (เรียงลำดับบุคคลที่ดื่มสุรามากที่สุดไปถึงน้อยสุดหรือไม่ดื่มเลย) เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะการปฏิเสธ

3. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยพูดถึงบุคคล และสถานการณ์เสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และให้แต่ละคนได้แสดงบทบาทสมมุติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญในการปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่ 5 “ทักษะการปฏิเสธ”

5. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยแสดงบทบาทสมมุติอีกครั้ง และสลับคู่มือกับผู้ช่วยท่านอื่น

6. ผู้ช่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นสรุป (15 นาที)

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

8. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 5
4. ใบงานที่ 16
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคาด

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการการฝึกทักษะการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ
2. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

3. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยพูดถึงบุคคล และสถานการณ์เสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และให้แต่ละคนได้แสดงบทบาทสมมุติในกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญในการปฏิเสธ/การกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในใบความรู้ที่ 5 “ทักษะการปฏิเสธ”

5. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยแสดงบทบาทสมมุติอีกครั้ง และสลับคู่มือกับผู้ช่วยท่านอื่น

6. ผู้ช่วยในกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นของแนวทางและวิธีการปฏิเสธและกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นสรุป (15 นาที)

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

8. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยฝึกทักษะการปฏิเสธและนำมาเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี
2. กระดาษ, ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 5
4. ใบงานที่ 16
5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคาด

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการการฝึกทักษะการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ
2. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 5 “ทักษะการปฏิเสธ”

เมื่อผู้ป่วยถูกเชิญชวนให้ดื่มสุรา อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต้องทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลที่มาชวนให้ดื่มเป็นใคร และเขาชวนในลักษณะใด ซึ่งบางครั้งการปฏิเสธง่ายๆว่า “ไม่ดื่ม” ก็อาจปฏิเสธได้สำเร็จ แต่บางครั้งก็จำเป็นต้องเพิ่มกลวิธีต่างๆ เช่นในบางกรณี การบอกให้รู้ว่าที่ผ่านมาเรามีปัญหาการดื่มสุราอย่างไรก็ทำให้ผู้ชวนเราดื่มเข้าใจและให้การสนับสนุน แต่วิธีการนี้อาจไม่ใช่จะประสบความสำเร็จเสมอไป ในสถานการณ์ทางสังคม บุคคลอื่นๆจะไม่รู้ว่าเราดื่มหรือไม่ และส่วนใหญ่ที่พบก็ไม่ได้ดื่ม ดังนั้นเราก็มีสิทธิที่จะไม่ดื่มได้และยืนยันในสิทธิของเราด้วยการปฏิเสธ

ในการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองนั้น ให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจสภาพจิตใจ และความคิดภายในของตนเองออกมาเป็นรูปธรรมให้ชัดเจนขึ้น และมีการฝึกสนทนาโต้ตอบ พร้อมกับแสดงท่าทางของการปฏิเสธช่วยทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น โดยมีหลักการพื้นฐานของการปฏิเสธการใช้สารเสพติดและสุราดังนี้คือ

1. ปฏิเสธการดื่มอย่างชัดเจน ด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ไม่ลังเล โดยเราต้องสบสายตากับคู่สนทนาเพื่อแสดงให้เห็นความมุ่งมั่น จริงจัง และสื่อให้เขารู้ว่าเราหมายความว่าตามสิ่งที่พูด ซึ่งทำให้การปฏิเสธมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. หลังจากการปฏิเสธการไม่ดื่มสุรา ควรที่จะเปลี่ยนหัวข้อในการสนทนาไปในเรื่องอื่น
3. เสนอแนะทางเลือกให้ทำสิ่งอื่นๆ
 - เสนอแนะให้ทำสิ่งอื่นๆ เช่น เดินกันไปคุยกันไปดีกว่าที่จะนั่งดื่มไปคุยไป
 - เสนอแนะสิ่งอื่นที่จะดื่มหรือกิน เช่น ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม
4. บอกถึงความต้องการที่เราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เมื่อถูกคะยั้นคะยอให้ดื่ม เช่นผู้ชวนดื่ม “ดื่มหน่อย เพื่อสัมพันธ์ภาพ” เราก็ตอบว่า “ถ้าคุณยังต้องการเป็นเพื่อนกับผม กรุณาอย่าชวนผมดื่ม”
5. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดลักษณะการขอโทษ หรือการหาข้ออ้าง เช่น ผมไม่ค่อยสบายกินยาแก้ไออยู่ และหลีกเลี่ยงคำตอบที่คลุมเครือ เช่น “คืนนี้ไม่ดื่ม หรือ โอกาสหน้านะ” ซึ่งสิ่งที่ยกตัวอย่างมามีนัยที่แสดงถึงช่องทางหรือโอกาสที่จะดื่มในครั้งต่อไป

ใบความรู้ที่ 5 “ทักษะการปฏิเสธ”

เมื่อผู้ป่วยถูกเชิญชวนให้ดื่มสุรา อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต้องทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลที่มาชวนให้ดื่มเป็นใคร และเขาชวนในลักษณะใด ซึ่งบางครั้งการปฏิเสธง่ายๆว่า “ไม่ดื่ม” ก็อาจปฏิเสธได้สำเร็จ แต่บางครั้งก็จำเป็นต้องเพิ่มกลวิธีต่างๆ เช่นในบางกรณี การบอกให้รู้ว่าที่ผ่านมาเรามีปัญหาการดื่มสุราอย่างไรก็ทำให้ผู้ชวนเราดื่มเข้าใจและให้การสนับสนุน แต่วิธีการนี้อาจไม่ใช่จะประสบความสำเร็จเสมอไป ในสถานการณ์ทางสังคม บุคคลอื่นๆจะไม่รู้ว่าเราดื่มหรือไม่ และส่วนใหญ่ที่พบก็ไม่ได้ดื่ม ดังนั้นเราก็มีสิทธิที่จะไม่ดื่มได้และยืนยันในสิทธิของเราด้วยการปฏิเสธ

ในการฝึกทักษะการปฏิเสธและการกล้ายืนยันในความต้องการของตนเองนั้น ให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจสภาพจิตใจ และความคิดภายในของตนเองออกมาเป็นรูปธรรมให้ชัดเจนขึ้น และมีการฝึกสนทนาโต้ตอบ พร้อมกับแสดงท่าทางของการปฏิเสธช่วยทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น โดยมีหลักการพื้นฐานของการปฏิเสธการใช้สารเสพติดและสุราดังนี้คือ

1. ปฏิเสธการดื่มอย่างชัดเจน ด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ไม่ลังเล โดยเราต้องสบสายตากับคู่สนทนาเพื่อแสดงให้เห็นความมุ่งมั่น จริงจัง และสื่อให้เขารู้ว่าเราหมายความว่าตามสิ่งที่พูด ซึ่งทำให้การปฏิเสธมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. หลังจากการปฏิเสธการไม่ดื่มสุรา ควรที่จะเปลี่ยนหัวข้อในการสนทนาไปในเรื่องอื่น
3. เสนอแนะทางเลือกให้ทำสิ่งอื่นๆ
 - เสนอแนะให้ทำสิ่งอื่นๆ เช่น เดินกันไปคุยกันไปดีกว่าที่จะนั่งดื่มไปคุยไป
 - เสนอแนะสิ่งอื่นที่จะดื่มหรือกิน เช่น ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม
4. บอกถึงความต้องการที่เราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เมื่อถูกคะยั้นคะยอให้ดื่ม เช่นผู้ชวนดื่ม “ดื่มหน่อย เพื่อสัมพันธ์ภาพ” เราก็ตอบว่า “ถ้าคุณยังต้องการเป็นเพื่อนกับผม กรุณาอย่าชวนผมดื่ม”
5. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดลักษณะการขอโทษ หรือการหาข้ออ้าง เช่น ผมไม่ค่อยสบายกินยาแก้ไออยู่ และหลีกเลี่ยงคำตอบที่คลุมเครือ เช่น “คืนนี้ไม่ดื่ม หรือ โอกาสหน้านะ” ซึ่งสิ่งที่ยกตัวอย่างมามีนัยที่แสดงถึงช่องทางหรือโอกาสที่จะดื่มในครั้งต่อไป

ใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสียงต่อการดื่มสุรา”

คำชี้แจง: จากประสบการณ์ที่ผ่านมาให้ท่านวิเคราะห์สถานการณ์เสียงที่มีต่อการดื่มสุราของท่าน
(ให้เรียงลำดับจากที่มีอิทธิพลมากไปน้อย)

สถานการณ์เสียงสูง	ความถี่/เดือน	โอกาสดื่มสุรา
สถานที่ 1. 2. 3. 4. 5.		
สถานการณ์ทางสังคม 1. 2. 3. 4. 5.		
บุคคลที่คาดว่าจะพบใน 3 เดือนหลังกลับบ้าน 1. 2. 3. 4. 5.		

ใบงานที่ 16 “สถานการณ์เสียงต่อการดื่มสุรา”

คำชี้แจง: จากประสบการณ์ที่ผ่านมาให้ท่านวิเคราะห์สถานการณ์เสียงที่มีต่อการดื่มสุราของท่าน
(ให้เรียงลำดับจากที่มีอิทธิพลมากไปน้อย)

สถานการณ์เสียงสูง	ความถี่/เดือน	โอกาสดื่มสุรา
สถานที่ 1. 2. 3. 4. 5.		
สถานการณ์ทางสังคม 1. 2. 3. 4. 5.		
บุคคลที่คาดว่าจะพบใน 3 เดือนหลังกลับบ้าน 1. 2. 3. 4. 5.		

ครั้งที่ 9

ชื่อกิจกรรม: แรงแสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญ
2. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ
3. มีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษากับบุคคลสำคัญและผู้บำบัด

แนวความคิด

การติดสุราของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นไปด้วยสาเหตุ บังคับใจใด ปัญหาที่ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดรักษานับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ช่วยแก้ไขปัญหามาระยะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยได้ โดยการบำบัดรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือช่วยเหลือของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจาก ผู้ป่วย บุคคลสำคัญ และนักบำบัด ที่มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะเป็นแรงสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยติดสุราเป็นระยะเวลานานมักเกิดความตึงเครียด มีปัญหาขัดแย้งและไม่เข้าใจกัน จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี มีความห่างเหินกัน แรงแสนสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราที่เคยมีจึงน้อยลงไป ดังนั้นการเสริมสร้างแรงแสนสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญมากในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีความตั้งใจต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา ที่ต้องใช้ศักยภาพความสามารถของตนอย่างเต็มที่และประคับประคองตนเองในการผ่านพ้นสภาวะการณ์ต่างๆ

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วมกิจกรรมแนะนำตัว
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และเปิดโอกาสให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึก

ครั้งที่ 9

ชื่อกิจกรรม: แรงแสนสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญ
2. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ
3. มีส่วนร่วมวางแผนการบำบัดรักษากับบุคคลสำคัญและผู้บำบัด

แนวความคิด

การติดสุราของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นไปด้วยสาเหตุ บังคับใจใด ปัญหาที่ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดรักษานับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ช่วยแก้ไขปัญหามาระยะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยได้ โดยการบำบัดรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือช่วยเหลือของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจาก ผู้ป่วย บุคคลสำคัญ และนักบำบัด ที่มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะเป็นแรงสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยติดสุราเป็นระยะเวลานานมักเกิดความตึงเครียด มีปัญหาขัดแย้งและไม่เข้าใจกัน จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี มีความห่างเหินกัน แรงแสนสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราที่เคยมีจึงน้อยลงไป ดังนั้นการเสริมสร้างแรงแสนสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญมากในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีความตั้งใจต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา ที่ต้องใช้ศักยภาพความสามารถของตนอย่างเต็มที่และประคับประคองตนเองในการผ่านพ้นสภาวะการณ์ต่างๆ

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามประเมินความคิดและอารมณ์ของสมาชิก
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านและเปิดโอกาสซักถาม

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญที่เชิญมาร่วมกิจกรรมแนะนำตัว
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความประทับใจ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อบุคคลสำคัญ พร้อมทั้งมอบจดหมายที่เขียนเล่าถึงความประทับใจให้กับบุคคลสำคัญ และเปิดโอกาสให้บุคคลสำคัญพูดถึงผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงตนเองบนเส้นทางการเลิกดื่มสุรา การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึก

ที่เกิดขึ้น และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การช่วยเหลือ ในใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นฟูสภาพ”

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

6. ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนตนเองว่า

- ในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบ มีความสุข

- มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวล ไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี

2. กระดาษ , ปากกา

3. ใบความรู้ที่ 6

4. ใบงานที่ 17

5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคอมพิวเตอร์

การประเมินผล

1. จากคำพูดและการแสดงออกของผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ

2. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ที่เกิดขึ้น และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การช่วยเหลือ ในใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นฟูสภาพ”

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความตั้งใจในการลด ละ เลิก สุรา และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อต้องออกจากสถานบำบัด

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน

6. ผู้วิจัย ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญวางแผนร่วมกันในการป้องกันไม่ให้ไปดื่มสุรา

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนตนเองว่า

- ในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบ มีความสุข

- มีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วงกังวล ไม่สบายใจเมื่อกลับบ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี

2. กระดาษ , ปากกา

3. ใบความรู้ที่ 6

4. ใบงานที่ 17

5. คอมพิวเตอร์กระเป๋าคอมพิวเตอร์

การประเมินผล

1. จากคำพูดและการแสดงออกของผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ

2. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นฟูสภาพ”

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาดังนี้

1. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุราได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างที่ดี โดยผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราที่ผ่านมาได้อย่างสร้างสรรค์ และจัดการกับความยุ่งยากในสถานการณ์ต่างๆ ที่เคยเป็นตัวกระตุ้นต่อการดื่ม

2. เพื่อนที่ยังดื่มสุรา ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยุดดื่ม ในช่วงแรกผู้ป่วยจึงรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวและเหมือนไม่มีสังคมกับเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพบปะกับบุคคลอื่นๆ และสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ซึ่งจะช่วยให้หวนกลับไปเข้าสู่สังคมที่มีการดื่มสุรา

3. ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่า การดื่มสุราช่วยในการเข้าสังคมได้ดีขึ้น จึงเป็นเรื่องยุ่งยากลำบากใจที่จะพบปะกับเพื่อนใหม่ๆ หรือเข้าสังคมโดยไม่ดื่มสุรา ผู้ป่วยบางคนหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคม หรือพบปะผู้คน จึงทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่าย และแยกตัว ซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ

ใบความรู้ที่ 6 “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นฟูสภาพ”

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะบนเส้นทางการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาดังนี้

1. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุราได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างที่ดี โดยผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราที่ผ่านมาได้อย่างสร้างสรรค์ และจัดการกับความยุ่งยากในสถานการณ์ต่างๆ ที่เคยเป็นตัวกระตุ้นต่อการดื่ม

2. เพื่อนที่ยังดื่มสุรา ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยุดดื่ม ในช่วงแรกผู้ป่วยจึงรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวและเหมือนไม่มีสังคมกับเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพบปะกับบุคคลอื่นๆ และสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ซึ่งจะช่วยให้หวนกลับไปเข้าสู่สังคมที่มีการดื่มสุรา

3. ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่า การดื่มสุราช่วยในการเข้าสังคมได้ดีขึ้น จึงเป็นเรื่องยุ่งยากลำบากใจที่จะพบปะกับเพื่อนใหม่ๆ หรือเข้าสังคมโดยไม่ดื่มสุรา ผู้ป่วยบางคนหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคม หรือพบปะผู้คน จึงทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่าย และแยกตัว ซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ

ใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนคำตอบลงในคำถามข้างล่าง

1. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....

2. บุคคลใดที่สามารถช่วยเหลือท่านได้

.....
.....
.....
.....
.....

3. อะไรบ้างที่ท่านอยากให้เขาช่วยทำให้

.....
.....
.....
.....
.....

4. ท่านทำอย่างไรเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....
.....

ใบงานที่ 17 “เครือข่ายความช่วยเหลือ

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนคำตอบลงในคำถามข้างล่าง

1. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรในการเลิกดื่มสุรา

.....
.....
.....
.....
.....

2. บุคคลใดที่สามารถช่วยเหลือท่านได้

.....
.....
.....
.....
.....

3. อะไรบ้างที่ท่านอยากให้เขาช่วยทำให้

.....
.....
.....
.....
.....

4. ท่านทำอย่างไรเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....
.....

ครั้งที่ 10

ชื่อกิจกรรม: ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1. ทบทวนแผนการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัด
2. เพื่อยุติการทำกลุ่มและนัดหมายติดตามผล

แนวความคิด

ในการป้องกันการเสพยาของผู้ติดยาและยาเสพติด การใช้กำลังใจไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ทำความเข้าใจ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของตนเองที่บิดเบือนไป แตกต่างไปจากผู้ที่ไม่ติดยา รวมทั้งการได้ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เกิดการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง

การเตรียมความพร้อมโดยการวางแผนสำหรับตัวเองเป็นการซ้อมแผนของตนเองก่อนพบกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะมีความเข้มข้นของเหตุการณ์และตัวกระตุ้นจะมีอิทธิพลมากต่อจิตใจ จึงมีความสำคัญที่ต้องเข้าใจในหลักการและฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างชำนาญ เพื่อสามารถนำมาใช้ได้ ในทันที

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีความสำคัญในการสร้างความสมดุลของการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องกลับบ้าน อาจมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันไปบ้างเพื่อการดำรงอยู่ของการไม่ติดยา โดยกิจกรรมนั้นต้องมีความสมดุลระหว่างกิจกรรมที่เราต้องการทำ ทำแล้วชอบ มีความสุข สบายใจ กับกิจกรรมที่ควรทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นภาระหน้าที่ซึ่งต้องรับผิดชอบทำให้บรรลุเป้าหมาย ก็จะส่งผลให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เป็นคนที่มีประโยชน์ ขณะเดียวกันก็จะไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความเหงา หรือโดดเดี่ยว โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการติดยาก็น้อยลง เพราะมีกิจกรรมอื่นที่น่าสนใจและสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การมีกิจกรรมกับครอบครัว หรือเพื่อนใหม่

ครั้งที่ 10

ชื่อกิจกรรม: ทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1. ทบทวนแผนการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัด
2. เพื่อยุติการทำกลุ่มและนัดหมายติดตามผล

แนวความคิด

ในการป้องกันการเสพยาของผู้ติดยาและยาเสพติด การใช้กำลังใจไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ทำความเข้าใจ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของตนเองที่บิดเบือนไป แตกต่างไปจากผู้ที่ไม่ติดยา รวมทั้งการได้ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เกิดการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง

การเตรียมความพร้อมโดยการวางแผนสำหรับตัวเองเป็นการซ้อมแผนของตนเองก่อนพบกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะมีความเข้มข้นของเหตุการณ์และตัวกระตุ้นจะมีอิทธิพลมากต่อจิตใจ จึงมีความสำคัญที่ต้องเข้าใจในหลักการและฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างชำนาญ เพื่อสามารถนำมาใช้ได้ ในทันที

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (25 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนว่ามีกิจกรรมใดที่ทำแล้วชอบมีความสุข และมีสิ่งใดที่รู้สึกเป็นห่วง กังวล ที่ต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน เพื่อได้พูดคุยกัน

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่บ้าน และพูดคุยร่วมกันในประเด็นของลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และผลของกิจกรรม

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่ามีความสำคัญในการสร้างความสมดุลของการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องกลับบ้าน อาจมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันไปบ้างเพื่อการดำรงอยู่ของการไม่ติดยา โดยกิจกรรมนั้นต้องมีความสมดุลระหว่างกิจกรรมที่เราต้องการทำ ทำแล้วชอบ มีความสุข สบายใจ กับกิจกรรมที่ควรทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นภาระหน้าที่ซึ่งต้องรับผิดชอบทำให้บรรลุเป้าหมาย ก็จะส่งผลให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เป็นคนที่มีประโยชน์ ขณะเดียวกันก็จะไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความเหงา หรือโดดเดี่ยว โอกาสที่จะไปเกี่ยวข้องกับการติดยาก็น้อยลง เพราะมีกิจกรรมอื่นที่น่าสนใจและสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การมีกิจกรรมกับครอบครัว หรือเพื่อนใหม่

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ

4. อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผลเพื่อมาพบกันอีกครั้ง 3 ครั้ง

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี

2. กระดาษ, ปากกา

3. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

1. จากการมีแผนปฏิบัติการ และเป้าหมายที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่นำสู่การปฏิบัติจริง

2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยง และการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย แต่ละคนพูดถึงความมุ่งมั่นในเป้าหมาย และทบทวนแผนการปฏิบัติของตนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นต่างๆ

4. อภิปรายร่วมกันถึงความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัย

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม

2. ผู้วิจัยนัดหมายการติดตามผลเพื่อมาพบกันอีกครั้ง 3 ครั้ง

สื่อและอุปกรณ์

1. Flip chart, ปากกาเคมี

2. กระดาษ, ปากกา

3. คอมพิวเตอร์กระเป่าหิ้ว

การประเมินผล

1. จากการมีแผนปฏิบัติการ และเป้าหมายที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่นำสู่การปฏิบัติจริง

2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยง และการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

3. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

