

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา
โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม**

**The effectiveness of psychosocial treatment programs with cognitive and behavioral
modification by the family's involvement in alcohol drinking behavior and the amount
of alcohol consumption in alcoholic patients Phonsawan Hospital Nakhon Phanom
Province.**

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุพิศ ยอแสง¹

Supit Yosaeng¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2568 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุรา และตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และความพึงพอใจของบุคลากรทางการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดสุรา, การบำบัดทางจิตสังคม, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรม การดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุรา

Abstract

This study aimed to study the effectiveness of a psychosocial treatment program using cognitive and behavioral modification with family participation on alcohol drinking behavior and consumption among alcoholics at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. This research is a quasi-experimental study in a group of alcoholic patients receiving services in the inpatient building of Phon Sawan Hospital. The study was conducted from February to August 2025, totaling 35 patients, using a one-group, pre- and post-hoc comparison. The research instruments included a general information questionnaire, an alcohol drinking behavior assessment form, an alcohol consumption assessment form, an alcohol dependence patient satisfaction assessment form, and a nursing staff satisfaction assessment form. The experimental instruments included a family-participatory cognitive behavioral psychosocial treatment program on alcohol drinking behavior and alcohol consumption in alcoholics, a cognitive

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

behavioral therapy manual for alcoholics, and a model of alcoholics. Descriptive statistics were used to analyze the drinking behavior of alcoholics, alcohol consumption, alcoholic patient satisfaction, and health care professional satisfaction. Descriptive statistics were used to determine frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired t-tests were used to compare differences.

Results : 1) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly higher than before the intervention, at the 0.05 level. 2) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly lower than before the intervention, at the 0.05 level. 3) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly higher than before the intervention. Statistically significant at the 0.05 level. 4) The average satisfaction of nursing personnel after system development increased significantly from before system development, with a statistical significance of 0.05.

Keywords : Alcohol-dependent patients, psychosocial therapy, cognitive-behavioral therapy, family participation, alcohol drinking behavior and alcohol consumption.

บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นหนึ่งในสี่ของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ควรให้การป้องกัน เนื่องจากทำให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ¹ จากสถิติการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบประชากรมากกว่าร้อยละ 38 ติดสุราเป็นประจำ^{1, 2} เป็นสาเหตุเสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านคนในแต่ละปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการตายทั้งหมด รวมทั้งทำให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ³ เป็นอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาชาติ² ประเทศไทยมีการติดสุราเป็นอันดับ 44 ของโลก และอันดับ 3 ของเอเชีย ในปี 2560 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปติดสุรา 55.9 ล้านคน และ 9 ล้านคน ติดสุราเลิกไม่ได้⁴ พบความชุกในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 35⁵ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย⁶ เป็นกลุ่มมีภาวะดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 3.5 และกลุ่มโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ผู้ป่วยโรคติดสุราจะได้รับผลกระทบจากการติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ⁸ หากไม่มีการจัดการแก้ไขปัญหาก็จะลดพฤติกรรมติดสุราอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคติดสุราเป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้

แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ และไม่สามารถควบคุมการดื่ม มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ เป็นการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกายรวมถึงการกลับไปเสพติดหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้⁹ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ โรคหัวใจ สมองเสื่อม มีปัญหาด้านอารมณ์ จนเกิดโรคทางจิตเวช ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่อครอบครัว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทั้งการรักษาทางชีวภาพ (Biological intervention) โดยการใช้ยาเพื่อแก้ไขหรือลดภาวะถอนพิษสุราและการรักษาบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคมให้สามารถควบคุมการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล โพนสวรรค์ ให้บริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในเขตอำเภอโพนสวรรค์ แบบผู้ป่วยใน จากการสำรวจสถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 16, 18 และ 20 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 16, 16 และ 17 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 88.88 และ 85 รายตามลำดับ ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำและเข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดสุราเรื้อรัง จำนวน 5, 4 และ 8 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 31.25, 25 และ 47.05 รายตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราเรื้อรัง

จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น โรคตับแข็ง จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ จิตเวช จำนวน 16, 18 และ 20 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 100 และ 100 รายตามลำดับ เสียชีวิต จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด นครพนม, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดและผลกระทบของโรคตามมา

โรงพยาบาลโพธิ์สรวรค์ได้ดำเนินการตามนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราซ้ำ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านกระบวนการบำบัดในปัจจุบันเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในระหว่างการบำบัดมีโอกาสเกิดภาวะ alcohol withdrawal, ไม่มียาแก้ไข ภาวะ alcohol withdrawal, ขาดผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ระหว่างการบำบัด, ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกกลัวไม่สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราได้ง่าย อย่างไรก็ตามถึงแม้การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการประเมินระดับการติดสุราและเข้าสู่กระบวนการรักษาทางชีวภาพโดยยาเพื่อป้องกันภาวะถอนพิษพิษสุรา ภายหลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ ซึ่งการบำบัดรักษาทางจิตสังคมแบบผู้ป่วยในโดยใช้การบำบัดรักษาทางจิตสังคมถือว่ามีผลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดและเลิกการดื่มสุราสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงานได้และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา⁹

ปัจจุบันการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราโดยทั่วไปของหน่วยบริการภาครัฐในประเทศไทย เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุรา การตรวจร่างกาย ตรวจทางความพร้อมและจิตใจ

ก่อนการบำบัด 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโรงพยาบาลตามปกติหรือเฉพาะอาการของผู้ป่วย 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด¹⁰ จากกระทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหลากหลายของกระบวนการบำบัดและการประยุกต์ใช้แนวคิดในการบำบัด อย่างไรก็ตามการดื่มสุราจนป่วยด้วยโรคติดสุราปัจจัยทางด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้จนกระทั่งเกิดภาวะติดสุราตามมา^{8, 10} ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดผู้ดื่ม/ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น การบำบัดที่ให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การบำบัดทางจิตสังคมโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุราที่ถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และพบว่ามีนำไปใช้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม พบว่าหลังการบำบัดสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมา^{11, 12, 13, 14} นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเล โดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความลังเลได้¹⁵ ก็จะช่วย

ให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราไม่กลับไปดื่มซ้ำและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

ขอบเขตของการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการสร้างโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยใช้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2568

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเลโดยเพิ่มแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราไม่กลับไปดื่มซ้ำ

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน โดยประเมินแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

4) เป็นผู้ที่ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา มีคะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised: CIWA-Ar) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคทางกายที่ไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้และผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้

2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น ต้องทำงานทุกวันหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม พิกัดหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3) เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002)

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงที่ผิดปกติจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยและให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งอาการดีขึ้น จึงดำเนินการวิจัยต่อ หากมีอาการไม่ดีขึ้นและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิสูจน์ได้ว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาจนกว่าจะหาย และหากต้องการหยุดการวิจัย

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
(Rehabilitation phase) การบำบัดทางจิตสังคม

ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2-12

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผลกระทบที่เกี่ยวกับสุรา การค้นข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคล โดยการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา ผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา ลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเองและแจกคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสุรา ร่วมทั้งการอธิบายการใช้คู่มือ การลงบันทึก ช่องทางการช่วยเหลือ ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิด โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้พื้นฐาน

กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมองติดยา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา โรคสมองติดสุรา อาการและอาการแสดง สาเหตุปัจจัยและผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับระบบครอบครัว ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว โดยการค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองระหว่างครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางบวกและทางลบระหว่างครอบครัว ปัจจัยการเกิด และผลกระทบในครอบครัว แสดงความคิดเห็นในเรื่องความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบระหว่างครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจ โดยการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความสำเร็จของการเลิกดื่มสุรา ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวจะได้รับในการเลิกดื่มสุรา ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน 3 ประเด็นคือ 1) เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด 2) เหตุผลที่ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัด และ 3) เหตุผลที่จะทำให้เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ร่วมอภิปรายถึงแรงจูงใจที่นำไปสู่การเลิกดื่มสุรา และในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ช่วยค้นหาแรงจูงใจ ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเจริญภาวนาแบบมีสติ โดยการอธิบายประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้เคล็ดลับของการทำให้จิตใจมีความสงบสุขเพื่อช่วยให้สามารถเลิกดื่มสุรา ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการทำให้จิตใจมีความสงบสุข และการปฏิบัติเจริญภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ มีสมาธิและปัญญาในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อช่วยให้สามารถเลิกดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 7 การบำบัดทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ โดยการค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดสุราและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ ใช้ต้นแบบผู้บำบัดสุราที่ไม่ดี และต้นแบบที่ดี เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้นการบำบัดที่ไม่สำเร็จของตนเอง แสดงความคิดเห็นประสบการณ์เกี่ยวกับการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้นการบำบัดที่สำเร็จ ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 8 การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยการอธิบายกลไกการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 9 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 9 การสร้างคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน โดยการ

แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต อุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ของสุรากับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต การจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต ทักษะชีวิตในสังคม ในสัปดาห์ที่ 10 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)

กิจกรรมครั้งที่ 10 การติดตามทางโทรศัพท์
โดยการอธิบายกลไกการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ในสัปดาห์ที่ 11 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 11 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุร่า ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุร่าและพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุร่าซ้ำ
โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุร่า แสดงความคิดเห็นและทบทวนทักษะต่างๆ ในการเลิกสุร่าและพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุร่าซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) ในสัปดาห์ที่ 13-16

กิจกรรมครั้งที่ 12 การเยี่ยมบ้าน โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุร่าซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ในสัปดาห์ที่ 13 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 13 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุร่า ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุร่าและพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุร่าซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุร่า แสดงความคิดเห็นและทบทวนทักษะต่างๆ ในการเลิกสุร่าและพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุร่า

ซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพในโครงการวิจัยครั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 16 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยโรคติดสุร่า แบบประเมินปริมาณการดื่มสุร่า แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุร่า และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าและปริมาณการดื่มสุร่าในผู้ป่วยติดสุร่า คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุร่า และตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุร่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษา และสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา
3. ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91
5. ดำเนินการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุร่า และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลท่าอุเทนจำนวนอย่างละ 10 คน วิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปค่านวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ค่าคะแนนปริมาณการดื่มสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และค่าคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดย คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ค่าคะแนนปริมาณการดื่มสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลอง ผลทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เป็นแบบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)¹⁶ ผ่าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	23.45	2.86	แบบติด	5.28	1.94	แบบเสี่ยงต่ำ	12.48	34	0.001*

* p<0.05

ความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 010/68 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 70 ปี อายุเฉลี่ย 46.87 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.64 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.6 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 48.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคติดสุราต่ำสุด 6 ปี ระยะเวลาที่ทานป่วยเป็นโรคติดสุราสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาที่ทานป่วยเป็นโรคติดสุราเฉลี่ย 9.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.84 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.1 มีประวัติไม่เคยได้รับการบำบัดโรคติดสุรา และส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีประวัติเคยได้รับการบำบัดโรคติดสุราที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับแบบติด ($\bar{x}$ =23.45, S.D.=2.86) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{x}$ =5.28, S.D.=1.94) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา
ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลอง $\bar{x}=34.89$, S.D.=4.53 หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของ

ผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}=4.51$, S.D.=4.54 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติด (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	34.89	4.53	4.51	4.54	32.40	34	0.001*

* p<0.05

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=57.00$, S.D.=9.00) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=$

86.40, S.D.=9.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของโปรแกรม	57.00	9.60	ปานกลาง	86.40	10.40	สูง	15.67	34	0.001
2. ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว	55.60	10.20	ปานกลาง	85.60	9.60	สูง	16.23	34	0.012
3. ด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม	58.40	9.20	ปานกลาง	87.00	10.00	สูง	17.45	34	0.001
4. ด้านผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา	57.60	9.80	ปานกลาง	88.00	9.40	สูง	18.12	34	0.004
5. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	56.40	10.60	ปานกลาง	85.00	10.80	สูง	14.89	34	0.001
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราโดยภาพรวม	57.00	9.00	ปานกลาง	86.40	9.60	สูง	18.94	34	0.001

* p<0.05

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ

31-40 ปี ร้อยละ 45 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุดอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 90

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=48.36$, S.D.=8.90) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่

ในระดับสูง ($\bar{x}=81.15$, S.D.=8.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (n = 20 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=20)			หลังพัฒนา (n=20)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรม	52.50	8.40	ปานกลาง	84.75	9.20	สูง	16.82	19	0.001
2. ด้านความสามารถในการนำไปใช้ปฏิบัติ	48.25	9.60	ปานกลาง	81.50	8.80	สูง	15.43	19	0.001
3. ด้านประสิทธิผลของโปรแกรม	45.80	10.20	ต่ำ	86.25	8.40	สูง	18.96	19	0.001
4. ด้านความชัดเจนและความเข้าใจ	50.75	8.80	ปานกลาง	79.50	10.60	สูง	14.27	19	0.001
5. ด้านการสนับสนุนและทรัพยากร	44.50	11.40	ต่ำ	73.75	9.80	ปานกลาง	12.68	19	0.001
ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโดยภาพรวม	48.36	8.90	ปานกลาง	81.15	8.60	สูง	17.25	19	0.001

* $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา 4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยทุกด้านดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมฯ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการดื่มสุราและเลิกดื่มสุราได้ ดังการศึกษาของภรภัทร สิมะวงศ์, สมบัติ สุกุล

พรณ์ และ สกาวรัตน์ เทพประสงค์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลองทันทีที่ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร วรากรอมรเดช, มรรยาท รุจิวิทย์และชมชื่น สมประเสริฐ พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การป้องกันการติดเชื้อหลัง ทดลองสูงกว่าก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ กลุ่ม ทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ¹⁷ และการศึกษาของ กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกฤตพรณ์ และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมี ประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความ พึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับ มากถึงมากที่สุดและบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อ การปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และ ร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความ เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน และมีความ พึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคติดเชื้อราและบุคลากรทางการพยาบาลด้านที่มีค่า คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนและ ทรัพยากรและความชัดเจนและความเข้าใจ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม การบำบัดทุกขั้นตอน อีกทั้งการสนับสนุนในด้าน อัตรากำลังใจของทรัพยากรบุคลากรในการมีส่วนร่วม และหมุนเวียนเข้าช่วยทำกิจกรรมบำบัด มีการปรับ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการ ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน รวมทั้งพัฒนา รูปแบบของกิจกรรมให้กระชับ ชัดเจนต่อการ นำไปใช้ของบุคลากรทางการพยาบาล

2. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการ พยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดย ออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและ ครอบครัวตามบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2013). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 65-70
2. United Nations. (2019). **Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development**. Resolution adopted by the General Assembly. Retrieved March 20, 2018, from https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030_Agenda_for_Sustainable_Development_web.pdf
3. World Health Organization. (2019). **Global status report on alcohol and health 2018**. World Health Organization. Retrieved March 20, 2019, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
4. อธิป ตันอารีย์และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความ เสี่ยงต่อ ปัญหา แอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลสำรวจ พ.ศ. 2560. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 13(4): 353-367.
5. กัลลิจพร ชัยประทานพงษ์และเรืองศิริ ภาณุเวช. (2566). ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด ต่อ ระดับ ปัญหาการดื่มสุรา และระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. **วารสารมหาจุฬานาครธรรม์**, 10(1), 258-275.
6. สาวิตรี อัสณาวงศ์กรชัย. (2562). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สังคมไทยประจำปีพ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์, (1992).
7. Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. **Romanian Journal of Psychiatry**, 2, 63-67.
8. World Health Organization. (2014). **Global status report on alcohol and health 2014**. World Health Organization. Retrieved June, 22, 2021 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf

9. อรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาทและลวิญญ์วิชัยพงศ์ ภูมิจีน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ต่อมดื้อต่อการดื้อหรือหยุดดื่ม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(1), 1-8.
10. ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส แบบสั้นต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 450-458.
11. สุรัช สุนันตา, วงเดือน สุนันตาและวิไล ทิพนันท์. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้พัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอนต่อการหยุดดื่มของผู้ติดเชื้อ. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.)*, 11(1), 58-68.
12. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล, พิชัย แสงชาญชัยและธวัชชัย ลีห่านาจ. (2560). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ด้วย วิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ติดเชื้อ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 309-322.
13. ภรภัทร สิมะวงศ์ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 1-18.
14. อรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาทและลวิญญ์วิชัยพงศ์ ภูมิจีน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ต่อมดื้อต่อการดื้อหรือหยุดดื่ม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(1), 1-8.
15. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). **Motivational interviewing: What is MI?**. *Behavior and cognitive psychotherapy*, Retrieved from: [Http://M.MotivationalInterview.drg/clinical/interaction.html](http://M.MotivationalInterview.drg/clinical/interaction.html).
16. บุปผา ศิริรัตน์, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. (2544). **จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
17. บุษกร วรารอมรเดช, มรยาท รุจิวิชัยและชมชื่น สมประเสริฐ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันพฤติกรรมการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 45-57.
18. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. *พยาบาลสาร*, 47(2), 297-309.