

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์



นางสาวศิวะพร ไชยชนะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE PROGRAM EMPHASIZING ALCOHOL
CRAVING CONTROL ON ALCOHOL BEVERAGE CONSUMPTION IN PERSONS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Miss Siwaporn Chaichana



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
โดย	นางสาวศิวะพร ไชยชนะ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ศิวะพร ไชยชนะ : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ (THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE PROGRAM EMPHASIZING ALCOHOL CRAVING CONTROL ON ALCOHOL BEVERAGE CONSUMPTION IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกุล, 157 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) เปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และครอบครัว จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยเพศ ระดับการศึกษา รายได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 2) แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ 3) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีความเที่ยงเท่ากับ .891, .810 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5477310036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: CRAVING CONTROL / ALCOHOL CONSUMPTION / PERSON WITH ALCOHOL DEPENDENCE / EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING

SIWAPORN CHAICHANA: THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE PROGRAM EMPHASIZING ALCOHOL CRAVING CONTROL ON ALCOHOL BEVERAGE CONSUMPTION IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVA, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 157 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare alcohol beverage consumption in persons with alcohol dependence before and after received the educative-supportive program emphasizing alcohol craving control and 2) to compare alcohol beverage consumption in persons with alcohol dependence who received the educative-supportive program emphasizing craving control and those who received regular caring activities. Forty alcohol dependence patients admitted in inpatient department at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria, were matched in pairs and then randomly assigned to experimental groups and control groups with 20 subjects in each group. The research instruments consisted of: 1) Educative-Supportive Program Emphasizing Alcohol Craving Control 2) The Alcohol Consumption Assessment 3) The Obsessive Compulsive Drinking Scale 4) Family Supportive for Craving Control Self-care Assessment. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient of .891, .810 and .80. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. The alcohol beverage consumption in persons with alcohol dependence after received Educative-Supportive Program Emphasizing Alcohol Craving Control was significantly lower than that before, at .05 levels.

2. The alcohol beverage consumption in persons with alcohol dependence after received Educative-Supportive Program Emphasizing Alcohol Craving Control was significantly lower than who received regular caring activities at .05 levels.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2014

Co-Advisor's Signature

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์	13
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยาก	32
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	40
4. โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์	48
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	54

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การดำเนินการวิจัย	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	93
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	103
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	104
รายการอ้างอิง	105
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	118
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	120
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	122
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบแสดงความยินยอม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	137
CT.....	138
CT	144
EP	145
CT.....	146
CT.....	151

EP	152
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	157



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกบริโภคแอลกอฮอล์กว่า 2 พันล้านคนและในจำนวนนี้ 76.3 ล้านคนถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือเกิดปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2005: ออนไลน์) และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่าในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 17 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของประชากรวัยนี้ทั้งหมด 53.9 ล้านคน โดยเพศชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง 5 เท่าตัว เพศชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.4 และเพศหญิงร้อยละ 10.9 เมื่อดูปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อหัว พบว่าคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 7.1 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552 ในภาพรวมของประเทศการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยในเพศชายถึง 20,842 หรือร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และทำให้ประชากรไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนับรวมเป็น 408,839 ปีของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของการสูญเสียจำนวนปีจากการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมดและจากการศึกษาภาระโรคได้ประมาณการว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ประชากรไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,046 ปี หรือ คิดเป็นร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียจากความพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs) โดยเฉพาะภาวะติดแอลกอฮอล์ที่ก่อความสูญเสียถึงร้อยละ 22.6 ของ YLDs ในเพศชาย ซึ่งพบว่าประชาชนไทยสูญเสียจำนวนปีแห่งสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Year: DALYs) รวมทั้งสิ้น 10.2 ล้านต่อปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

จากการสำรวจระดับชาติปี 2551 ที่เก็บข้อมูลในประชากรไทยทั้งชายและหญิง อายุ 15-59 ปี พบผู้ที่เข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 10.9 แบ่งเป็นกลุ่มดื่มแบบมีอันตราร้อยละ 6.65 และกลุ่มดื่มแบบติดร้อยละ 4.25 ในกลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 11.6:1 โดยพบในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 28.3 (บุญศิริ จันศิริ มงคลและคณะ, 2551) ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีความต้องการการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ขาดความสามารถในการควบคุม

การบริโภค ยังคงบริโภคต่อแม้ทราบว่าเกิดผลกระทบทางด้านลบตามมา ผลกระทบทางลบที่พบ ได้แก่ บกพร่องในการควบคุมการเคลื่อนไหว ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้บกพร่อง มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2542) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นอันตรายต่อร่างกาย (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตรตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ ซีด สมองเสื่อม (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านอื่น ได้แก่ ปัญหาบุคลิกจรจัด (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานและปัญหาครอบครัว (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) บุคคลที่ติดแอลกอฮอล์จะละเลยกิจกรรมอื่นหรือหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง (American Psychiatric Association, 2000) กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องการการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมเพื่อลดผลกระทบดังที่กล่าวมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องต่างๆ ที่เกิดผลกระทบทางลบจากการบริโภคที่ได้รับความสนใจศึกษาในระยะที่ผ่านมา คือ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Leggio, 2009; อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548) โดยปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิดความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์นั้น ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดื่ม โดยมีทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคลที่ร่วมดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของ ได้แก่ ภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ เช่น ขวด กระจก ไห โอ่ง ฯลฯ อุปกรณ์การดื่ม เช่น แก้ว กระจกน้ำแข็ง ที่คั้นน้ำแข็ง หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ เช่น ตอนเย็นหลังเลิกงาน วันเงินเดือนออก ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม (Lapham et al., 1998; Poikolainen, 2000; Walton et al., 2003; ศรีนยา บุนนาคและอำนาจ อินทสโร, 2552) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลซึ่งได้แก่ มือสั่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ ม่านตาขยาย มีอาการชัก หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน (withdrawal symptom) (สุวัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2541) รวมถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อเกิดอาการเหล่านั้น หรือประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดื่มแล้วช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดสภาวะอารมณ์ที่กดดัน (Poikolainen, 2000; Walton et al., 2003) หรือดื่มแล้วช่วยเพิ่มความสุขสาน การกล้าแสดงออก (Stein, Goldman, & Del Boca, 2000; Tizabietal et al., 2002) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ด้านครอบครัว (Walton et al., 2003) โดยครอบครัวนี้เป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น เช่น ความขัดแย้งในครอบครัวนำไปสู่สภาวะ

อารมณ์กดดันหรือโกรธ การตีของสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดการชักชวนให้ร่วมตี เป็นต้น หรือครอบครัวยังสามารถสนับสนุนการควบคุมหรือลดพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ได้อีกด้วย เช่น การให้การดูแลเพื่อผ่อนคลายความเครียด การช่วยจัดการสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น การใช้เวลาที่เคยตี ทำกิจกรรมอื่นทดแทนด้วยกัน การช่วยกำจัดอุปกรณ์การตี หรือการหยุดการตีแอลกอฮอล์ภายในบ้าน เป็นต้น (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) ทั้งนี้การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมจะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้

การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยนั้น พบรูปแบบการบำบัดรักษา ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม การใช้กลุ่ม 12 ขั้นตอน โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) ซึ่งให้ผลการบำบัดแสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการลดปริมาณการตีหรือหยุดตีได้สำเร็จภายหลังการบำบัดประมาณร้อยละ 30-70 แต่ยังคงพบว่ามี ร้อยละ 30-70 อีกเช่นเดียวกัน ที่ยังไม่สามารถลดปริมาณการตีหรือหยุดตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556; และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2553, 2554, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า การบำบัดรักษาต้องการการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยความต้องการองค์ความรู้ใหม่ของผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมดูแลบำบัดรักษากลุ่มผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์อยู่แล้ว จึงสนใจพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาในกรอบการปฏิบัติที่เหมาะสมขึ้น โดยเมื่อทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อควบคุมความอยากตีแอลกอฮอล์ของ Suktrakul Sunisa (2009) ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ ที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติร่วมกับการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญคือ ความอยากตี โดยได้อธิบายถึงความต้องการที่จำเป็นของผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ คือ ความสามารถในการลดหรือควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ยังพร่องความสามารถในการควบคุมความอยากตี จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการตีซ้ำและตีอย่างต่อเนื่องไม่สามารถลดหรือควบคุมปริมาณการตีแอลกอฮอล์ได้ โดยโปรแกรมมีการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความอยากตีที่ให้ผลการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพภายหลังการบำบัด แต่ในการศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการด้านครอบครัวที่พบว่าหากผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ รายใดไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวก็จะทำให้บุคคลนั้นยังพร่องความสามารถในการควบคุมความอยากตี จึงมีข้อเสนอแนะจากการศึกษาให้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโดยนำปัจจัยด้านครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และจากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญโดยเปรียบเสมือนผู้ให้การดูแลและ

สนับสนุนบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา คือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่พร่องความสามารถในการดูแลพฤติกรรมของตนเอง การทบทวนงานวิจัยที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนกับบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้น พบการศึกษาของ วันทนีย์ ดวงแก้ว, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวิภา แซ่เซี้ย (2554) ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการเพิ่มความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ให้ประสิทธิผลที่ดีภายหลังได้รับโปรแกรมและให้ประสิทธิผลที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ นอกจากนี้ในการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ พบการศึกษาของสายชล ยุบลพันธ์ (2551) เรื่องผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยาโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของ ญาดา จินประชา (2550) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดยาเพื่อการป้องกันการติดยาที่ได้เสนอผลการศึกษาว่า ครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถสนับสนุนป้องกันการติดยาได้มากขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าวและจากแนวคิดการเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กล่าวมาทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น โดยมุ่งหวังจะพัฒนาองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ พัฒนาระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มมีความแตกต่างกันอย่างไร
2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 2001) เป็นกรอบการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ คือ การลดหรือควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งความสามารถที่ต้องการ คือ การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีความสามารถ ที่จะดูแลตนเองได้ แต่ยังต้องการการพึ่งพาเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ซึ่งครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญ โดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์นี้เกิดขึ้นภายใต้ระบบสนับสนุนของพยาบาลในการให้ความรู้ ชี้แนะและคอยกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัววางความพยายามในการเพิ่มความสามารถและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้นิ่งเอง ความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์คือ ภาวะที่ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความต้องการดื่มหรือความกระหายที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ แม้ว่าจะเกิดผลกระทบบางอย่าง ความอยากดื่มมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่ม ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบบางอย่างของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม ประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกภายหลังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสนับสนุนหรือขัดขวางการดื่มของครอบครัว การที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มของตนเองจึงเป็นบุคคลที่มีความพร้อมความสามารถในการดูแลตนเองที่จะลดปริมาณการบริโภคหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (Monti et al., 2000)

ในการปฏิบัติการดูแลตนเองนั้น ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องมีความสามารถจำเป็นพื้นฐาน คือ อยู่ในวัยที่มีพัฒนาการเติบโตเต็มที่ มีความพร้อมในการเรียนรู้กระบวนการดูแลตนเองสามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจที่จะดูแลและเป็นผู้ที่ยอมรับปัญหาและมีเป้าหมายที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้ติดแอลกอฮอล์คนนั้นต้องมีพลังอำนาจที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถควบคุมความอยากดื่ม

เพื่อนำไปสู่การลดหรือหยุดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จประกอบด้วยพลังอำนาจ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล นอกจากนั้นการมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (self-care operational capabilities) คือ ลงมือควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องมียอดประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) ความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการที่จะบอกได้ว่าความจำเป็นในการดูแลตนเองของตนเองคืออะไร และวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้นคืออะไร (Estimative operation) 2) ความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Transitional operation) 3) ความสามารถในการลงมือควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Production operation)

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงกรอบคร่าวๆ เป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย โดยเปรียบเสมือนผู้ให้การดูแลและสนับสนุนบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่พร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การให้ความร่วมมือและสนับสนุนการแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองคือ การควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) ให้การสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มนำไปสู่การลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ให้การสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน สำหรับระบบการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์คือ ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (Supportive-educative system) โดยผู้วิจัยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นมีบทบาทในการเรียนรู้ พิจารณาตัดสินใจความต้องการการควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณการดื่ม ได้ลงมือ

ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มด้วยตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการให้ความรู้ ชี้แนะให้การสนับสนุน เพื่อพัฒนาความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณการดื่มอย่างต่อเนื่องและพอเพียง และคอยกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์คงความพยายามในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถ ร่วมกับการให้การสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความอยากดื่มในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล 2 ระยะ 6 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

เป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มของตนเอง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่ม และเพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองนอกจากนี้ยังให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ชี้แนะและให้การสนับสนุนการวางแผนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่เหมาะสมกับตัวผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์

เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ต้องการการพึ่งพา โดยการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่มและเพื่อให้ครอบครัวได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนในการสนับสนุนผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่ม นอกจากนี้ยังให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ชี้แนะและให้การสนับสนุนครอบครัวในการวางแผนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยลดสิ่งกระตุ้นเมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่บ้านที่เหมาะสมกับผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์)

เป็นการทบทวนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับผลกระทบทางลบที่อาจเกิดจากการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเกิดความตระหนักว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความอยากดื่มจากการกลัวผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่ม คือ การเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางการเพิ่มความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมถึงให้การสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์อีกด้วย

ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (ทักษะการปฏิเสธ และการจัดการกับความเครียด)

ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องกังวลหรือกลัวกับการต้องสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลที่ชักชวนหรือบุคคลที่เคยดื่มด้วย ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่อาจเป็นผลทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เนื่องจากการดื่มสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ในระยะเวลาหนึ่ง การเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการหยุดดื่ม)

เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้แก่ ความผ่อนคลาย ความสนุกสนาน และความกล้าแสดงออก ซึ่งการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และเพิ่มเทคนิคการหยุดดื่มได้สำเร็จ เป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การปฏิบัติกรพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง

เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลตนเอง แนวทางการนำทักษะไปใช้จริงในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจและสนับสนุนในการกระทำการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริงและนัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 15 นาที รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง

การสนับสนุนการดูแลตนเอง (ทางโทรศัพท์) เป็นกิจกรรมการสนับสนุนการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการนำความรู้ คำชี้แนะและให้การสนับสนุนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น และให้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมความอยากดื่มให้เหมาะสมเพื่อการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้จริง รวมถึงการประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้จริงโดยการติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัว สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การติดตามประเมินผล นัดพบผู้ติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวพบในโรงพยาบาลที่คลินิกโรคใจ 10 แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และติดตามประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจบกิจกรรม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (Alcohol dependence: F 10.2)

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)(Alcohol dependence: F 10.2) ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

2. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

2. ตัวแปรตาม คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ และการสนับสนุน ในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 2 ระยะ ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล วันละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 วัน ระยะที่ 2 เป็นระยะสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (ทักษะการปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์และเทคนิคการหยุดดื่ม) ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลระยะสนับสนุนการปฏิบัติการดูแล

ตนเอง **ระยะที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์** ครั้งละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์โดยประเมินเกี่ยวกับ ปริมาณการดื่ม ใน 1 สัปดาห์ด้วยแบบประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ Alcohol Consumption Assessment (ACA) ของ Suktrakul Sunisa (2009) มีข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ความถี่และปริมาณของการดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ติดแอลกอฮอล์ หมายถึง บุคคลที่มีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างมาก มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มหากไม่ได้ดื่ม ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลกระทบทางด้านลบตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ (American Psychiatric Association, 2000) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่พ้นระยะถอนพิษแอลกอฮอล์แล้ว (Alcohol dependence: F 10.2) และมารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ติดแอลกอฮอล์ เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร หรือญาติสนิทของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ของกลุ่มงานพยาบาลโรคจิตเวชสุราและสารเสพติด โดยพยาบาลจะทำการซักประวัติ ประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะขาดแอลกอฮอล์ การรักษาด้วยยา เมื่อพ้นภาวะขาดแอลกอฮอล์แล้ว ผู้ติดแอลกอฮอล์จะได้รับกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในวิชาชีพศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำทฤษฎีการดูแลตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้กับโรคจิตเวชอื่นได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 1.1 ความหมายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.2 ความหมายของการติดแอลกอฮอล์
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 1.4 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 1.5 การประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 1.7 กายภาพบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 1.8 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยาก
 - 2.1 ความหมายของความอยาก
 - 2.2 ความหมายของความอยากแอลกอฮอล์
 - 2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยาก
 - 2.4 การบำบัดรักษาที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 3.2 ปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเอง
 - 3.3 การดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์
 - 3.4 ระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system)
4. โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

1.1 ความหมายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) คือ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาการดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่มและผลกระทบของการดื่ม

Sommers et al. (2003) ให้ความหมายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลา สถานที่ ปริมาณการดื่ม และความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้นๆ

โดยสรุป การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การกระทำของบุคคลต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย ชนิดของเครื่องดื่ม ปริมาณในการดื่ม และความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.2 ความหมายของการติดแอลกอฮอล์

พิชัย แสงชาญชัย (2548) ให้ความหมาย การติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานๆ จนทำให้เกิดภาวะพึ่งแอลกอฮอล์หรือติดแอลกอฮอล์ และอาจจะมีอาการโรคจิตจากแอลกอฮอล์ได้

ธรณินทร์ กองสุข (2547) ให้ความหมาย การติดแอลกอฮอล์ว่าเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนติด ซึ่งไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่ประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิดและทางร่างกาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์และการยังคงดื่มต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1993 อ้างถึงใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) การติดแอลกอฮอล์ หมายถึงสภาวะที่ต้องการหรือพึ่งพาแอลกอฮอล์เพื่อประคับประคอง หรือเพื่อช่วยทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ และมีความต้องการที่จะดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำให้ความรู้สึกดีขึ้นหรือลดความรู้สึกที่ไม่ดี

โดยสรุป การติดแอลกอฮอล์ของบุคคล หมายถึง การเจ็บป่วยเรื้อรังจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ยาวนาน เกิดภาวะผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดจากรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติโดยทั่วไป มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมการบริโภคของตนเองได้ แม้ว่าการบริโภคนั้นจะส่งผลกระทบต่อตนเองและ

ผู้อื่น ให้ความสำคัญกับการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์หลังหยุดบริโภคแอลกอฮอล์ และหากหยุดบริโภคแอลกอฮอล์จะหยุดได้เวลานั้นๆ และจะกลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำในเวลาทีรวดเร็ว

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากจนเกิดอันตราย และดื่มเป็นประจำทำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์จนกลายเป็นโรคขึ้น มีเหตุผลและปัจจัยซับซ้อนมากมาย ไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่สามารถอธิบายการติดแอลกอฮอล์ได้อย่างสมบูรณ์ จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย

1) เพศ จากการสำรวจความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย จากการสำรวจระดับชาติ 2551 ของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ พบว่า มีผู้ติดแอลกอฮอล์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 25-34 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ได้ศึกษาสาเหตุของการติดแอลกอฮอล์และการเข้ารับการรักษาของผู้ติดแอลกอฮอล์ ณ ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90.8

2) ภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวนและบุคลิกภาพแบบแยกตัวจากสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ (Schuckit, 2002; Tizabieal, et al.,2002)

1.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

บางคนใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่า การดื่มแอลกอฮอล์ มีผลมาจากความกังวลลึกๆ ที่มีอยู่รอบๆ มีความขัดแย้งในใจ ผู้ติดแอลกอฮอล์จำนวนมากมีความขัดแย้งรุนแรงในใจและกตความรู้สึกรู้สึก ทำให้เกิดการดื่มซ้ำๆ (Levin, 1990 อ้างถึงใน ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) นอกจากนี้ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีความบกพร่องของพัฒนาการทำให้เกิดความต้องการการพึ่งพาผู้อื่น เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ พัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์หยุดชะงักอยู่ที่ระดับปาก ทำให้กลายเป็นคนหมกมุ่นอยู่กับตนเอง รักตนเอง เอาแต่ใจตนเอง ตามใจตนเองอย่างไม่มีขอบเขต และมีความเชื่อผิดๆ ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและเห็นว่าผู้ที่เกี่ยวข้องควรเป็น

ผู้รับผิดชอบในความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุดและเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง ประกอบกับลักษณะการทนต่อความไม่สมหวังได้น้อย ทำให้เขายึดแอลกอฮอล์ในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.3.3 ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม

1) ระบบครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคม ดังนั้นแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจึงเปรียบเสมือนกรอบการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้วย เด็กที่เกิดในครอบครัวที่ติดแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงจะกลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์สูง เป็นผลเนื่องจากผลจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ที่ขาดความรักความอบอุ่นและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาการปรับตัวและกลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ (พัชรินทร์ ชมเดช, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ อวิศดา จันทร์แสนตอ (2541) ศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดแอลกอฮอล์ของสตรี พบว่าปัจจัยนำที่ทำให้สตรีทั้ง 7 ราย ในการศึกษาเริ่มเสพติดแอลกอฮอล์คือ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก และการมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณี ศรีพุทธา และจิราวรรณ แทนวัฒนกุล (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เลี้ยงดูหลักและบิดามารดาเด็กวัยเดินในชุมชนแออัด พบว่า เด็กเลียนแบบพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์จากผู้เลี้ยงดู ได้แก่ แสดงท่าทางเมา การชนแก้ว เนื่องจากผู้เลี้ยงดูนำเด็กเข้าไปร่วมในกิจกรรมดื่มแอลกอฮอล์ หรือดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กเห็น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะบุตรจะเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู

2) เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด ผู้ติดแอลกอฮอล์มักดื่มกับเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนๆ ของผู้ติดแอลกอฮอล์มักจะชักชวนให้ร่วมสังสรรค์เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นหลังเลิกงานจึงมีเวลาว่างในการสังสรรค์ (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) เช่นเดียวกับวิชัย โปษยะจินดา และคณะ (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาของผู้ใช้แรงงาน พบว่าผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มเพื่อสังสรรค์ ประมาณร้อยละ 70 ดื่มกับเพื่อนร่วมงานมากที่สุด ร้อยละ 80 สำหรับในกลุ่มของนักศึกษาการมีเพื่อนสนิทดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการได้มาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครั้งแรกที่ดื่มของศึกษา คือ ได้มาจากเพื่อนมากที่สุด รองลงมาได้จากสมาชิกในครอบครัว ได้จากรุ่นพี่ และให้คนอื่นซื้อให้ (ศรณยา บุนนาค และอำนาจ อินท สโร, 2552)

3) วัฒนธรรมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยได้เชื่อมโยงเอาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามามีบทบาท

ร่วมมาเป็นเวลานานแล้วและถูกหล่อหลอมมานานมากจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเห็นพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในโอกาสฉลองเทศกาลต่างๆ เช่น ประเพณีสงกรานต์ ปีใหม่ งาน แต่งงาน หรืองานเลี้ยงสังสรรค์ต่างๆ นอกจากนี้มักพบว่า เกิดจากค่านิยม ความเชื่อ เช่น การดื่ม แอลกอฮอล์ทำให้แข็งแรงหรือแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ อยากให้เป็นที่ยอมรับ คิดว่าโก้ๆ แสดงถึง ความทันสมัย แสดงถึงความเป็นชายชาติ (ศรีนยา บุณนาค และอำนาจ อินทสโร, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติด แอลกอฮอล์เกิดจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ การเจ็บป่วยทางจิต ปัจจัยทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย ระดับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ขาดทักษะการเผชิญปัญหา และปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ระบบครอบครัว วัฒนธรรม เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด

1.4 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

การติดแอลกอฮอล์นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ติดแอลกอฮอล์แล้วยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบของการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์แบ่งได้ดังนี้

1.4.1 ผลต่อร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะก่อให้เกิดพิษเรื้อรังส่งผลต่อ อวัยวะทุกส่วนของร่างกายเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่างๆ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545) ดังนี้

1) โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration)

ก. สมอมน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษของแอลกอฮอล์ โดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อฝืดปกติไป มีอาการเดินเซ เดินขา ถ่างออกเพราะกลัวจะล้ม เวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง นอกจากนี้การทำงานของมือ ฝืดปกติไปไม่สามารถหยิบจับสิ่งของละเอียดได้ หรือเวลาตักอาหารเข้าปากบางครั้งก็อาจตักเข้าจมูก หรือตาได้ การพูดก็ผิดปกติ เวลาพูดเสียงจะสั้นพูดไม่ชัด โดยเฉพาะการออกเสียง ร ล หรือ ผ ป ส่วน ตาจะมีอาการกระตุกของลูกตา เวลามองไปข้างๆ อาจทำให้มีอาการวิงเวียนศีรษะ

ข. สมองเหี่ยว (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์จะมีอาการตาย ของเซลล์สมองส่วนที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วน ต่างๆ ของร่างกาย อาการแสดงที่พบได้ เช่น ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง โมโห หงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรง และมีการเดินเซ นอกจากนั้นมีอาการของสมองส่วนหน้าเหี่ยว คือ ปากจู๋ เวลาเคาะหรือเอานิ้วถูไปมารอบๆ ริมฝีปาก ถ้าเอามือลูบบนฝ่ามือจะมีการตอบสนองคือนิ้วมือ งอและเกาะแน่น (Grasping reflex)

ค. โรคเวอร์นิโคซาคอฟ ซินโดมน์ (Korsakoff's syndrome) เป็นโรคที่สูญเสียความทรงจำในระยะเวลานั้นๆ หรือมีอาการความจำขาดช่วง คือไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีการสร้างความจำเทียมขึ้น (Confabulation)

2) ผลต่อระบบย่อยอาหาร แอลกอฮอล์ทำให้มีกรดในน้ำย่อยของกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น หลังดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 7 เข้าไปคือ 4–10 มิลลิกรัม แต่ถ้าเข้มข้นตั้งแต่ 15–20 % ขึ้นไปจะยังยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบอย่างมาก เป็นเหตุให้การดูดซึมอาหารและวิตามินน้อยลง ทำให้ขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1

3) ผลต่อตับ แอลกอฮอล์ทำให้ไขมันในตับเพิ่มขึ้นและทำให้ลักษณะของเซลล์เปลี่ยนไปไม่สามารถส่งโปรตีนไปสังเคราะห์แล้วเข้าสู่กระแสโลหิตตามปกติได้ ทำให้เซลล์ตับตายและอักเสบ ถ้ายังไม่หยุดดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดโรคตับอ่อนอักเสบ ตับมัน ตับแข็ง

4) ผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจโตและมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น บางรายอาจเกิดหัวใจวาย เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจ

5) ผลต่อไต เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปจะมีการถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้น เพราะแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ ถ้าดื่มมากโซเดียมจะถูกขับออกมาทำให้โซเดียมในเลือดต่ำและมักจะขาดโปแทสเซียมด้วย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปสกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ แอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติกในเลือดสูงขึ้นและตกตะกอนตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไตและไตอักเสบตลอดจนข้ออักเสบ

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ปัญหาการติดแอลกอฮอล์นับเป็นปัญหาไม่แตกต่างจากปัญหายาเสพติดอื่นๆ นอกจากจะมีผลต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัญหาสังคมที่กระทบต่อบุคคลในสังคมด้วย

1) ปัญหาทางด้านกำลังคน งานบางอย่างต้องอาศัยการทำงานที่มีความสามารถพิเศษเฉพาะบุคคลและมีประสบการณ์ในงานนั้น ถ้าบุคคลติดแอลกอฮอล์จะทำให้ขาดกำลังคนที่สำคัญนั้นไป และงานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์อยู่ในวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ คือ อายุระหว่าง 35–44 ปี (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547)

2) ปัญหาทางด้านครอบครัวในผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และค่านิยมทางสังคมในบางประเทศ เช่น ประเทศไทยยังให้ผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัวทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่นและขาดความสุขในครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเด็กซึ่งเป็นบุตรของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ได้รับการปฏิบัติจากผู้ปกครอง

ไม่ถูกต้อง มีแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี กลายเป็นปัญหาสังคมต่อไป

3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องเสียเงินในการซื้อเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มาดื่ม นอกจากไม่มีคุณค่าทางโภชนาการยังก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ จากการศึกษาของ ชลธิชา โรจนแสง (2550) พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งของกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 100–200 บาท สอดคล้องกับจิรวัดน์ จิตตพัฒนานนท์ (2550) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคแอลกอฮอล์แต่ละครั้ง คือ น้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 87 100–50 บาท ร้อย ละ 10.6 และมากกว่า 500 บาท ร้อยละ 2.3

4) ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุและความไม่สงบของสังคม เนื่องจากพิษของ แอลกอฮอล์จะมีผลทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ขาดความ รับผิดชอบ เป็นสาเหตุของการทะเลาะวิวาท การฆ่าตัวตาย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด อุบัติเหตุบนท้องถนน

5) ปัญหาทางด้านกิจกรรม เนื่องจากผู้ติดแอลกอฮอล์เรื้อรังจะไม่มีประสิทธิภาพ ในการทำงานหรือไม่ทำงาน ทำให้ไม่มีเงินในการซื้อแอลกอฮอล์มาดื่มจึงอาจทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงิน มาโดยการจี้ปล้น ลักขโมย ทำให้เกิดความเดือดร้อนในสังคม

6) ปัญหาด้านอาชญากรรม ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณไม่มากนัก จะมีความรู้สึก ถูกกระตุ้นประสาทและการทำให้มีความกล้ามากขึ้น ความสามารถในการใช้วิจารณญาณถึงความ ถูกต้องของสังคมลดลง จนเป็นสาเหตุให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ก่อคดีลวนลาม คดีข่มขืน กระทำชำเราและ ก่ออาชญากรรมได้

1.5 การประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการประเมินโดยใช้แบบรายงานตนเองของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริโภคโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับชนิดของเครื่องดื่ม ปริมาณ ความถี่ ของการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยังมี การประเมินถึงรูปแบบของการบริโภคโดยมีการแปลผลให้เห็น ผลกระทบจากการดื่มที่มีต่อตัวเอง และบุคคลอื่น รวมถึงการประเมินเพื่อคัดกรองความรุนแรงของ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย การประเมินเหล่านี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์สามารถตอบข้อความได้ เอง หรือสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถใช้ประเมินได้ในคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ตลอดจนผู้ป่วยฝ่ายกายที่มารับบริการในสถานบริการ เครื่องมือประเมินปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ที่นิยมใช้ เช่น Quantity-Frequency Question, CAGE, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) โดยเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสถานที่ของหน่วยบริการ โดยมี รายละเอียดของแบบประเมินต่างๆ ดังนี้

1.5.1 Quantity-Frequency Question เป็นเครื่องมือประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยหรือลักษณะที่ดื่มเป็นประจำและปริมาณที่สุดในเดือนที่ผ่านมา ใช้ในการประเมินผู้ที่มีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงหรือเกิดปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำได้อย่างรวดเร็ว เหมาะกับกรณีที่มีเวลาจำกัด ตัวอย่างเช่น ความถี่: “โดยทั่วไป คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กี่วันต่อสัปดาห์” “ในแต่ละวันที่คุณดื่ม คุณดื่มมากเท่าไร” และปริมาณมากที่สุด: “ในเดือนที่แล้วในวันที่คุณดื่มมากที่สุด คุณดื่มมากเท่าไร” การแปลผล คำตอบ คือ นำความถี่คูณด้วยปริมาณ แล้ว ในผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 14 ดื่มมาตรฐาน และในผู้หญิงมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐาน ถือว่า positive แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา (พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และสุนทรี ศรีโกสย, 2549)

1.5.2 CAGE เป็นแบบสอบถามอีกอันหนึ่งที่นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลกการประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) CUT DOWN: คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่ 2) ANNOYED: เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวตักเตือนหรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือไม่ 3) GUILTY: คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือไม่ 4) EYE-OPENER: คุณเคยต้องดื่มเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่เพื่อจะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ สำหรับผู้ที่ตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป อาจมีภาวะติดแอลกอฮอล์ ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ สั้น ง่าย ใช้เวลาน้อย และมีความจำเพาะค่อนข้างสูงในผู้ติดแอลกอฮอล์รุนแรงที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการถอนพิษสุรา จึงมีการนำไปใช้ในการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุราระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552; พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2549)

1.5.3 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ได้พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพการใช้นาตลอดช่วง 2 ทศวรรษ และพบว่ามีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศ อายุ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง เนื่องจากแบบประเมิน AUDIT ตั้งใจพัฒนาเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติด เป็นแบบประเมินที่ใช้เวลาน้อย สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์ และภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ตามระบบ ICD-10 มีหัวข้อหลักและเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมด 10 คำถาม ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยคำถามที่ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มแบบเสี่ยง คำถามที่ 4-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มแบบติด คำถามที่ 7-10 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มแบบอันตราย (WHO, 2001 อ่างใน แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.), 2553)

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลายโดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงปริมาณก่อนและหลังให้การบำบัด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือประเมินปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาของ Suktrakul Sunisa (2009) The Alcohol Consumption Assessment (ACA) ประกอบด้วยคำถาม 2 คำถาม คือ ความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์ และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาคำนวณเป็นปริมาณการบริโภคสำหรับเป็นผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้

1.6 การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์

กระบวนการและขั้นตอนการบำบัดรักษาที่นิยมในประเทศไทย ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2547)

1.6.1 ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัว เพื่อรับการบำบัดรักษา ผู้ติดแอลกอฮอล์หลายรายไม่ยอมมารับการบำบัดรักษา หรือถูกญาติหรือตำรวจบังคับมา มีเพียงบางส่วนที่คิดว่าการติดแอลกอฮอล์ของตนเองทำให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัวและสังคมแล้วมารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจ ดังนั้นการบำบัดรักษาให้สัมฤทธิ์ผลได้ผู้ป่วยจะต้องตั้งใจสูงและยอมรับการรักษา จึงต้องทำความเข้าใจกับผู้มารับการบำบัดรักษาให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา และต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การเตรียมการมีขั้นตอนดังนี้

- 1) สัมภาษณ์ประวัติส่วนตัว ประวัติในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย
- 2) ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ
- 4) วิเคราะห์ปัญหา เพื่อการวางแผนช่วยเหลือ เมื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ติดแอลกอฮอล์เพียงพอและเชื่อถือได้ ต้องนำข้อเท็จจริงนั้นมาวินิจฉัย ว่าสาเหตุอะไรที่ทำให้เกิดปัญหา แล้วจึงวางแผนการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อครอบครัวจะได้เป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ติดแอลกอฮอล์ และยอมรับผู้ป่วยและให้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความเชื่อมั่นต่อตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมในสถานบำบัด ชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรับการรักษา โดยทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยอมรับความจริง เข้าใจสภาพอันแท้จริงของตนเอง จะทำให้สามารถเปลี่ยนทัศนคติได้ อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ร่วมมือในการบำบัดรักษาซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์เอง

1.6.2 ขั้นตอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol detoxification)

หลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาเป็นการรักษาตามระดับของอาการขาดแอลกอฮอล์ โดยแบ่งได้ดังนี้ (ผรส., 2553)

1) อาการขาดแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย เกิดได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงจนถึง 36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการไม่รุนแรงถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการทางด้านร่างกายเป็นหลัก มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การรักษาอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา รักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์ เน้นการประเมินภาวะโรคทางกาย

2) อาการขาดแอลกอฮอล์ระดับปานกลางถึงรุนแรง เกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ ท้องเสีย ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน การรักษาอาจรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ให้ยาสงบอาการขาดแอลกอฮอล์แบบรับประทานเป็นตารางกำหนด (fixed dose regimen) หรือรับประทานเฉพาะมีอาการมากขึ้น (symptom trigger regimen) ใช้ขนาดยาที่สูงกว่าการใช้รักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อย

3) อาการขาดแอลกอฮอล์รุนแรงเพื่อคลั่ง เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการรุนแรงมาก อาการที่สำคัญ คือ ภาวะสับสน ไม่รู้วันเวลา สถานที่ บุคคล ร่วมกับอาการขาดแอลกอฮอล์รุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก มีไข้สูง ชีพจรเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงกลัว การรักษาต้องเป็นแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เพราะถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพื่อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ติดเชื้อบาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำ เกลือแร่ และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับยา ที่มีขนาดสูงมากเพราะต้องให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยากลุ่ม Benzodiazepine และยาสงบอาการทางจิต เช่น Haloperidol ควรให้ยาบำรุงประสาท ยาบำรุงตับ สารน้ำเกลือแร่ร่วมไปด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะขาดสารน้ำและทุพโภชนาการ

ภาวะชักจะเกิดภายใน 6-12 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วันแรกหลังหยุดดื่ม จะมีอาการเกร็ง กระตุกทั่วร่างกายพร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดแอลกอฮอล์ และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียว แต่สามารถชักเป็นชุด คือ ชัก 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก การรักษา เน้นการประเมินว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ อาจไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักหากมีอาการขาดแอลกอฮอล์ได้หากพิจารณาให้ยากันชัก ควรเลือกยาที่สามารถสงบอาการขาดแอลกอฮอล์และกันชักได้ เช่น Sodium valproate loading 20 mg./kg./d หรือ carbamazepine

1.6.3 **ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ** การรักษาขั้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรมเป็นหลัก จุดประสงค์หลักของการรักษาในขั้นนี้ คือ ป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา นานกว่าจะเห็นผลแท้จริง และยากที่สุด ในการกระบวนการรักษา ถ้าสามารถทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์หยุดดื่มได้นานเท่าไร โอกาสติดซ้ำก็ยิ่ง น้อยลง โดยทั่วไปถ้าพ้น 3 เดือน การติดซ้ำจะน้อยลงแต่ถ้ามากกว่า 1 ปี ผลการรักษาก็จะดีขึ้นอีก การรักษาในขั้นตอนนี้อาศัยจิตบำบัด ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ซึ่งการบำบัดรักษามีหลาย รูปแบบ ล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ได้นานที่สุด ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดรักษาต่อไปนี้

1) **พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)** การรักษาโดยการใช้พฤติกรรมบำบัด แบบรายบุคคล (Individual Behavior Therapy) และพฤติกรรมบำบัดร่วมกับคู่สมรส (Behavior Marital Therapy) โดยมีหลักการคือ ผู้บำบัดต้องทราบความเป็นอยู่และปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และคู่สมรสที่มีต่อกัน นำสิ่งที่ดีหรือแนวคิดที่ดีของครอบครัวและคู่สมรสมาใช้ประโยชน์ในการรักษา แก้ไขปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่ผิดปกติ หรือมีปัญหาให้ดีขึ้น วิธีการดูแลช่วยเหลือ ต้องให้สมาชิกของครอบครัวทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการดื่มแอลกอฮอล์ เสริมสร้างให้ครอบครัวมีความมั่นใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ยังพบการรักษาแบบ Community Reinforcement Approach ซึ่งใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด โดยการรักษาประกอบด้วยครอบครัว บำบัด การฝึกทักษะการทำงานทำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม และเน้นหนักการโดย ปลอดภัยปลอดแอลกอฮอล์ การติดตามการใช้จ่ายแอลกอฮอล์ และการเข้าชมรมปลอดแอลกอฮอล์

2) **สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Psychodynamic/ Interpersonal Therapy)** มีการศึกษาพบว่า Insight-Oriented psychotherapy หรือ counseling มีประสิทธิภาพในการ รักษา ผู้ติดแอลกอฮอล์แต่รายงานสนับสนุนประสิทธิภาพของวิธีการรักษาวิธีนี้ยังมีน้อย และมี ข้อจำกัดถ้าใช้ระยะเวลาสั้น อีกทั้งในประเทศไทยยังขาดผู้เชี่ยวชาญ และผู้ติดแอลกอฮอล์มักมีปัญหา ด้านข่าวปัญหา และขาดแรงจูงใจ (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) นอกจากนี้ผู้ติด แอลกอฮอล์ มักมีปัญหาความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่นรวมถึงบุคคลในครอบครัว ปัญหา ความสัมพันธ์อาจเป็นปัญหามาก่อนหรือเป็นปัญหาตามหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ (วิโรจน์ วี ระชัย และคณะ, 2544)

3) **ครอบครัวบำบัด (Marital and family therapy)** เนื่องจากผู้ติดแอลกอฮอล์ ต้องกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อการรักษา ถ้าส่งเสริม ให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีการปรับตัวช่วยกันแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถ หยุดดื่มสุราได้นาน เพราะปัจจัยความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพในครอบครัวอาจเป็นตัวกระตุ้นส่งเสริม ให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่เหมาะสม การเลิกดื่มต้องอาศัยกำลังใจและการเอาใจใส่จาก

ครอบครัว ดังนั้นการพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวรวมถึงการทำให้ครอบครัวเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ สร้างความหวัง ลดความรู้สึกผิด พร้อมช่วยให้ครอบครัวสมาชิกปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจตนเอง วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544) จากงานวิจัยพบว่า การให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการรักษาและช่วยให้การรักษาระยะยาวได้ผลมากเมื่อติดตามไปอย่างน้อย 1 ปี และผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่ขาดการติดต่อ การทำบำบัดครอบครัวมุ่งเน้นปัญหาที่เกิดจากการดื่ม ในเมืองไทยผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัดมีน้อย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนี้ เพราะผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกรายมีปัญหาครอบครัว แต่ปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับครอบครัวบำบัดไม่ถึงร้อยละ 10 จำเป็นต้องมีการเพิ่มบุคลากรด้านนี้หรือฝึกอบรมระยะสั้นให้ทีมผู้รักษามีทักษะในการทำครอบครัวบำบัดได้ (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546)

4) การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) หมายถึง การบำบัดรักษารายบุคคล ใช้การบำบัด 1-4 ครั้ง นานครั้งละ 5-60 นาที ใช้กับผู้ที่ไม่ได้ติดแอลกอฮอล์ แต่เป็นผู้ที่ดื่มในระดับความเสี่ยงสูงหรือระดับที่เป็นอันตราย เน้นให้ผู้ดื่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการดื่มลงมากกว่าให้เลิกดื่ม (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2547) ยึดหลักวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลงและบำบัดโดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักที่เรียกว่า FRAMES เทคนิคในการบำบัดมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การตรวจประเมิน เป็นการตรวจประเมินพฤติกรรม การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยกระตุ้น สาเหตุการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ให้ถูกต้อง ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงระดับความรุนแรงของปัญหาติดแอลกอฮอล์ที่ประสบอยู่ ขั้นที่ 3 ความรับผิดชอบ โดยเน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการตัดสินใจว่าจะเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ติดแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับได้ ขั้นที่ 4 การแนะนำ โดยการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ขั้นที่ 5 การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ขั้นที่ 6 ความเห็นอกเห็นใจ ว่าการติดแอลกอฮอล์เป็นโรค ยอมรับและเข้าใจผู้ติดแอลกอฮอล์ ขั้นที่ 7 รับรู้ความสามารถ ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจในระยะที่ผ่านมา ได้มีการวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของการทำ Brief Intervention ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และในท้องถิ่น รวมทั้งการศึกษาแบบมหวิเคราะห์ ซึ่งได้ผลสอดคล้องกันว่า Brief Intervention มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่าสูงในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงสูงหรือระดับที่เป็นอันตราย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2547)

5) การบำบัดทางความคิด พฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้พัฒนาจากแนวคิดการทำความเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลของนักวิชาการ กลุ่มพฤติกรรมบำบัด โดยให้ความสำคัญกับสิ่งกระตุ้นภายนอก และผล

กรรมที่บุคคลได้รับภายหลังจากพฤติกรรมที่ตนได้กระทำเป็นสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการเรียนรู้ และตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีก และยังอธิบายถึงความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด ตัดสินใจ สถิติปัญญา อารมณ์ ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม (Beck et al, 1993 อ้างถึงในนิพนธ์ คำล้า, 2547) CBT เป็นการรักษาเพื่อเปลี่ยนความคิดผิดๆ ที่ฝังลึก และให้แนวคิดใหม่ที่ถูกต้อง คิดแบบมีเหตุผล ไม่เข้าข้างตัวเอง ตัดสินในแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงให้สามารถควบคุมตัวเอง เพิ่มทักษะการเข้าสังคม เน้นการรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพและรักษาไว้ซึ่งมนุษยสัมพันธ์ การรักษาด้วย CBT พบว่า ช่วยผู้ติดแอลกอฮอล์ในการควบคุมตนเอง การตั้งเป้าหมาย การติดตามประเมินตนเอง การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การฝึกผ่อนคลาย และการป้องกันการกลับไปเสพยา (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

6) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancing Therapy: MET) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างจูงใจมีหลักการคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการประเมินความสำเร็จแห่งตนหรือทฤษฎีการกำกับตนเอง กลยุทธ์ที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในผู้รับการบำบัดจะใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเองที่อธิบายว่า “As I hear myself talk, I learn what I believe” ซึ่งเชื่อว่าคำพูดที่ออกมาจากปากของคนพูด ข้อความจูงใจตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับให้พูดข้อความนั้น จะทำให้ผู้รับบริการเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด (Miller, 1995 อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2547) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังใช้หลักการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ โพรชาสกาและไดคลีแมนท์ (Prochaska & Diclemente, 1982) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาและอธิบายรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ.1982 (Miller, 1995; Westermeyer, n.d. อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2547) เนื่องจากสิ่งสำคัญของการบำบัดในเบื้องต้นคือ การที่ผู้บำบัดสามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจอย่างไร เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ขยับไปขั้นต่อไปได้ เพราะลำดับขั้นของแรงจูงใจเริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหา ไปสู่ขั้นลังเลใจ ขั้นตัดสินใจ ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นกระทำต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นวงจร ที่บุคคลสามารถกลับไปสู่ขั้นไม่สนใจปัญหา หรือกลับไปมีปัญหาซ้ำได้

1.6.4 ขั้นติดตามหลังการบำบัดรักษา

เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ แนะนำให้ ความช่วยเหลือ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่หยุดดื่มได้แล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่ง แอลกอฮอล์อีกต่อไป ซึ่งวิธีการติดตามหลังการรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

วิธีโดยตรง วิธีนี้ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ติดแอลกอฮอล์โดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามโดยตรง มีหลายแบบ เช่น นัดผู้ติดแอลกอฮอล์มาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด พบผู้ติดแอลกอฮอล์ที่บ้าน นัดพบกันครึ่งทาง หรือนัดผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ทำงาน

วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ติดแอลกอฮอล์โดยตรง แต่จะติดตามโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ ซึ่งวิธีนี้ค่อนข้างสะดวก

1.7 การพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์

การรักษาพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์จำเป็นต้องประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยซักประวัติรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม การพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายระยะยาว ดังนั้นการที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นการถาวรนั้นเป็นสิ่งที่เกิดได้ไม่ถนัดนัก แต่ถ้าผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีทางออกที่ดีได้ โดยแบ่งระยะการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

1. **การพยาบาลระยะแรก (Early intervention)** เป็นการคัดกรองและให้การพยาบาลในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลทุกคน

เป้าหมาย การให้การพยาบาลในระยะแรก มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการลุกลามต่อไป การพยาบาลระดับนี้สามารถทำได้ในสถานบริการทุกระดับ ประกอบด้วย

การคัดกรองผู้ป่วย (Alcohol screening) เพื่อจำแนกว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระดับใด และค้นหาผู้ที่มีปัญหาให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วิธีการคัดกรองอาจอาศัยการสัมภาษณ์ทางคลินิก การใช้แบบสอบถามซึ่งมีทั้งแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองการดื่มสุราควรจะทำกับผู้ป่วยทุกคนที่มาที่สถานบริการ ณ จุดบริการทางคลินิกจุดแรกที่พบผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้น (Brief Intervention) ตามระดับความเสี่ยงของปัญหาของผู้ป่วย จำแนกโดยการคัดกรอง คือ

1. ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มในระดับความเสี่ยงต่ำ (Non-drinker or low risk drinker) ควรให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (Alcohol education) ร่วมไปกับการดูแลรักษาโรคหลักที่นำผู้ป่วยมาสถานบริการด้วย

2. ผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย (Hazardous or harmful drinker) ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้น (Brief advice/Brief counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยลด-ละ-เลิกดื่มสุรา

และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ซึ่งสามารถทำได้ทันที ณ จุดบริการทางคลินิกที่พบผู้ป่วยรายนั้น

3. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราหรือผู้ป่วยติดสุราแล้วมีโรคร่วม (Alcohol dependence/ Drinker with comorbidity) ควรให้การพยาบาลตามข้อบ่งชี้และควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตนและเข้ารับการบริการที่เหมาะสมต่อไป หรือเพื่อให้ผู้ป่วยลด-ละ-เลิกดื่มสุราและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม สามารถทำได้ทันที ณ จุดบริการนั้น ทั้งนี้เพราะอาจเป็นจุดบริการสุขภาพเดียวที่ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษา

การตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา และให้การช่วยเหลือทั้งในกลุ่มที่ไม่ดื่ม กลุ่มที่เสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง และกลุ่มดื่มแบบอันตราย นี้ ถือเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและป้องกันปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพการดื่มเครื่องดื่มสุรา

2. การพยาบาลระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกายหรือทางจิต (Alcohol Detoxification and Medical/Psychiatric Complication)

การพยาบาลในระยะนี้ มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่างๆ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าให้การพยาบาลล่าช้าและไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยอาจสูญเสียชีวิต ร้อยละ 15-30 เพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หรือจากอุบัติเหตุรุนแรงได้

ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยใน

ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในทุกรายควรได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา หากพบว่ามีปัญหาการดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือแบบอันตราย ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อลด ละ เลิกดื่ม ส่วนในผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราหรือผู้ป่วยที่ทราบว่าติดสุราแต่เข้ามารับการรักษาด้วยอาการทางกาย ควรจะได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่จะเกิดอาการขาดสุรา ควรเฝ้าระวังอาการขาดสุราภายใน 7 วันแรกหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้แบบประเมินอาการขาดสุราภาวะถอนพิษสุรา เช่น AWS หรือ CIWA-AR หากพบว่าเริ่มมีอาการขาดสุราให้การบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสุราหรือตามแผนการรักษาและการรักษาภาวะโรคร่วม การให้การพยาบาลในระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกายหรือทางจิตเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูง จัดเป็นการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute phase) พยาบาลต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด ครอบคลุม แล้วนำผลการประเมินมาวางแผนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การพยาบาลระยะนี้ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ การประเมินอาการด้านร่างกาย การประเมินอาการด้านจิตใจ และการประเมินอาการด้านจิตสังคม

1. การประเมินอาการด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านร่างกายในผู้ป่วยสุรา คือการเกิดโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ได้แก่

1.1 โรคแทรกซ้อนทางกาย (medical complication) ระยะเวลาที่ดำเนินของโรคเป็นช่วงสั้น อาจเกิดในขณะที่ผู้ป่วยเมาสุราอย่างหนักก่อนเข้ามารับการรักษา หรือเกิดขณะมีอาการขาดสุรา โรคกลุ่มนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ทีมที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความสามารถ ให้การดูแลตามแนวเวชปฏิบัติของแต่ละโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

1.2 โรคร่วมทางกาย (medical comorbidity) เป็นภาวะโรคร่วมที่มีมาแต่เดิมของผู้ป่วย ทั้งเกิดจากการดื่มสุราระยะยาว หรือเป็นโรคที่พบร่วมกัน ผู้ป่วยบางรายตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและรักษาต่อเนื่อง แต่บางรายอาจไม่ทราบว่าตนมีปัญหาสุขภาพอยู่ หรือไม่ยอมรับการรักษาโรคร่วมทางกาย ดังกล่าวมักจะกำเริบรุนแรงมากขึ้นเมื่อดื่มสุราหนักหรือระหว่างการรักษาอาการขาดสุรา ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพกายมักสัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่ของสุรา ยิ่งดื่มหนัก ดื่มมานาน ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกายสูงได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จะต้องประเมินด้านร่างกายอย่างละเอียด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันที่

1.3 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดสุรา ปัจจัยเสี่ยงที่ควรคำนึงถึง คือ อายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (> 150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐาน เหล้าขาวมากกว่า ครึ่งขวดต่อวัน ดื่มมานานมากกว่า 5 ปี เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่ง สั่นทั้งตัว มีอาการชักจากการขาดสุรา มีอาการขาดสุราขณะที่ระดับสุราในเลือดยังสูง ดื่มครั้งสุดท้าย 1-2 วันก่อน มีโรคทางกาย ใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง

1.4 ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมิน AWS หรือ CIWA-Ar มีประโยชน์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม และให้การรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ อาการที่พบบ่อยคือ วิตกกังวล กระสับกระส่าย ใจสั่น หวาดกลัว หูแว่ว ประสาทหลอน สับสน เพ้อ และชักได้ ส่วนใหญ่มักจะมีอาการในช่วงเย็นและกลางคืน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรงอาจเกิดอาการตั้งแต่เช้า

2. การประเมินอาการด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจะพบปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ความรุนแรงของอาการทางจิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และเหมาะสมอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ ได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรจะได้รับการประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การประเมินด้านจิตใจ มีดังนี้

2.1 การเสพยาเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา กาว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการทางจิตจะมีความก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าปกติ

2.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการใช้สารเสพติด ปัจจุบันยังมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ

- 2.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
- 2.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.5 ประเมินความรู้สึกผิด ละอายใจ
- 2.6 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย (Multiple stressors/losses)
- 2.7 การประเมินระดับอาการทางจิต เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายคนอื่น อาการหูแว่วประสาทหลอน ระวังกลัวคนจะมาทำร้าย ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง และงุนงง สับสน หลงลืม

3. การประเมินอาการด้านจิตสังคม

- 3.1 ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย
- 3.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการบำบัดรักษา
- 3.3 ประเมินระดับความเชื่อ ทศนคติต่อการใช้สุราของผู้ป่วย
- 3.4 ประเมินระดับของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 3.5 ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ
- 3.6 ประเมินและค้นหาปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน
- 3.7 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาของญาติ และทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย

3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

หลังผ่านพ้นการพยาบาลระยะถอนพิษสุราแล้ว จะต้องให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูมีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแต่ละสถานที่บำบัด

4. การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare)

การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มหรือมีการดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งอาจให้กระบวนการดูแลตนเองหรือการบำบัดเสริมแรงโดยชุมชน บุคลากรสุขภาพอาจเป็นผู้ริเริ่มงานในระดับนี้โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชนหรือญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ขณะที่บางส่วนยังมีอาการหลงเหลือที่ต้องการการติดตามบำบัดดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพอยู่

การวางแผนการดูแลหลังการรักษา

ในการวางแผนการบำบัดดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีลักษณะงานที่จำเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การบำบัดดูแล ได้แก่ การรักษาด้วยยา การจัดการเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การบำบัดทางจิตสังคม รายบุคคลหรือรายกลุ่ม
2. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ฟื้นฟูทักษะทางสังคม การจ้างงาน อาชีพ
3. การสนับสนุนระดับประคอง เช่น การฝึกทักษะและให้ความรู้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน การประสานกับครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน

1.8 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณการดื่มลงในคนที่เคยดื่มหนักมาเป็นระยะเวลาานาน อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายรูปและทั้งภาวะถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ อาการทางจิตและโรคจิตเวชอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ และภาวะเสื่อมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ (องค์การแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552)

การประเมินเพื่อวินิจฉัยปัญหาการดื่มและปัญหาจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์ จะใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical of Mental Disorder: Fourth edition (DSM IV) จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Alcohol use disorder กับ กลุ่ม Alcohol-induced disorder และอ้างอิงรหัสโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก Classification of Diseases, Tenth Revision; ICD-10 มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

ต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้เกินกว่า 3 ข้อขึ้นไป ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1. มีความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีความต้องการบ่อยๆ ที่จะใช้แอลกอฮอล์
2. ควบคุมพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ไม่ค่อยได้ ในเรื่องของการเริ่ม การหยุด และปริมาณของสาร
3. เกิดอาการทางกายเมื่อหยุดหรือลดปริมาณของแอลกอฮอล์ มีการใช้แอลกอฮอล์หรือสารที่มีคุณสมบัติคล้ายกันเพื่อหลีกเลี่ยงอาการขาดแอลกอฮอล์
4. เกิดอาการติดต่อแอลกอฮอล์ โดยต้องใช้ปริมาณมากขึ้นเพื่อให้เกิดผลเท่าเดิม
5. ใช้เวลาส่วนใหญ่หมกมุ่นกับการแสวงหาการเสพ หรือการสร้างจากการใช้สารมากขึ้น
6. ยังคงใช้แอลกอฮอล์ถึงแม้มีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น อันตรายต่อดับ

การประเมินภาวะโรคร่วมและภาวะทางกายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ความเสี่ยงต่อภาวะทางกายแยกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนทางกาย (Medical Complication) คือ ภาวะที่เกิดเป็นผลตามมาจากการใช้แอลกอฮอล์โดยตรงเป็นจำนวนมากส่งผลรุนแรงต่อร่างกาย โดยอาจทำให้ทุพพลภาพหรือ

ถึงแก่ชีวิตหากแก้ไขไม่ทัน ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเมาสุรา และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรา

2. ภาวะโรคร่วมทางกาย (Medication Comorbid) คือ ภาวะซึ่งเกิดร่วมกันเนื่องจากการดื่ม อาจเป็นการเกิดแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น malnutrition, liver cirrhosis

ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่ของ แอลกอฮอล์ ยิ่งดื่มหนัก ดื่มมานาน ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกายสูงในนี้ จะแยกภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเร่งด่วนที่จะต้องจัดการเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency) หมายความว่า ภาวะทางกายที่เกิดขึ้น เมื่อพบแล้ว จำเป็นต้องรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ปรึกษาแพทย์และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามสาขาเพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วน

2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency) หมายความว่า ภาวะทางกายที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้และทำการรักษาได้ในสถานพยาบาลนั้นๆ ในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าให้การช่วยเหลือตามภาวะสาเหตุแล้ว ผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาส่งต่อเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญอย่างรวดเร็ว

3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgency) หมายถึง ภาวะทางกายที่เกิดขึ้น ควรให้การรักษาเบื้องต้นตามสมควร และเมื่อการทางจิตและการบำบัดเรื่องสุราดีขึ้น จึงรักษาหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

การประเมินผู้ติดแอลกอฮอล์ จะซักประวัติให้ครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

- ชนิดของแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้
- ความถี่ของการใช้ ปริมาณที่ดื่มต่อวัน
- เวลาและปริมาณที่ดื่มครั้งสุดท้าย
- ประวัติการเกิด Blackouts
- ประวัติของการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์โรคที่สำคัญที่สุดถึง

โอกาสที่จะเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ในครั้งต่อมา

- ประวัติโรคทางกายต่างๆ และประวัติการชัก
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นก่อนรับไว้รักษา ได้แก่ CBC, SGOT/SGPT,

Alkaline phosphatase, Electrolyte

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ CBC, UA, BUN,

Cr, Electrolyte ฯลฯ

ขั้นตอนการดูแลรักษา

1. ประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ อาการขาดแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการและความรุนแรงต่างๆ กัน เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน หลังจากการลด หรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหัน ซึ่งมีอาการดังนี้ คือ เหงื่อออก ซึ่พจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือความดันโลหิตสูงขึ้น มือสั่น ตัวสั่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวาย วิตกกังวล เห็นภาพหลอน หูแว่ว หรือมีอาการหลงผิด บางรายอาจมีอาการชักเกร็ง

2. พิจารณาให้การบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจาก

2.1 เริ่มมีอาการขาดแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยประเมินจากเครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา

2.2 มีโรคจิตเวชหรือโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งต้องการการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การชักโรคตับ

2.3 มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วยและมีอาการถอนพิษจากสารเสพติดหลายชนิด

2.4 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้

2.5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.6 ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้

2.7 เคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล

2.8 ไม่มีญาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3. รักษาภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย 4S ดังนี้

3.1 Sedation โดยการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา และทำให้ผู้ป่วยสงบ โดยทั่วไปใช้ diazepam ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำงานของตับหรือผู้สูงอายุควรพิจารณาใช้ยา lorazepam

3.2 Symptomatic relief เป็นการให้ยาตามอาการเพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น antacid, metoclopramide

3.3 Supplement เป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น thiamine, folate

3.4 Supportive environment โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย เช่น สงบ ปลอดภัย อาการถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย ให้คำปรึกษาโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดแอลกอฮอล์ ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยาก

2.1 ความหมายของความอยาก

Webster's New Universal Unabridged Dictionary (1996) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความต้องการอย่างสิ่งๆนั้นอย่างแรงกล้า

จำลอง ดิษยวณิช (2541) ได้อธิบายความอยากไว้ว่า เป็นความปรารถนา ความพึงพอใจต่อสิ่งใดๆ แล้วไม่ได้ดังที่ตั้งใจไว้จะเกิด “ความอยาก” เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ความอยาก หมายถึง ความปรารถนา หรือความต้องการต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแรงกล้า

2.2 ความหมายของความอยากแอลกอฮอล์

ทิพาวดี เอมะวรรณะ (2547) ได้อธิบายความอยากแอลกอฮอล์และยาเสพติดไว้ว่า ความอยากเป็นหัวใจสำคัญของพฤติกรรมติดยาและอาการติดยา การที่บุคคลนั้นเสพยาหรือสารนั้นเข้าไปจนเคยชินหรือติดแล้ว จะทำให้มีอาการอยากยาเกิดขึ้นทันทีที่สารเสพติดนั้นหมดไป คำว่า “ยา” ในที่นี้หมายถึง สารเสพติดหรือยาเสพติด ซึ่งรวมตั้งแต่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ไปจนถึงสิ่งสารเสพติดที่เป็นผลร้ายแรงต่อคน

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ได้อธิบายความหมายของความอยากแอลกอฮอล์ว่าเป็นอาการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถทนใจแข็งในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เชื่อว่าถ้าได้ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้หายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด

Malatt (1987) ได้อธิบายความอยากของผู้ติดแอลกอฮอล์ ว่า ความอยากจะถูกกระตุ้นจากการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของแอลกอฮอล์ทั้งทางบวกและลบ

Tiffany (1999) ได้อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า เกิดจากพื้นฐานกระบวนการทางความคิดโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการคิดของบุคคลต่อความคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกจากการดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้สถานการณ์หรือประสบการณ์เดิม แล้วเกิดความคิดอัตโนมัติให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น

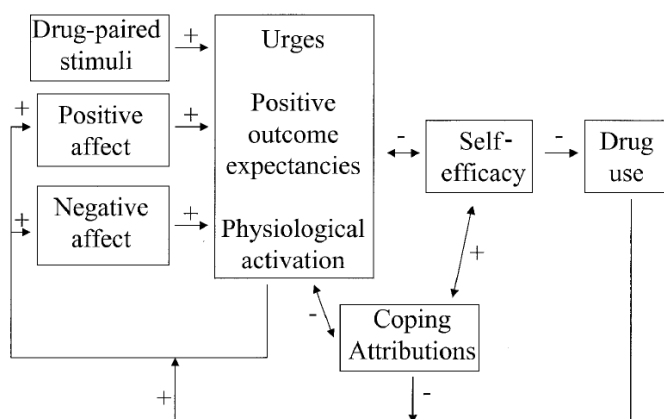
สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความต้องการที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคล โดยมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากและการคาดหวังถึงผลลัพธ์จากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากการขาดแอลกอฮอล์

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีนักวิจัยหลายคนอธิบายไว้ ดังต่อไปนี้

ดรัมมอนด์และคณะได้เสนอ Cue-reactivity model (Drummond et al., 2000) โดยอธิบายความอยากแอลกอฮอล์ ว่ามาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นบางอย่างทำให้เกิดการตอบสนองโดยอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือน้ำลายไหล ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาสิ่งกระตุ้นและหาวิธีจัดการกับสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นเพื่อหยุดพฤติกรรมกรรมการดื่ม

เนียยูรา (Niura, 2000) ได้พัฒนา Dynamic regulatory model มาอธิบายความอยากแอลกอฮอล์นั้นเป็นกระบวนการที่เกิดร่วมกันของการตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้นร่วมกับความคาดหวังต่อผลที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยสิ่งกระตุ้นประกอบด้วย คน สถานที่ สิ่งของและช่วงเวลา สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้น เช่น เมื่อพบหน้าเพื่อนที่เคยร่วมดื่มประจำในช่วงเวลาหลังเลิกงาน จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นมาได้ โดยอาจมีอาการอยากทางร่างกาย เช่น น้ำลายไหล ใจเต้นแรง ร่วมด้วยเป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นความอยากดื่มได้ เช่น ประสบการณ์ที่ได้รับทางบวกจากการดื่ม ความรู้สึกสุขสบาย สนุกครึกครื้น หรือประสบการณ์ทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เช่น การเกิดภาวะถอนพิษ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นต้น กระบวนการดังกล่าวจะนำมาสู่ความสามารถในการเผชิญความอยากของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากพอก็จะสามารถหยุดการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ในทางตรงกันข้ามหากความอยากมีมากกว่าความสามารถในการจัดการและความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการได้ก็จะนำมาสู่การดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 Dynamic regulatory model of cue-reactivity (Niura, 2000)

Skinner & Aubin (2010) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดความอยากดื่มแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานการวางเงื่อนไข (Conditioning-based model)

เป็นการอธิบายความอยากตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข ซึ่งพิจารณารูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ว่าความอยากเป็นสิ่งสำคัญเพราะนักทฤษฎีกลุ่มนี้ตั้งสมมติฐานว่าความอยากเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดจากการขาดแอลกอฮอล์และขณะเดียวกันก็เป็นเหมือนตัวให้รางวัลโดยแบ่งเป็นแนวคิดย่อย 4 แนวคิด ดังนี้

1.1 Withdrawal model อธิบายถึงบุคคลที่ค้นหาการบริโภคมาเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อยู่ในสถานการณ์ที่แย่เพื่อลดความไม่สุขสบายจากการอาการถอน ความปรารถนาเกิดขึ้นโดยตรงจากประสบการณ์ในการถอนแอลกอฮอล์และเป็นจุดเริ่มของผลจากการขาดยาซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องซึ่งกลายมาเป็นเงื่อนไขของตัวกระตุ้น (Wikler, 1980; O'Brien et al., 1981) นอกจากนี้ Drummond (1990) ได้อธิบายถึงประสบการณ์ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการถอนยา หลังจากที่ตั้งมหนักเป็นประจำซึ่งคือกลิ่นของแอลกอฮอล์ (conditioned stimuli) ซึ่งเกิดจากแอลกอฮอล์ลดลงในกระแสเลือด ระหว่างที่หยุดดื่มและต่อมา Drummond (2000) ได้เสนอสาเหตุของความอยากที่โดดเด่นสองสาเหตุ คือ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยาก กับอาการถอนซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดความอยาก

1.2 Compensatory response model แนวคิดนี้อธิบายความอยากว่า ความอยากเกิดขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สุขสบายจากการที่ต้องอดทนกับบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งการที่ต้องอดทนกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกไม่ชอบจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยาก (Baker et al., 1986 cited in Skinner and Aubin, 2010)

1.3 Opponent-process Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดสารเสพติดว่า ความอยากเกิดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้มีการใช้ยาพอกๆกับเพื่อบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายจากความอยากและอาการถอนพิษยา โดยมีตัวกระตุ้นจากอาการถอนพิษยา (Solomon and Corbit, 1974 cited in Skinner and Aubin, 2010)

1.4 Incentive Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยให้ความสำคัญกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นความอยากจึงเป็นภาวะที่เกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง ซึ่งสิ่งทำให้เกิดความอยาก คือ ตัวกระตุ้นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาแบบวางเงื่อนไข โดยมีสมมติฐานว่าการติดสารเสพติดทำให้เกิดแรงเสริมทางบวก เนื่องจากผลของการหลั่งสารสื่อประสาท Dopamine ทำให้ผู้เสพเกิดความพึงพอใจต่อการบริโภค (Stewart et al., 1984 cited in Skinner and Aubin, 2010)

2. แนวคิดทางพุทธิปัญญา (Cognitive Models)

แนวคิดนี้อธิบายความอยากว่า เป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูล โดยเกิดจากแรงขับหรือความคิดอัตโนมัติ เช่น ความคาดหวัง สมรรถนะแห่งตน และการเลียนแบบ (Tiffany, 1999) แบ่งเป็นแนวคิดย่อยๆ ดังนี้

2.1 Outcome expectancy model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ติดแอลกอฮอล์ว่า การกระตุ้นด้วยแอลกอฮอล์จะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของแอลกอฮอล์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความอยาก และความต้องการ โดยความอยากจะถูกกระตุ้นจากการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยจะกระตุ้นให้เกิดความหวังทางด้านบวกหรือบรรเทาอาการขาดแอลกอฮอล์ (Marlatt, 1987)

2.2 Cognitive Processing Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดบุหรี่และแอลกอฮอล์ ว่าความอยากเป็นความคาดหวังจากการตอบสนองทางคำพูด รวมทั้งการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ความต้องการที่จะหยุดเสพหรือไม่สามารถหาสารเสพติดได้ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยาก ซึ่งมีสมมติฐานว่าความอยากไม่ได้เป็นแรงขับที่ทำให้เกิดการใช้ยาและไม่ใช้สิ่งจำเป็นสำหรับการใช้นั้นคือ ความอยากเกิดขึ้นได้โดยที่ไม่มีมีการใช้ยา และการใช้ยาสามารถมีได้แม้จะไม่เกิดความอยาก (Tiffany, 1999) แนวคิดนี้มองว่า การที่บุคคลเขาสู่วงจรการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้นที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างหรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตัวกระตุ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐานและการทำงานของความคิดอัตโนมัติของบุคคลนั้น ความอยากและความต้องการแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์เป็นผลมาจากกระบวนการคิดของบุคคลที่มีต่อตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ความเครียด ความขัดแย้ง ความรู้สึกหิว ความเหนื่อย ส่วนตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์งานเลี้ยง โดยผลของการประมาณค่าตัวกระตุ้นเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อพื้นฐาน เช่น เชื่อว่าบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วทำให้หายเหนื่อย หายเครียด หายกังวล ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นผลจากความคิดอัตโนมัติ ต่อจากนั้นความอยากและความต้องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดขึ้นตามมา (Liese and Franz, 1996 cited in Skinner and Aubin, 2010)

3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตชีววิทยา (Psychological Models)

แนวคิดนี้อธิบายความอยากด้วยปัจจัยทางชีววิทยาที่เน้นเรื่องของแรงจูงใจ โดยมีแนวคิดทางจิตวิทยาเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีแนวคิดในกลุ่มนี้ ดังนี้

3.1 Three-pathway Psychobiological Model แนวคิดนี้อธิบายถึงความอยาก ในผู้ติดสารเสพติดแอลกอฮอล์ไว้ว่า บุคลิกภาพ ชนิดของแรงจูงใจ ที่มีต่อการใช้สารเสพติดและความ

แตกต่างของสารสื่อประสาทในแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดความอยากยา ตัวอย่างของความอยากตามแนวคิดนี้ได้แก่ ความอยากได้รางวัล ความอยากในการบรรเทา ความอยากซึ่งถูกครอบงำจิตใจ ซึ่งจะถูกระตุ้นโดยความต้องการในผลลัพธ์ทางด้านบวกของสารเสพติด ความต้องการการบรรเทาอาการ (Verheul, 1999 cited in Skinner and Aubin, 2010)

3.2 Incentive-sensitization Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ติดแอลกอฮอล์ว่า การใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาวจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของระบบประสาทในตัวบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และอาจเกิดขึ้นอย่างถาวร ดังนั้น เมื่อหยุดการดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดความอยากขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับความสมดุลของสมองซึ่งมีตัวกระตุ้นคือ ความไม่สมดุลของสมองจากการหยุดการใช้สารเสพติดก่อนหน้านี้ ตามด้วยอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ และผลของความเครียดที่มีต่อความทรงจำที่แสดงออกทางระบบประสาทที่ควบคุมความอยาก (Robinson and Berridge, 1993 cited in Skinner and Aubin, 2010)

3.3 Neuro-anatomical Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ว่า ระดับของความอยากจะเป็นมาจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างความทรงจำและโครงสร้างของสมอง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยความทรงจำ ตัวกระตุ้นคือ แอลกอฮอล์ที่รับเข้าไปและหรืออารมณ์รุนแรง (Anton, 1995 cited in Skinner and Aubin, 2010)

4. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ (Motivational Model)

แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากสมมติฐานที่ว่าความอยาก คือ องค์ประกอบของโครงสร้างที่สำคัญของการตัดสินใจ แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ติดแอลกอฮอล์ว่า แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์อาจจะเป็นได้ทั้งการคิดถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พอๆ กับเป็นแรงขับของความต้องการหรือสิ่งเร้าที่มีต่อการดื่มและขึ้นอยู่กับระดับแรงจูงใจที่มากระตุ้น (Cox, 1988 cited in Skinner and Aubin, 2010)

จากการทบทวนองค์ความรู้ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่านักวิชาการและนักวิจัยให้ความสำคัญในการพัฒนาแนวคิดเพื่อทำความเข้าใจความอยากดื่มที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่นำมาสู่ความอยากดื่มและนำไปสู่การพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้สรุปไว้โดย มอนติและคณะ (Monti et al., 2000) ว่าประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เพิ่มแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ประสบการณ์ทางบวกจากการดื่ม ภาวะอารมณ์ทางลบและสภาวะทางร่างกายที่ต้องแอลกอฮอล์ 2) ปัจจัยที่ลดความตระหนักต่ออันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่ม ความคิดความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ 3) ปัจจัยที่ลดประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของบุคคล เช่น การขาดทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

การวิเคราะห์ปัจจัยที่กระตุ้นความอยากอย่างเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการควบคุมความอยากและนำมาซึ่งการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุป ปัจจัยหลักของความอยากดื่มแอลกอฮอล์เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่ความอยากดื่ม ผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความทุกข์ทรมานจากภาวะขาดแอลกอฮอล์นำไปสู่การเกิดความอยากดื่ม และผลทางบวกจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ผู้ดื่ม

2.4 การบำบัดรักษาที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ พบการศึกษาของ Suktrakul (2009) ที่นำแนวคิดของโอเรียมมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าให้ผลการทดลองที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ มีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลนี้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 2001) ที่อธิบายถึงการดูแลตนเอง (self-care) ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเป็นผู้กระทำเพื่อประโยชน์ของตนในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิตและความผาสุก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีวัตถุประสงค์ของการดูแลตนเองมาจาก ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ทำให้เกิดความต้องการการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความสามารถเหล่านี้เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้การกระทำที่ตั้งใจควบคุมการทำหน้าที่และฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับสู่ภาวะปกติให้ได้มากที่สุด

ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นบุคคลที่มีความต้องการความสามารถในการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง สาเหตุหลักที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการลดปริมาณการดื่มคือ การขาดความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิดความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม โดยมีทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนง รวมถึงกลุ่มเพื่อนร่วมดื่ม สถานที่ดื่มประจำ อุปกรณ์ที่เคยใช้ดื่ม หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ได้แก่ การฉลอง เทศกาล ได้รับเงินในโอกาสต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม ซึ่งได้แก่ อาการทางร่างกายที่เกิดจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ (withdrawal symptom) รวมถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อเกิดอาการเหล่านั้น หรือประสบการณ์ที่ได้รับจากผลทางบวกภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดื่มแล้วช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดสภาวะอารมณ์ที่กดดัน หรือดื่มแล้วช่วยเพิ่มความสนุกสนาน การกล้าแสดงออก เป็นต้น ผู้ติดแอลกอฮอล์จึงต้องเพิ่มความสามารถที่จะจัดการ

กับปัจจัยเกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อควบคุมความอยากตีมนำไปสู่ความสามารถที่จะลดปริมาณการตีมน แอลกอฮอล์ได้นั่นเอง

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อควบคุมความอยากตีมนแอลกอฮอล์นี้จึงมุ่งเน้นให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความตระหนักและเข้าใจว่าความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่จะทำให้ลดปริมาณการตีมนได้นั้นคือ ความต้องการการเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากตีมน ผู้ติดแอลกอฮอล์กับพยาบาลต้องร่วมมือกันในการแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากตีมนที่เหมาะสม โดยภายหลังจากพยาบาลให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางและให้การสนับสนุนการควบคุมความอยากตีมนเพื่อลดปริมาณการตีมน ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถนำแนวทางการควบคุมความอยากตีมนไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากตีมนที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การลดปริมาณการตีมนได้ในสถานการณ์จริง ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยการปฏิบัติกรพยาบาล 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

ครั้งที่ 1 การจัดการกับสิ่งกระตุ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากตีมนและพฤติกรรมการตีมนของตนเอง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากตีมน และเพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากตีมนของตนเอง นอกจากนี้ยังให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ชี้แนะและให้การสนับสนุนการวางแผนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่เหมาะสมกับตัวผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 2 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการตีมน; การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการตีมนแอลกอฮอล์ และให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับผลกระทบทางลบที่อาจเกิดจากการลดปริมาณการตีมนแอลกอฮอล์ โดยเกิดความตระหนักว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความอยากตีมนจากการกลัวผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการตีมนคือ การเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้ความรู้ชี้แนะแนวทางการเพิ่มความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมถึงให้การสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์อีกด้วย

ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการตีมน; ทักษะการปฏิเสธ และการจัดการกับความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการปฏิเสธการตีมนแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องกังวลหรือกลัวกับการต้องสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคล

ที่ชักชวนหรือบุคคลที่เคยดื่มด้วย ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มที่ผ่านมานอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่อาจเป็นผลทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เนื่องจากการดื่มสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ในระยะเวลาหนึ่ง การเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์; การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการหยุดดื่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้แก่ ความผ่อนคลาย ความสนุกสนาน และความกล้าแสดงออก ซึ่งการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และเพิ่มเทคนิคการหยุดดื่มได้สำเร็จ เป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

กิจกรรมครั้งนี้ยังรวมถึงการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่โปรแกรมการพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนทักษะการดูแลตนเองและแนวทางการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันภายหลังจบกิจกรรม สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง และนัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาที รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง

การสนับสนุนการดูแลตนเอง (ทางโทรศัพท์) เป็นกิจกรรมการสนับสนุนการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการนำความรู้ คำชี้แนะและให้การสนับสนุนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น และให้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมความอยากดื่มให้เหมาะสมเพื่อการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้จริง โดยการติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ติดแอลกอฮอล์สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8 หลังจำหน่ายจากสถานบำบัด

การติดตามประเมินผล นัดพบผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และติดตามประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจบกิจกรรม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักดูแลตนเองส่วนผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการอาจต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากการดูแลตนเองแล้วโอเร็มได้กล่าวถึง การดูแลบุคคลอื่นว่า หมายถึง การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent member) (Orem, 2001) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความรู้เกี่ยวเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยกับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจลงมือกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง

เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอเร็มเรียกว่า บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care-deficit) หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent-care-deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care-deficit) คือการที่บุคคลหรือผู้รับผิดชอบที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพามีความสามารถไม่เพียงพอ ในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคตพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการที่จะเข้าใจแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองได้จึงจำเป็นต้องเข้าใจ

แนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) มี 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น มีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับเขยื้อนและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เกิดจากการกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาการและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทาสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดจากความพิการตั้งแต่กำเนิด หรือโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งบุคคลต้องรู้จักผสมผสานความต้องการดูแลตนเองเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components: enabling capabilities for self – care) เป็นเหมือนตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำเป็น ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1) อายุ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่ผ่านมา การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (Orem, 2001) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกายและจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้อย่างมั่นคงและพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข)

2) เพศ ในแนวคิดของ (Orem, 2001) เพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ในสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระและด้านค่านิยมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองและการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจอาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้

3) สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองทำได้อย่างอิสระเมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทำด้วยตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรส ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และในส่วนของให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข)

4) อาชีพ มีผลต่อการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข)

5) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

6) การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจและเสนอแนะซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข) แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

7) รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีรายได้สถานภาพทางสังคมสูง อาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง (Orem, 2001) และรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต

3.3 การดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์

การใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (2001) ช่วยให้ผู้วิจัยทราบแนวทางในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ (self-care agency) ซึ่งผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องมีความสามารถจำเป็นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) และมีพลังอำนาจในตัวเอง (a set of power components) เพื่อนำไปสู่การมีความสามารถในการกระทำดูแลตนเอง (self-care operational capabilities) และเกิดการกระทำดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป (self-care action) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีความสามารถจำเป็นพื้นฐานโดยอยู่ในวัยที่มีพัฒนาการเติบโตเต็มที่ มีความพร้อมในการเรียนรู้กระบวนการดูแลตนเอง มีความสามารถที่จะเรียนรู้ และเป็นผู้ที่มีเป้าหมายที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับพลังอำนาจที่เป็นพื้นฐานของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถทำการดูแลตนเองในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จนั้นประกอบด้วย 1) ความสามารถที่จะประเมินและเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มของตนเอง 2) ความสามารถในการเฝ้าระวังและดูแลตนเองเมื่อเกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น ภาวะขาดแอลกอฮอล์หรือการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ 3) ความสามารถที่จะควบคุมร่างกายตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม 4) มีความตระหนักและเข้าใจผลกระทบทางลบหากยังดื่มต่อไปที่มีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม นำมาเป็นการรอบอ้าองการกระทำดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มนำไปสู่การลดปริมาณการดื่มและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น 6) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความอยากดื่มของตนเองที่เหมาะสม 7) ความสามารถที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของตนเอง 8) ความสามารถในการทบทวนการปฏิบัติของตนเองในอดีตเปรียบเทียบกับความรู้และคำชี้แนะที่ได้รับ 9) ความสามารถในการนำความรู้และคำชี้แนะที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตจริง 10) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง และเลือกปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับตนเองต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการมีความสามารถในการกระทำดูแลตนเองนั้น (self-care operational capabilities) มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) ความสามารถของบุคคลในการที่จะบอกได้ว่าความจำเป็นในการดูแลตนเองของตนเองคืออะไร และวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้นคืออะไร (Estimative operation) ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความตระหนักและเข้าใจว่าความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่ทำให้ลดปริมาณการดื่มได้นั้นคือ ต้องการการเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่ม แสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ 2) ความสามารถของบุคคลในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Transitional operation) โดยการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางและให้การสนับสนุนการควบคุมความ

อยากดื่มเพื่อลดปริมาณการดื่ม และผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเอง 3) ความสามารถในการลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Production operation) โดยผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถนำแนวทางการควบคุมความอยากดื่มไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความอยากดื่มที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การลดปริมาณการดื่มได้จริง

สำหรับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเปรียบเสมือนผู้ให้การดูแลและสนับสนุนบุคคลที่ต้องการการพึ่งพิงคือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่พร่องความสามารถในการดูแลพฤติกรรมของตนเอง จึงมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การให้ร่วมมือและสนับสนุนการแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม 2) ให้การสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ 3) ให้การสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน

3.4 ระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system)

ในระบบนี้ผู้ป่วยมีบทบาทในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ส่วนพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและพอเพียง โดยพยาบาลต้องสอนให้ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเองด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อนั้นพยาบาลจะต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ โอลิเวียจึงเรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์ช่วยเหลือ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมีหลายวิธี ซึ่งโอลิเวีย (2001) กล่าวว่ามีอย่างน้อย 5 วิธี คือ

1. การทำแทนหรือการทำให้ (acting for/doing for another) วิธีนี้เป็นวิธีที่พยาบาลใช้กันมาก แต่โอลิเวียได้เตือนไว้ว่า วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดจากการกระทำภายในของบุคคล เช่น การควบคุมพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น

2. การชี้แนะ (guiding and directing) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ผู้ต้องการความช่วยเหลือต้องตัดสินใจเลือก หรือต้องกระทำกิจกรรมบางอย่างภายใต้การชี้แนะแนวทางหรือการนิเทศของผู้อื่น วิธีการช่วยเหลือนี้เหมาะที่จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่าเมื่อบุคคลได้รับการจูงใจแล้วจะสามารถกระทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เช่น มารดาที่ต้องให้นมบุตรคนแรกสามารถให้นมบุตรได้ถูกต้องเมื่อได้รับการชี้แนะจากพยาบาล เป็นต้น

3. การสนับสนุนผู้อื่น (supporting another) การช่วยเหลือวิธีนี้เหมาะกับกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือเผชิญกับความเจ็บปวดและบุคคลนั้นต้องสามารถควบคุมหรือกำหนดทิศทางของการกระทำของตนเองได้เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการให้กำลังใจผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือให้ริเริ่มหรือพยายามกระทำบางสิ่งบางอย่าง คิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือตัดสินใจ

4. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (providing & maintaining an environment that supportive personal development) เป็นการจัดหาสิ่งแวดล้อมที่สามารถจูงใจให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

5. การสอน (teaching) เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับการสอนเพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะ ในกรณีพยาบาลจำเป็นต้องทราบเป็นอย่างดีว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องทราบอะไรบ้าง

จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้ คือ

จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมหลังเข้ารับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Netthong Taya (2004) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ มารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาและผลลัพธ์สุขภาพทารก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Somtawin Sirireung (2005) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ ระยะยาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การนำโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของเรียม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ติดแอลกอฮอล์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 2 ระยะ 6 ครั้ง ดำเนินการวันเว้นวันนาน 60-90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น เป็นการให้ความรู้เรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางการจัดการกับสิ่งกระตุ้น แล้ววิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้การชี้แนะแนวทางการจัดการกับสิ่งกระตุ้น และการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางการช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมแก่สมาชิกในครอบครัว

ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ การชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะขาดแอลกอฮอล์และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) โดยการวิเคราะห์ประสบการณ์การปฏิเสธและการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหานำไปสู่ความอยากดื่มและพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ให้ข้อมูลหลักการปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด และชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิเสธและการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม

ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ) โดยการวิเคราะห์ประสบการณ์การควบคุมอารมณ์ที่เป็นปัญหานำไปสู่ความอยากดื่มและพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ให้ข้อมูลหลักการควบคุม

อารมณ์และชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม

ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการสนับสนุนการนำความรู้และแนวทางการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้ผู้ติดแอลกอฮอล์นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (ผู้ติดแอลกอฮอล์) วิเคราะห์ปัญหาการดูแลตัวเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางที่สมาชิกในครอบครัวจะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่มได้ (ครอบครัว)

ระยะที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองโดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการชี้แนะและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มในสถานการณ์จริงร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Suktrakul Sunisa (2009) ศึกษาเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มควบคุมเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การตรวจสอบและการสะท้อนกลับเพื่อการตัดสินใจ (กิจกรรม 5 ครั้ง) และการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ 6 ครั้ง) ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยของการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Pratumma Rithpho and callegue (2012) ศึกษา การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ที่ไม่เปิดเผยตนเองที่อาศัยอยู่กับผู้ติดชื้อเฮโรอีนในประเทศไทย โดยใช้แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถการดูแล ความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

อัจฉราพร นัตสาสาร (2548) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive study)เพื่อศึกษาลักษณะของการเสพสุราของผู้เสพติดสุราซ้ำและเพื่อศึกษาสาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่แล้ว ได้แก่ สาเหตุส่วนบุคคล สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์

บำบัดรักษาเยสพติด เชียงใหม่ และกลับเข้ามารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำโดยรวมทุกด้านมีความชัดเจนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สาเหตุส่วนบุคคล ได้แก่ อาการอยากแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่มีความชัดเจนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 42.2

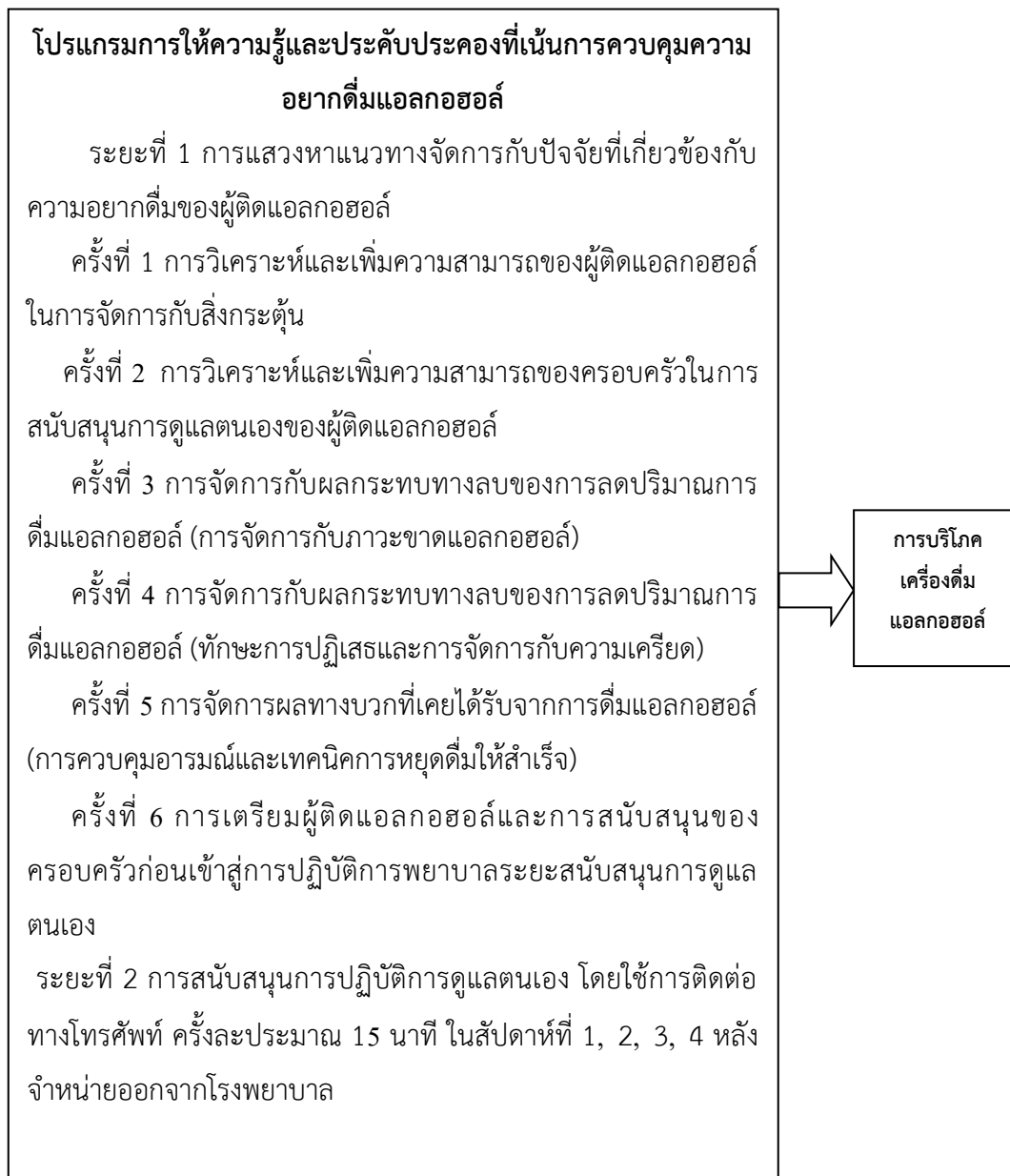
Arlene E. & Marjorie Isenberg. (1996) ศึกษาผลของการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีของโอเรอิมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีประสิทธิผลสามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมไขมันในร่างกายได้

Piamjariyakul U., et. (2012) ศึกษาความเป็นไปได้ของการสอนแนะทางโทรศัพท์ต่อการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวที่บ้านให้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 10 คน โดยวัดผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า การสอนแนะโดยติดต่อทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพ

นิภาพร ประจัญบาน (2550) ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วันทนีย ดวงแก้ว (2554) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับโปรแกรมมีอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004 อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง ที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ตัวแปรตาม คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- O₂ หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- X หมายถึง โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- O₃ หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (Alcohol dependence: F 10.2)

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)(Alcohol dependence: F 10.2) ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน
2. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)(Alcohol dependence: F 10.2) ที่มีคะแนน AWS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 20-60 ปี
3. ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคทางกายรุนแรง หรือเป็นโรคทางด้านสมอง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเรียนรู้
4. ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวสามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้
5. ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถร่วมบำบัดจนครบกำหนด
6. ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และครอบครัวยินยอมให้ติดต่อทางโทรศัพท์ระหว่างการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

- ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และครอบครัวเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการทดลอง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2001) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้ศึกษาได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ ตาม (DSM IV) ที่โรงพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์จากจิตแพทย์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Random Sampling) โดยจับสลากแบบใส่คืน (Sampling with Replacement) เพื่อหากกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน โดยให้ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์จับฉลาก เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน โดยสลับกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยาก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับสลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดแอลกอฮอล์แบ่งตาม เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้ (บาท)	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้ (บาท)
1	ช	ปริญญาตรี	5,001-10,000	ช	ปริญญาตรี	5,001-10,000
2	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000
3	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	5,001-10,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	5,001-10,000
4	ช	ปริญญาตรี	10,001-15,000	ช	ปริญญาตรี	10,001-15,000
5	ช	ประถมศึกษา	0-5,000	ช	ประถมศึกษา	0-5,000
6	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000
7	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000
8	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000
9	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	10,001-15,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	10,001-15,000
10	ช	ปริญญาตรี	>25,000	ช	ปริญญาตรี	>25,000
11	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000
12	ช	อนุปริญญาตรี	10,001-15,000	ช	อนุปริญญาตรี	10,001-15,000
13	ช	ปริญญาตรี	20,001-25,000	ช	ปริญญาตรี	20,001-25,000
14	ช	อนุปริญญาตรี	10,001-15,000	ช	อนุปริญญาตรี	10,001-15,000
15	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000
16	ช	อนุปริญญาตรี	5,001-10,000	ช	อนุปริญญาตรี	5,001-10,000
17	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000	ช	ประถมศึกษา	5,001-10,000
18	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	15,001-20,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	15,001-20,000
19	ช	มัธยมศึกษาตอน ปลาย	5,001-10,000	ช	มัธยมศึกษาตอน ปลาย	5,001-10,000
20	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000	ช	มัธยมศึกษาตอนต้น	0-5,000

จากตารางที่ 1 ผู้ติดแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมด มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 7 คน มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 มากที่สุด จำนวน 8 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะ ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างอิสระ ผู้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในวันที่ 25 เมษายน 2557

2. หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยประเมินผลการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ ปรึกษาประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน โดยชักชวนและเปิดโอกาสให้ เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และปรึกษาประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และ จัดคู่มือ รวมทั้งอธิบายลำดับขั้นตอน และวิธีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรึกษาประคองที่เน้น การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ให้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเหมือนกับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และปรึกษาประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้และปรึกษาประคองที่เน้นการ ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak & Latham (1995) ที่นำมาพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa (2009) และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรม ของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ที่สร้างขึ้นโดย ญาดา จินประชา (2550)
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดแอลกอฮอล์ แบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (The Alcohol Consumption Assessment: ACA) พัฒนาโดย Sunisa Suktrakul (2009) โดยมี รายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ของ Sunisa Suktrakul (2009) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีโอเร็ม จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ และการเสพติดแอลกอฮอล์ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์

1.2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยประยุกต์จากโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของ Sunisa Suktrakul (2009) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง โดยโปรแกรมมี 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพินิจพิจารณาและตัดสินใจ มี 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมวันละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 6 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว โดยการติดตามทางโทรศัพท์หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว จำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ประกอบการปฏิบัติกรพยาบาล 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น เป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มของตนเอง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่ม และเพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองนอกจากนี้ยังให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ชี้แนะและให้การสนับสนุนการวางแผนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่เหมาะสมกับตัวผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ต้องการการพึ่งพา โดยการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่มและเพื่อให้ครอบครัวได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนในการสนับสนุนผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่ม นอกจากนี้ยังให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ชี้แนะและให้การสนับสนุนครอบครัวในการวางแผนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยลดสิ่งกระตุ้นเมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่บ้านที่เหมาะสมกับผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์) เป็นการทบทวนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับผลกระทบทางลบที่อาจเกิดจากการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเกิดความตระหนักว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความอยากดื่มจากการกลัวผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่ม คือ การเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้ความรู้ชี้แนะแนวทางการเพิ่มความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมถึงให้การสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์อีกด้วย

ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (ทักษะการปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องกังวลหรือกลัวกับการต้องสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลที่ชักชวนหรือบุคคลที่เคยดื่มด้วย ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่อาจเป็นผลทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เนื่องจากการดื่มสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ในระยะเวลาหนึ่ง การเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการหยุดดื่ม) เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้แก่ ความผ่อนคลาย ความสนุกสนาน และความกล้าแสดงออก ซึ่งการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และเพิ่มเทคนิคการหยุดดื่มได้สำเร็จเป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลตนเอง แนวทางการนำทักษะไปใช้จริงในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจและสนับสนุนในการกระทำการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริงและนัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 15 นาที รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง

การสนับสนุนการดูแลตนเอง (ทางโทรศัพท์) เป็นกิจกรรมการสนับสนุนการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการนำความรู้ คำชี้แนะและให้การสนับสนุนการลงมือ

ปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น และให้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมความอยากดื่มให้เหมาะสม เพื่อการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้จริง รวมถึงการประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้จริงโดยการติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ติดแอลกอฮอล์ และครอบครัว สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1. แผนกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 2. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ และ 3. คู่มือการสนับสนุนการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา และนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการใช้ภาษารูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับ ดังนี้

1. ให้ปรับแก้เนื้อหาในใบความรู้ของกิจกรรมครั้งที่ 2 ในกระบวนการพยาบาลขั้นตอนการสนับสนุนแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ปรับแก้เนื้อหาเรื่องการขาดแอลกอฮอล์ และอาการชักจากการขาดแอลกอฮอล์มารวมในหัวข้อเดียว และปรับเนื้อหาให้กระชับยิ่งขึ้น
2. ปรับเพิ่มเวลาในกิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการสนับสนุนการจัดการกับผลกระทบของการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธและการจัดการกับความเครียดโดยครอบครัว ในกระบวนการพยาบาลข้อที่ 3 การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์จาก 5 นาทีเป็น 10 นาที

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ จนครบ 2 ระยะ เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษาความเข้าใจของกลุ่ม

ตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 เครื่องมือ ได้แก่

2.1 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak & Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa (2009) แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1-4 มีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การไม่สามารถต่อต้านหรือควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2) ความกังวลหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความยึดติดเกี่ยวกับการดื่ม 3) การรบกวนการทำงานและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งมีเกณฑ์กำกับการทดลอง คือหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมต้องมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าก่อนทำโปรแกรม จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่า มีระดับคะแนนการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ไม่ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ผู้วิจัยจะประเมินร่วมกับผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อค้นหาสาเหตุ และแก้ไขตามสาเหตุที่พบ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ดังนั้นแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ตัดข้อคำถามข้อที่ 2 ออก เนื่องจากความหมายซ้ำกับข้อคำถามข้อที่ 1

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

2.2 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการติดยา ที่สร้างขึ้นโดย ญาดา จินประชา (2550) ประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ การสนับสนุนการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย การสนับสนุนการฝึกทักษะในการปฏิเสธและการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การสนับสนุนการจัดการกับอารมณ์ แบ่งข้อคำถามออกเป็นคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 24, 25, 26, 29, 30 และคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 9, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 27, 28 ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนทุกครั้ง
 ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเกือบทุกครั้ง
 ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นบางครั้ง
 ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนนานๆ ครั้ง
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเลย
 เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน ได้คะแนนมากแสดงว่ามีการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัวมาก ซึ่งมีเกณฑ์กำกับการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมต้องมีคะแนนการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยครอบครัวมากกว่าก่อนการทดลอง จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่า มีระดับคะแนนการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ผู้วิจัยจะประเมินร่วมกับครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อค้นหาสาเหตุ และแก้ไขตามสาเหตุที่พบ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) จากการคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ดังนั้นแบบวัดการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้ คือ ปรับข้อความข้อที่ 5 จาก “ท่านดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง” เป็น “ท่านดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง” คำถามข้อที่ 8 ปรับจาก “ท่านบอกสมาชิกทุกคนในครอบครัว งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ดำหนิผู้ป่วยเพื่อช่วยลดสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ซ้ำ” เป็น “ท่านบอกสมาชิกทุกคนในครอบครัว งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ดำหนิผู้ป่วยเพื่อช่วยลดสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ซ้ำ” คำถามข้อที่ 16 ปรับจาก “ท่านให้ผู้ป่วยวางแผนการดำเนินชีวิตตามที่ต้องการโดยไม่สนใจว่าจะเหมาะสมหรือไม่” เป็น “ท่านให้ผู้ป่วยวางแผนการดำเนินชีวิตตามที่ต้องการ”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัวไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน

3.2 แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (The Alcohol consumption Assessment: ACA) เป็นเครื่องมือประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa (2009) แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณในการดื่ม ความถี่ในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แปลผลด้วยการคำนวณเป็นจำนวนหน่วยในการบริโภคแอลกอฮอล์โดยเอาความถี่ คูณด้วยจำนวนดื่มมาตรฐานที่ดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือไม่ได้ระบุการแปลผลค่าคะแนนของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ไว้ แต่ใช้การเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนเข้ารับการรักษาและหลังการบำบัดรักษา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้และปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยมีการ

ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้ ปรับเอาข้อคำถามที่ 1 “ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม” มาไว้ในส่วนของคำชี้แจง คือ “คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ ไวน์ เป็นต้น) กรุณาทำเครื่องหมาย X ทับหน้าตัวเลขคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด”

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการวิจัย ชั้นดำเนินการวิจัย และชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ชั้นเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความรู้ของตนเอง เกี่ยวกับแนวคิดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วย ผู้วิจัยมีประสบการณ์เป็นผู้บำบัดผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์จำนวน 2 ปี ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษามีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

2. ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

3. ผู้วิจัยทำหนังสือการขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นำเสนอโครงการ รายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ สถานที่ ทรัพยากรที่ใช้เพื่อพิจารณาอนุมัติ

4. เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง โดยชี้แจงรายละเอียดของการทำการทดลองให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมทราบ ซึ่งกำหนดกลุ่มผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ตลอดจนการบำบัดมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำในการบำบัด

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 20 คน โดยดำเนินการทดลอง ดังนี้

การทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนและตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ (Pre-Test)

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย และทำแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว (Pre-Test)

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ของกลุ่มงานพยาบาลโรคจิตเวชสุราและสารเสพติด โดยพยาบาลจะทำการซักประวัติ ประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะขาดแอลกอฮอล์ การรักษาด้วยยา เมื่อพ้นภาวะขาดแอลกอฮอล์แล้ว ผู้ติดแอลกอฮอล์จะได้รับกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ภายใต้การระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมโดยการติดต่อทางโทรศัพท์ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้ว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์

สาระสำคัญ

กระบวนการเรียนรู้การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนี้เกิดจากการได้รับการชี้แนะ สนับสนุนและให้ความรู้จากพยาบาลที่มุ่งเน้นการเพิ่มความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการที่จะบอกได้ว่าความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์คืออะไร และวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้นคืออะไร ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นบุคคลที่มีความต้องการความสามารถในการลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง โดยพบสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คือ การขาดความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์นั้น ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม โดยมีทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ ความเครียด ความเหงา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวเป็นผู้ที่มีความต้องการที่จำเป็นในการเพิ่มความสามารถที่จะจัดการกับปัจจัยเหล่านี้เพื่อควบคุมความอยากดื่มนำไปสู่ความสามารถที่จะลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้นั่นเอง

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น (ปฏิบัติการกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม
2. เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดยให้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่ม

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง เพื่อสร้างบรรยากาศและให้เกิดความไว้วางใจ
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้พูดคุยถึงปัญหา สาเหตุ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมา แล้ววิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้นเฉพาะสำหรับตนเอง

ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาการดื่มให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ทราบ

3. การชี้แนะ โดยผู้วิจัยพูดคุยสะท้อนปัญหาให้เกิดความตระหนักโดยเน้นให้เห็นผลด้านลบของการขาดความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ สร้างแรงจูงใจโดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์คิดถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากสามารถหยุดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้และสอบถามถึงความตระหนักถึงผลด้านลบหากยังคงดื่มต่อไป พร้อมทั้งเชื่อมโยงปัญหาการดื่มมาสู่ความต้องการความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

4. สนับสนุนการตัดสินใจการดูแลตนเอง โดยซักถามประสบการณ์ที่มีสิ่งกระตุ้นเข้ามาทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น พูดคุยเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่พบบ่อยของผู้ติดแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งเชื่อมโยงให้เห็นว่าเป็นได้ทั้งสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก ซักถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ติดโดยให้ตอบแบบสำรวจสิ่งกระตุ้น สรุปและเชื่อมโยงให้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องแนวทางในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์จัดอันดับความสำคัญของสิ่งกระตุ้น 3 อันดับ แล้วร่วมวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ โดยชี้ให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองจากประสบการณ์เดิม ร่วมวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เหมาะสมมากขึ้นโดยร่วมทำแบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์มีการจัดการที่ดีและให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้ และสามารถวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างดำเนินกิจกรรม ดังนี้

“สิ่งกระตุ้นภายนอกของผม คือ เพื่อนครับ วิธีการจัดการก็คือ หลังเลิกงานผมจะรีบกลับบ้านงดไปร่วมสังสรรค์กับเพื่อนที่ทำงานครับ”

“สิ่งกระตุ้นภายในที่ทำให้ผมดื่ม คือ ความเสียใจ ผมกับเมียเลิกกัน วิธีจัดการคือ ยอมรับปัญหาและแก้ไขตัวเอง ซึ่งเหตุผลที่ผมมารักษาครั้งนี้ก็เพราะว่าผมต้องการเลิกดื่มให้ได้ เมียผมก็จะกลับมาอยู่ด้วยกันอีก”

“ตัวกระตุ้นภายนอกของผม คือ บ้านผมอยู่ติดกับร้านค้า มันสะดวกในการซื้อมาตีม การจัดการของผมคือ ในช่วงที่ผมหยุดตีมหลังจากออกจากโรงพยาบาลไป ผมจะไม่ไปซื้อของที่ร้านค้า เพราะถ้าไปต้องอดใจไม่ได้แน่ ผมจะให้เมียผมไปซื้อของที่ร้านนั้นแทน”

“ตัวกระตุ้นภายในของผม คือ ความเครียด ผมเครียดเรื่องหนี้สิน ผมลงทุนปลุกมัน สำปะหลังกับนายทุน ตอนแรกเขาก็บอกว่าเขาบอกว่าจะรับซื้อคืน แต่แล้วก็มีปัญหา ทำให้ผมคิดมาก ว่าเมื่อถึงฤดูเก็บเกี่ยวราคาจะเป็นกี่ปาท จะพอใช้หนี้เงินกู้ ธกส.ไหม วิถีจัดการความเครียดของผมคือ พูดคุยกับแม่และพี่ชายเพื่อหาทางแก้ไข หรือหาแหล่งเงินทุนมาใช้ในการหมุนเงิน”

ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ (ปฏิบัติการกิจกรรมในครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์)

(ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นและการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความอยากตีมและนำไปสู่พฤติกรรมการตีมแอลกอฮอล์
2. เพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากตีมแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากตีมแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นรายบุคคล ทักทาย แสดงความเป็นมิตร แนะนำตน สร้างบรรยากาศ บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์
2. ให้สมาชิกในครอบครัววิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากตีมแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยทบทวนข้อมูลของผู้ติดแอลกอฮอล์ให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ตีมไม่หยุด
3. การชี้แนะ โดยการพูดคุยสะท้อนปัญหาให้เกิดความตระหนักโดยเน้นผลด้านลบของ การขาดความสามารถที่จำเป็นของครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากตีมที่ นำมาสู่พฤติกรรมการตีมแอลกอฮอล์ สร้างแรงจูงใจโดยให้ครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์คิดถึงผลที่จะ เกิดขึ้นหากผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถหยุดหรือลดปริมาณการตีมแอลกอฮอล์ได้และสอบถามให้เกิด

ความตระหนักถึงผลกระทบทางลบหากผู้ติดตามแอลกอฮอล์ยังดื่มต่อไปและเชื่อมโยงปัญหาการดื่มสู่ความต้องการความสามารถที่จำเป็นในการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์

4. สนับสนุนการตัดสินใจของครอบครัวในการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์ โดยการซักถามถึงประสบการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวสังเกตเห็นว่ามีสิ่งกระตุ้นเข้ามาทำให้เกิดความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดตามแอลกอฮอล์ ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น พูดคุยถึงสิ่งกระตุ้นที่พบบ่อยในผู้ติดตามแอลกอฮอล์โดยเชื่อมโยงให้เห็นว่าเป็นได้ทั้งสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก ซักถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับความอยากดื่มที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ติดตามแอลกอฮอล์ และเชื่อมโยงว่าเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และให้พิจารณาจัดอันดับสิ่งกระตุ้นที่สำคัญ 3 อันดับ และร่วมวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ โดยชี้ให้เห็นปัญหา หาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์จากประสบการณ์เดิม ร่วมวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เหมาะสมมากขึ้นโดยร่วมทำแบบบันทึกการจัดการสิ่งกระตุ้น พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจเมื่อครอบครัวสามารถดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์ให้มีการจัดการที่ดีและให้กำลังใจในการนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อทบทวนความรู้ โดยให้สอบแบบประเมินความรู้ และนำข้อมูลจากการตอบมาเป็นประเด็นการสนทนาโดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสนทนาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาจากการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มที่มีต่อร่างกายจากประสบการณ์ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง ซักถามประสบการณ์ของครอบครัวในการให้การสนับสนุนดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์เมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์

7. ชี้แนะและสนับสนุนครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์ โดยการร่วมวางแผนการนำความรู้และทักษะการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์เมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติจริง โดยบันทึกลงในแบบบันทึกแนวทางการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์ในการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์ ให้กำลังใจและชมเชยครอบครัวที่ทบทวนการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์ได้อย่างถูกต้องและให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดตามแอลกอฮอล์ทุกรายมีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดตามแอลกอฮอล์สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดตามแอลกอฮอล์ได้ และสามารถวางแผนการดูแลผู้ติดตามแอลกอฮอล์เพื่อ

จัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มและจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้
ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างดำเนินกิจกรรม ดังนี้

“พี่สาวคิดว่า ตอนแรกๆ ที่เริ่มดื่ม สิ่งกระตุ้นภายนอกก็คือ เพื่อนที่ทำงานด้วยกันชวนดื่ม
แต่ครั้งนี้เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน คือความผิดหวังเสียใจ เพราะเมียเขาขอเลิก พี่สาวก็บ่นและตำหนิเขา
เหมือนกันว่าไม่เอาไหน แต่พอได้รับความรู้ที่พยาบาลบอก ก็เห็นด้วยนะคะ เพราะว่าถ้าเราปล่อยให้
เขาแก้ปัญหาอยู่คนเดียวหรือซ้ำเติมเขายิ่งทำให้เขาเลิกไม่ได้ หรือไม่คิดที่จะเลิกดื่มเลย พี่สาวก็คิดว่า
จะเอาเขามาอยู่ด้วยและให้กำลังใจเขา ให้เขาช่วยทำงานที่สวน ที่บ้านปลูกแก้วมังกร แล้วก็แบ่งเงิน
ส่วนที่ขายได้ให้เขาส่วนหนึ่ง เพราะลูกสาวกำลังเรียนอยู่ ม.ต้น เขาจะได้มีกำลังใจและภูมิใจในตัวเอง”

“แม่ว่า สิ่งกระตุ้นของเขาเป็นแบบสิ่งกระตุ้นภายนอก คือ เพื่อน เพราะบางที่เพื่อนเขาก็มา
เรียกถึงบ้าน ต่อไปนี่แม่ก็จะคอยปฏิเสธเพื่อนช่วยเขาอีกแรงหนึ่ง บอกเพื่อนเขาว่าหมอมไม่ให้ดื่มเพราะ
สุขภาพไม่ดี”

“แม่คิดว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เขาดื่มคือ สิ่งกระตุ้นภายใน คือ อาการอยากเหล้า ตื่นเข้ามาเขา
ต้องไปถอน ถ้าไม่ถอนมือก็สั่น หงุดหงิด ต่อไปแม่จะบอกเขาให้กินข้าวเช้าก่อนไปทำอย่างอื่นหรือไม่ก็
จะชื้อน้ำหวานหรือขนมที่เขาชอบมาไว้ในตู้เย็น”

“แม่จะดูแลให้เขากินยาตามที่หมอสั่ง นะคะเพื่อให้อาการมือสั่นของเขาดีขึ้น”

“แม่จะดูแลและเตือนให้เขากินข้าวให้ครบทั้งสามเวลา”

**(ช่วงที่ 2 การการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับผลกระทบทางลบ; ทักษะการ
ปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด และการจัดการกับผลกระทบทางบวก; การควบคุมอารมณ์
และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จโดยครอบครัว)**

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. การชี้แนะ โดยการกล่าวถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ คือการอยู่
ในสถานการณ์ที่เสี่ยงและการถูกชักชวนให้ดื่ม ซึ่งผู้วิจัยได้พูดถึงความสำคัญของการปฏิเสธและ
เชื่อมโยงให้เห็นถึงการปฏิเสธสิ่งกระตุ้นเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ แล้วให้
สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์เล่าถึงประสบการณ์การปฏิเสธของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา
ทั้งที่ปฏิเสธได้สำเร็จและปฏิเสธไม่สำเร็จ ร่วมวิเคราะห์ประสบการณ์เพื่อหาจุดอ่อนและจุดแข็งของ
การใช้ทักษะ เชื่อมโยงประสบการณ์มาสู่ข้อมูลจริงโดยให้ครอบครัวเสนอว่าจะนำไปใช้ได้อย่างไร แล้ว
ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเพื่อนำไปใช้ได้จริง ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับผลกระทบ
ทางลบจากการลดปริมาณการดื่ม และทักษะการปฏิเสธ และการจัดการกับความเครียด ชี้แนะ

สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะการปฏิเสธโดยใช้สถานการณ์ ให้กำลังใจและสนับสนุนการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อควบคุมความอยากดื่มและนำไปใช้

2. การให้ความรู้ โดยให้สมาชิกในครอบครัวทบทวนและเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาว่ามีความเครียดเข้ามาเป็นสาเหตุทำให้เกิดการดื่มบ้างหรือไม่ เชื่อมโยงประสบการณ์มาสู่การให้ความหมาย สาเหตุ ของความเครียด และการรับรู้ความเครียดโดยให้ทำแบบประเมินความเครียด สรุปละเอียดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชี้แนะ โดยการให้ข้อมูลการรับรู้สัญญาณเตือนเมื่อเกิดความเครียดเพิ่มเติม และสอบถามประสบการณ์การจัดการกับความเครียดที่ผ่านทั้งที่จัดการกับความเครียดและจัดการไม่ได้ และร่วมวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของวิธีการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความเครียด และให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด สนับสนุนครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยให้ครอบครัวประเมินผลการฝึก พิจารณาเลือก เทคนิคที่เหมาะสมในการนำไปใช้จริง โดยบันทึกลงในแบบบันทึก

3. ชี้แนะเรื่องการจัดการกับผลบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยพูดคุยถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่ม และเชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้ติดแอลกอฮอล์มาสู่แนวทางการควบคุมอารมณ์ และให้ความรู้เพิ่มเติม ชี้แนะและสนับสนุนครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยการนำเอาสถานการณ์ในอดีตมาปรับแก้ และฝึกวางแผนในการสนับสนุนผู้ติดแอลกอฮอล์ในการควบคุมอารมณ์ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเคล็ดลับการหยุดให้สำเร็จ

4. การสนับสนุนครอบครัวเข้าสู่การปฏิบัติดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง โดยทบทวนกิจกรรมทั้งหมดโดย ให้บอกแนวทางการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกราย มีทักษะในการปฏิเสธ และสามารถบอกแนวทางในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความเครียด และการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสมได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างดำเนินกิจกรรม ดังนี้

“สามีฉันเขาทำงานราชการ ก็มีเพื่อนเยอะ มันก็มีงานออกสังคมอยู่บ่อยๆ บางทีก็รู้ว่าถ้าเขาไปก็ต้องดื่มแน่ๆ แต่มันก็ไม่กล้าปฏิเสธเขาเนอะ แต่จากการที่ได้ฝึกการปฏิเสธในวันนี้ ทำให้ฉันมั่นใจ และมีแนวทางในการพูดที่จะปฏิเสธแทนเขาได้ ถ้าเพื่อนเขามาชวนไปงานเลี้ยงค่ะ”

“ก่อนหน้านี้ไม่กล้าปฏิเสธเวลาเพื่อนเขาชวนดื่ม นั่งโต๊ะเดียวกัน เขารินมาแล้วก็ไม่รู้จะพูดว่าอย่างไร หลังจากที่ได้ฝึกพูดปฏิเสธในวันนี้ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นค่ะ”

“เวลาเขาเครียดพ่อก็เห็นเขาดื่มเหล้าทุกครั้ง แต่ไม่รู้ว่าเขาเครียดเรื่องอะไร ปกติไม่ค่อยได้คุยกัน แต่จากที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พ่อก็จะพูดคุยกับเขามากขึ้น รับฟังปัญหาของเขาบ้างและบอกให้เขารู้ว่าพ่อก็เป็นห่วงอยู่นะ มีปัญหาอะไรก็พูดคุยกันปรึกษากันได้”

“วันนี้ได้มานั่งฝึกการคลายเครียดกับพยาบาล รู้สึกดีค่ะ ตัวเราเบาขึ้น แม่ก็เพิ่งรู้ว่า มีวิธีการคลายเครียดแบบง่ายๆ แบบนี้ด้วย แม่ก็จะคอยบอกลูกชายแม่ว่าเวลาเขาเครียดค่ะ และเวลาแม่เครียดแม่ก็จะเอาใช้กับตัวเองได้ ดีมากเลยค่ะ”

“เวลาสามีได้เงินตกเบิกขึ้นเงินเดือนเพิ่ม เขาก็จะดื่มฉลองกับเพื่อน หมดไปเยอะเหมือนกันค่ะ ฉันทักจะบอกเขาว่า อยากให้เก็บเอาไว้ซื้อสิ่งของจำเป็นที่เราอยากได้ เช่น อาจจะไปซื้อโทรศัพท์รุ่นใหม่หรือทองคำเก็บไว้ใส่”

“เวลาสามีเขามีปัญหาในที่ทำงาน เขาก็จะดื่มเบียร์กับเพื่อน ทำให้กลับบ้านช้ากว่าปกติพอถึงบ้านฉันก็หงุดหงิดใส่เขาและบ่นให้เขา โดยที่ไม่รู้เลยว่าเขามีปัญหาอะไร หลังจากที่ได้พูดคุยและมองปัญหาในหลายมุมแล้ว ทำให้ฉันเข้าใจเขามากขึ้นและคงต้องปรับตัวโดยถามเหตุผลเขาก่อนก่อนที่จะตัดสินเองว่าเป็นเพราะเขาไม่รับผิดชอบ”

ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์) (ปฏิบัติการกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับผลกระทบทางลบที่อาจเกิดจากการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ภาวะขาดแอลกอฮอล์
3. เพื่อชี้แนะแนวทางการเพิ่มความสามารถในดูแลตนเองเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ในเบื้องต้น
4. เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์ได้

สื่อการจัดการกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพูดคุยถึงปัญหาการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มที่มีผลต่อร่างกายของผู้ติดแอลกอฮอล์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง
2. ให้ความรู้ โดยการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์

3. การชี้แนะสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยร่วมวางแผนการนำความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติจริง โดยบันทึกลงในแบบบันทึกแนวทางการจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้กำลังใจและชมเชยเมื่อสามารถทบทวนการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกรายสามารถวิเคราะห์และบอกปัญหาการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ติดแอลกอฮอล์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ มีความรู้และสามารถบอกแนวทางการเพิ่มความสามารถในดูแลตนเองเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ในเบื้องต้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างดำเนินกิจกรรม ดังนี้

“จากที่ผมได้คุยกับพยาบาลวันนี้ทำให้ผมเข้าใจว่า อาการตื่นเช้ามาต้องนอน มันคืออาการของการขาดเหล้า ผมจะดูแลตัวเอง โดยการหาข้าวกินก่อนที่ผมจะมีอาการนอนแบบรุนแรงแล้วทำให้ผมอดใจไม่ได้ ถ้าไม่กินข้าวผมก็กินโอวัลตินร้อนๆ”

“ผมสังเกตว่าช่วงที่ผมหยุดดื่มวันแรกๆ จะมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด แต่ผมไม่รู้ว่าเป็นอาการขาดเหล้า แต่ตอนนี้ผมเข้าใจแล้ว ผมก็จะดูแลตัวเองด้วยการกินยาตามที่หมอสั่ง”

“วันไหนไม่ดื่มมีมันส์นะครับคุณหมอ เดินก็เซ จะล้มอยู่บ่อยๆ ผมก็ดูแลตัวเองด้วยการกินยาตามที่หมอสั่ง และพยายามกินข้าวให้ท้องอืด เวลาท้องอืดแล้วมันจะดื่มไม่ได้ครับ”

“ผมต้องดื่มอยู่ตลอดนะครับ เพราะถ้าไม่ดื่มมีอาการสั่นมาก ทำงานไม่ได้เลย ผมก็ดูแลตัวเองด้วยการกินยาตามที่หมอสั่งครับ”

ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลือกวิธีการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมได้
2. เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลือกวิธีจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. การชี้แนะ โดยพูดคุยถึงสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ คือ การตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงและการถูกชักชวนให้ดื่ม และชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิเสธสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เล่าประสบการณ์ที่สามารถปฏิเสธได้สำเร็จและไม่สำเร็จ ร่วมวิเคราะห์ประสบการณ์เพื่อหาจุดอ่อนและจุดแข็ง
2. การให้ความรู้ โดยการเชื่อมโยงประสบการณ์มาสู่การให้ข้อมูลหลักการปฏิเสธเพิ่มเติม และซักถามการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงโดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เสนอนว่าจะนำไปใช้อย่างไร
3. การชี้แนะสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ฝึกการปฏิเสธโดยใช้สถานการณ์สมมติ พร้อมทั้งให้กำลังใจและสนับสนุนการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มและนำไปใช้
4. การให้ความรู้ โดยการทบทวนสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากดื่มว่ามีปัจจัยเรื่องความเครียดเข้ามาเกี่ยวข้องและทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่มีความเครียดเข้ามาเป็นสาเหตุทำให้เกิดการดื่มและให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้เล่าถึงประสบการณ์นั้น และเชื่อมโยงมาสู่การให้ความหมาย สาเหตุ ของความเครียด และสรุปพร้อมทั้งให้ทำแบบประเมินความเครียดและสรุปคะแนน
5. การชี้แนะ โดยให้ข้อมูลการรับรู้สัญญาณเตือนเมื่อเกิดความเครียดและให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ทบทวนตนเอง รวมทั้งสอบถามถึงประสบการณ์การจัดการกับความเครียดที่ผ่านมาทั้งที่จัดการได้สำเร็จและไม่สำเร็จ ร่วมวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความเครียดและให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
6. สนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ประเมินผลการฝึก พิจารณาเลือกเทคนิคที่เหมาะสมในการนำไปใช้จริงโดยบันทึกลงในแบบบันทึกแนวทางการจัดการกับความเครียดพร้อมทั้งให้กำลังใจในการนำทักษะการจัดการกับความเครียดแบทักษะการปฏิเสธไปใช้ในสถานการณ์จริง

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกรายสามารถเลือกวิธีการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างดำเนินกิจกรรม ดังนี้

“จากที่ได้ฝึกทักษะการปฏิเสธในวันนี้ เมื่อผมออกจากโรงพยาบาลไปแล้วถ้าเพื่อนมาชวนไปดื่มอีก ผมจะบอกว่าผมไม่สบายช่วงนี้ต้องรักษาตัวให้หายก่อน”

“ถ้าเพื่อนมาชวนผมจะบอกว่าเอาไว้วันหลัง วันนี้ไม่สบาย”

“อาซีพผมรับจ้างขึ้นหัวหอม บางครั้งนายจ้างก็ซื้อเหล้ามาให้ เมื่อก่อนไม่กล้าปฏิเสธ แต่หลังจากที่ได้ฝึกพูดในวันนี้ ทำให้ผมได้แนวทางในการพูด ผมก็จะบอกเขาว่า ผมเลิกดื่มแล้วสุขภาพไม่ดี ผมขอเป็นน้ำอ้อดลม หรือน้ำผลไม้แทนนะครับ”

“ในหมู่บ้านมีงานบุญเยอะครับ คนบ้านเดียวกันก็ต้องไปนะครับตามมารยาทของสังคม ผมดื่มอยู่แล้วเพื่อนก็จะรินมาให้ ก็ไม่กล้าปฏิเสธเพราะเกรงใจ แต่หลังจากที่ได้ฝึกพูดในวันนี้ ทำให้ผมกล้าและมั่นใจมากขึ้นครับ ผมก็จะบอกเขาว่า ผมเลิกดื่มแล้วสุขภาพไม่ดี”

ผู้ติดตามแอลกอฮอล์ทุกคนสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ติดตามแอลกอฮอล์ ดังนี้

“เวลาผมเครียดผมก็จะดื่มเหล้าคนเดียว แต่วันนี้ผมได้พูดคุยกับพยาบาลแล้วทำให้ผมรู้ว่าการผ่อนคลายความเครียดมีตั้งหลายวิธี ถ้าผมเครียดอีก ผมก็จะฟังเพลง ปลูกต้นไม้ที่ผมชอบ ทำแล้วก็รู้สึกเพลินดีครับ”

“ผมกับภรรยา คิดเห็นไม่ค่อยตรงกันครับ เช่น เรื่องล้างรถ พอผมแนะนำร้านที่ล้างดี ๆ เขาก็ไม่เอาด้วย ผมก็จะเครียด หงุดหงิดแล้วก็ไปดื่มเบียร์ที่ร้านค้าใกล้บ้าน สบายใจแล้วค่อยกลับบ้าน แต่วันนี้ผมได้พูดคุยกับพยาบาล ผมมีแนวทางใหม่แล้วครับ ผมจะปล่อยวาง เฉย ๆ เวลาผมเอาไปล้าง ผมก็จะไปร้านที่ผมชอบ เวลาเขาเอาไปล้างก็ให้เขาไปร้านที่เขาชอบแล้วกัน”

ด้านการฝึกทักษะการผ่อนคลายพบว่าผู้ติดตามแอลกอฮอล์ให้ความร่วมมือ และได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ผมคิดว่าผมจะใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจครับ เพราะฝึกได้ง่ายๆ ฝึกแล้วรู้สึกสบายตัว เบาตัวขึ้น”

“วันนี้ดีมากเลยครับ และขอบคุณคุณพยาบาลที่สอนวิธีผ่อนคลายกลัมนั้นให้ผม ผมจะเอาไปฝึกต่อที่บ้านครับ คงช่วยได้หลายอย่างทั้งที่ปวดจากเครียด เพราะผมต้องยกของหนัก”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ) (ปฏิบัติการกิจกรรมในผู้ติดตามแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการควบคุมอารมณ์และหากิจกรรมทดแทนผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จไปวางแผนการดูแลตนเองได้

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดตามแอลกอฮอล์
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินงานกิจกรรม คือ

1. การชี้แนะ โดยการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านบวกที่นำไปสู่การเกิดความอยากดื่ม ได้แก่ การต้องการความสนุกสนาน ต้องการการผ่อนคลาย ฯลฯ โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอารมณ์เหล่านี้แล้วนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์
2. การให้ความรู้ โดยเชื่อมโยงประสบการณ์มาสู่แนวทางการควบคุมอารมณ์และให้ข้อมูลเรื่องการควบคุมอารมณ์เพิ่มเติม
3. การชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ทดลองนำแนวทางการควบคุมอารมณ์ไปปรับแก้กับปัญหาหรือสถานการณ์ในอดีตจากที่เล่ามา และฝึกการวางแผนการควบคุมอารมณ์ในอนาคตหากต้องพบกับภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหาจนอาจนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ว่าจะทำอย่างไรและบันทึกในแบบบันทึก พร้อมทั้งให้ข้อมูลเคล็ดลับการหยุดดื่มให้สำเร็จ และเน้นย้ำการตั้งเป้าหมายของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่จะนำไปใช้

การประเมินผล

ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลือกแนวทางการควบคุมอารมณ์และเทคนิคในการหยุดดื่มที่จะนำไปใช้ได้ โดยจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ผมตั้งใจไว้ว่าต่อไปผมจะบอกตัวเองว่า วันนี้จะไม่ดื่ม แล้วก็บอกแบบนี้กับตัวเองทุกวันครับ”

“แม่ชอบบ่นเรื่องดื่ม ผมก็ทำประชดด้วยการดื่มจริงๆ เลย แต่จากที่คุยกับพยาบาลทำให้ผมได้แนวทางในการดูแลตัวเอง คือ ผมก็จะบอกแม่ว่าผมไปซื้อของไม่ได้ไปดื่ม ถ้าไม่เชื่อก็จะไม่โมโหใส่แม่เหมือนเดิม สักวันแม่ก็จะเห็นความจริงเอง”

ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การพยาบาล ระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์และนำทักษะต่างๆ ไปใช้จริงในชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัว
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจแก่ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวในการกระทำการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์
2. ดินสอ/ปากกา

การดำเนินกิจกรรม คือ

1. สนับสนุนการเข้าสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริง โดยการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด โดยใช้คู่มือประกอบการทบทวน ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์บอกแนวทางการดูแลตนเองที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยทบทวนจากแบบบันทึกต่างๆ ในคู่มือ มอบคู่มือให้ผู้ติดแอลกอฮอล์โดยเน้นย้ำการทบทวนเนื้อหาและกิจกรรมต่างๆ ในคู่มือ เพราะคู่มือจะเป็นตัวช่วยสำคัญให้สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายในสถานการณ์จริง และสร้างแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและให้กำลังใจ บันทึกเวลานัดหมายในตารางการนัดหมายมอบให้ผู้ติดแอลกอฮอล์

2. สนับสนุนการเข้าสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ในสถานการณ์จริง โดยการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในครั้งที่ 1 และให้ข้อมูลแนวทางไปปฏิบัติการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ในแต่ละประเด็น ให้ครอบครัววิเคราะห์แนวทางในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการปฏิบัติของผู้ติดแอลกอฮอล์และร่วมวางแผนสนับสนุนการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ และสร้างแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและให้กำลังใจ บันทึกเวลานัดหมายในตารางการนัดหมายมอบให้ครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์

การประเมินผล

ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถทบทวนและบอกแนวทางการนำทักษะต่างๆ ไปใช้ได้ โดยจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“จากการพูดคุยกับพยาบาล ทำให้ผมได้รับความรู้และได้ฝึกทักษะต่างๆ ทำให้ผมมั่นใจว่าผมจะเลิกดื่มได้อย่างแน่นอน และผมก็จะนำเอาทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลาย ไปใช้เมื่อผมกลับไปอยู่ที่บ้านครับ”

“แม่ได้ความรู้จากคุณพยาบาล ทำให้แม่มั่นใจในตัวลูกแม่มากขึ้นว่าเขาจะเลิกดื่มได้ ส่วนแม่ก็จะช่วยดูแลเขาตามที่คุณพยาบาลได้พูดคุยกับแม่ เพราะถ้าเขาเลิกได้สำเร็จแม่จะดีใจมากเลย สุขภาพเขาก็จะแข็งแรง เขาก็ได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัวและคนในชุมชน”

ระยะที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองโดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการชี้แนะและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มในสถานการณ์จริงร่วมกับการดูแลโดยครอบครัว

สาระสำคัญ

การนำความรู้และแนวทางต่างๆ ไปลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว โดยผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถนำแนวทางการควบคุมความอยากดื่มไปปฏิบัติในชีวิตจริง และสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มที่

เหมาะสม โดยมีการสนับสนุนระดับประจักษ์ประจักษ์โดยการติดต่อทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องนำไปสู่การลดปริมาณการดื่มได้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนการนำความรู้ คำชี้แนะเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
2. เพื่อให้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมความอยากดื่มให้เหมาะสมเพื่อลดปริมาณการดื่มได้จริง
3. เพื่อให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศในการสนทนาโดยการพูดคุยเรื่องทั่วไป แล้วโยนประเด็นเข้ามาสู่ภาวะสุขภาพ อาการผิดปกติ การดำเนินชีวิต การทำงานและครอบครัว
2. วิเคราะห์การดูแลตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยพูดคุยถึงพฤติกรรม การดื่มและปริมาณการดื่ม
3. สนับสนุนและให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ จะสนับสนุนให้กำลังใจ ร่วมวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาในสัปดาห์ที่ผ่านมา หาสาเหตุ และซักถามผู้ติดแอลกอฮอล์ถึงการนำแผนการในการดูแลตนเองตามคู่มือไปใช้พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมที่เป็นปัญหาปรับใช้ให้เหมาะสมมากขึ้น แล้วผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มและสรุปลงในแบบบันทึก กรณีที่สามารถควบคุมการดื่มได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจเพื่อปฏิบัติดูแลตนเองต่อไป

การประเมินผล

ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวให้ความร่วมมือในการติดต่อทางโทรศัพท์ และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปใช้สถานการณ์จริงได้ โดยจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ตั้งแต่ผมกลับจากโรงพยาบาลผมยังไม่ได้ดื่มเลยครับคุณพยาบาล พอตีในหมู่บ้านมีงานศพ ผมก็ไปกับพี่สาวไป มีคนชวนดื่มเหมือนกัน แต่ผมบอกว่าผมเลิกดื่มแล้ว ผมป่วยผมต้องรักษาสุขภาพ”

“ตั้งแต่เขากลับมาจากโรงพยาบาลยังไม่ได้ดื่มเลยคะคุณพยาบาล แม่พอใจกับพฤติกรรมเขามากคะ ตอนเช้าก็เตรียมหาอาหารไว้ให้เขาก่อนเขาไปทำงาน เลิกงานเขาก็กลับบ้านไม่ได้ดื่มกับเพื่อนเหมือนเดิม พี่ๆ เขาก็ให้กำลังใจ ชมเขาว่าทำได้ดีแล้ว”

“อาทิพย์นี้เป็นอาทิพย์ที่ 2 แล้วตั้งแต่กลับมาจากโรงพยาบาล ผมก็ยังไม่ได้ตี้มเลยครับ มือยังสั้นเล็กน้อย แต่ผมก็กินยาตามที่พยาบาลแนะนำ และพยายามกินข้าว ให้ครบทุกมื้อ เพื่อนร่วมงานก็ชมและให้กำลังใจนะครับ เขาบอกว่าเลิกได้ก็ตี้มคนจะได้เชื่อถือเพราะเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชาวบ้านจะได้เชื่อฟังเรา”

“พอผมกลับจากโรงพยาบาล ผมก็ไปทำงานรับจ้างถอนต้นหอมเลยครับ เพราะคนงานขาดพี่เขยเลยให้ไปช่วย เพื่อนๆ ก็ตี้มกันและชวนผมด้วย แต่ผมบอกว่าผมไม่เอา ผมตั้งใจจะเลิกตี้มแล้ว ถ้าตี้มต่อผมกลัวผมเป็นบ้า อาการผมก็ปกตินะครับ ผมก็กินยาตามที่คุณพยาบาลแนะนำเลยครับ”

การกำกับ การทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยมีการกำกับการทดลองโดยใช้เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความอยากตี้มแอลกอฮอล์และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคะแนนการควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์และคะแนนแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความอยากตี้มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ และคะแนนการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์โดยครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากตี้มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	30	15	-15
2	27	12	-15
3	23	13	-10
4	26	11	-15
5	27	23	-14
6	40	16	-24
7	24	17	-7
8	23	15	-8
9	35	12	-23
10	29	11	-18
11	22	13	-9
12	31	22	-9
13	36	16	-20
14	28	17	-11
15	26	15	-11
16	36	12	-24
17	35	13	-22
18	40	11	-29
19	39	23	-16
20	29	16	-13
sum	606.00	303	-313
\bar{x}	30.30	15.15	-15.65

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ
 ปรึกษาประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทุกรายมีคะแนนการควบคุมความอยาก
 ดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับ
 โปรแกรม

ตารางที่ 3 คะแนนการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คนที่	การสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	103	135	+32
2	105	136	+30
3	109	141	+32
4	87	121	+12
5	112	139	+27
6	97	124	+27
7	84	136	+52
8	79	144	+65
9	81	138	+57
10	113	146	+33
11	101	135	+34
12	103	147	+44
13	120	146	+26
14	110	135	+25
15	108	149	+41
16	96	144	+48
17	81	147	+66
18	120	131	+11
19	99	149	+50
20	94	149	+55
sum	2002	2792	767
\bar{x}	100.10	139.60	38.35

จากตารางที่ 3 พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทุกรายมีคะแนนการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ผ่านเกณฑ์การกำกับทุกราย โดยมีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัว ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้นำมาประเมินในภาพรวม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มโดยครอบครัวก่อน (Pre-test) ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินหลัง (Post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อติดตามและตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นจากการให้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

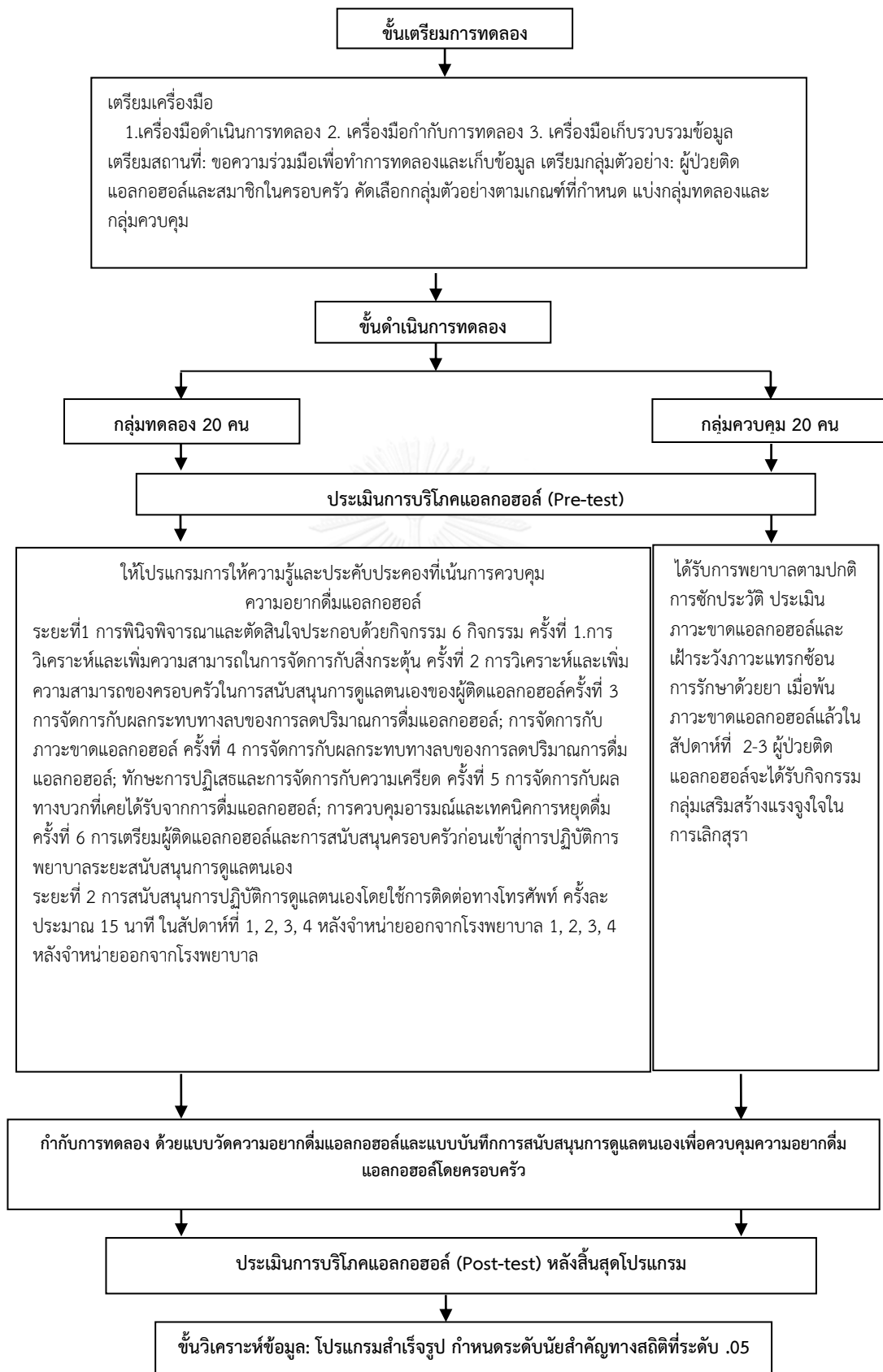
2. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่หอบผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้นำมาประเมินในภาพรวม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มโดยครอบครัวก่อน (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามนัด และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มโดยครอบครัวหลัง (Post-test) ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ



สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อผลการทำการวิจัยครั้งนี้ ด้วยวิธีการจับคู่ด้วย เพศ การศึกษา และรายได้ แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน (กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 20)		กลุ่มควบคุม (N = 20)		รวม (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
20-29 ปี	3	15.0	6	30.0	9	22.5
30-39 ปี	10	50.0	9	45.0	19	47.5
39-49 ปี	6	30.0	4	20.0	10	25.0
50-59 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สถานภาพสมรส						
โสด	6	30.0	12	60.0	18	45.0
คู่	8	40.0	6	30.0	14	35.0
หม้าย	-	-	-	-	-	-
หย่าร้าง	3	15.0	2	10.0	5	12.5
แยกกันอยู่	3	15.0	-	-	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25.0	5	25.0	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	35.0	7	35.0	14	35.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อนุปริญญา	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ปริญญาตรี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
20-29 ปี	3	15.0	6	30.0	9	22.5
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-	-	-	-	-
เกษตรกร	3	15.0	4	20.0	7	17.5
รับจ้าง	11	55.0	10	50.0	21	52.5
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2	10.0	4	20.0	6	15.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	10.0	1	5.0	4	10.0
อื่นๆ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
5,001-10,000 บาท	8	40.0	8	40.0	16	40.0
10,001-15,000 บาท	4	20.0	4	20.0	8	20.0
15,001-20,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	5.0
20,001-25,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	5.0
มากกว่า 25,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 45.0 ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 60.0 นอกจากนี้พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 35.0 ด้านอาชีพพบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 50.0 ตามลำดับ ในด้านรายได้พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,0001 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 ทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 20)		กลุ่มควบคุม (N = 20)		รวม (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	1	5.0	5	25.0	6	15.0
หญิง	19	95.0	15	75.0	34	85.0
อายุเฉลี่ย (ปี)	44.05		47.80			
20-29 ปี	3	15.0	-	-	3	7.5
30-39 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25
39-49 ปี	4	20.0	7	35.0	11	27.5
50-59 ปี	8	40.0	8	40.0	16	40.0
สถานภาพสมรส						
โสด	-	-	1	5.0	1	2.5
คู่	16	80.0	19	95.0	35	87.5
หม้าย	3	15.0	-	-	3	7.5
หย่าร้าง	1	5.0	-	-	1	2.5
แยกกันอยู่	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	11	55.0	12	60.0	23	57.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	5	25.0	9	22.5
อนุปริญญา	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ปริญญาตรี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 20)		กลุ่มควบคุม (N = 20)		รวม (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
เกษตรกร	5	25.0	9	45.0	14	35.0
รับจ้าง	5	25.0	3	15.0	8	20.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	5	25.0	6	30.0	11	27.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อื่นๆ	2	5.0	-	-	2	5.0
รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	6	30.0	7	35.0	13	32.5
5,001-10,000 บาท	7	35.0	5	25.0	12	30.0
10,001-15,000 บาท	4	20.0	6	30.0	10	25.0
15,001-20,000 บาท	2	10.0	1	5.0	3	7.5
20,001-25,000 บาท	1	5.0	-	-	1	2.5
มากกว่า 25,000 บาท	-	-	1	10.0	1	2.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้ติด แอลกอฮอล์						
0-5 ปี	15	60.0	13	80.0	28	70.0
6-10 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15
11-15 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
16-20 ปี	-	-	1	5.0	1	2.5
ความสัมพันธ์กับผู้ติด แอลกอฮอล์						
พ่อ/แม่/ลูก	8	40.0	12	60.0	20	50.0
สามี/ภรรยา	6	30.0	2	10.0	8	20.0
พี่น้อง	5	20.0	6	30.0	11	27.5
ญาติ	1	5.0	-	-	1	2.5
เพื่อน	-	-	-	-	-	-
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	12	60.0	16	80.0	28	70.0
ครอบครัวขยาย	8	40.0	4	20.0	12	30.0
ผู้ช่วยเหลือร่วมรับผิดชอบดูแล						
ไม่มี	9	45.0	7	30.0	16	40.0
มี	11	55.0	13	70.0	24	60.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 และ 75.0 ตามลำดับ ในด้านอายุพบว่าครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 50-59 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ด้านสถานภาพสมรสนั้น พบว่าครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 95.0 ตามลำดับ ด้านการศึกษาของครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 60.0 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่าครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบเกษตรกร รับจ้าง และอาชีพธุรกิจส่วนตัวและหรือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.0 ในด้านรายได้พบว่าครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 ส่วนครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นเวลา 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 80.0 ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นพ่อ/แม่/ลูก กับผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 60.0 ตามลำดับ ในด้านลักษณะของครอบครัว พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 80.0 ตามลำดับ ในด้านผู้ช่วยเหลือร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 70.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	จำนวนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	100	1	-99	80	80	0
2	40	1	-39	40	45	+5
3	75	1	-74	64	64	0
4	75	15	-60	100	80	-20
5	125	1	-124	100	80	-20
6	50	15	-35	45	60	+15
7	16	1	-15	15	12	-3
8	32	1	-31	40	27	-13
9	75	1	-74	48	48	0
10	24	1	-23	100	125	+25
11	60	8	-52	48	48	0
12	8	1	-7	50	48	-2
13	60	40	-20	24	24	0
14	25	1	-24	64	80	+16
15	36	1	-35	27	24	-3
16	64	1	-63	36	27	-9
17	80	1	-79	60	64	+4
18	125	12	-113	27	48	+21
19	125	1	-124	48	36	-12
20	32	1	-31	36	27	-9
\bar{x}	61.35	5.25	56.10	52.60	52.35	-.25

จากตารางที่ 6 พบว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 61.35 (S.D.=36.371) และ 52.60 (S.D.=25.490) ตามลำดับ ในขณะที่ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 5.25 (S.D.=9.519) และ 52.35 (S.D.=27.374) ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วย
ในก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยาก
ดื่มแอลกอฮอล์**

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการ
ทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

การบริโภคแอลกอฮอล์	\bar{x}	S.D.	df	t	p
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	59.45	36.762	19	6.481	.000
หลังการทดลอง	5.25	9.519			
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนการทดลอง	49.75	25.135	19	-.644	.527
หลังการทดลอง	52.75	26.638			

จากตารางที่ 7 พบว่าปริมาณเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการ
รักษแบบผู้ป่วยใน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการ
สนับสนุนของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.481$) โดยปริมาณเฉลี่ย
การบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง สำหรับปริมาณเฉลี่ยการบริโภค
แอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล
ปกติก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

การบริโภคแอลกอฮอล์	\bar{X}	S.D.	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	59.45	36.762	38	.974	.336
กลุ่มควบคุม	49.75	25.135	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.25	9.519	38	-7.510	.001
กลุ่มควบคุม	52.75	26.638	38		

จากตารางที่ 8 พบว่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยของผู้ติดแอลกอฮอล์ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (\bar{X} =5.25 และ 52.75 ตามลำดับ t=-7.510, p<.05)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Designs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ตัวแปรตาม คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ไว้ดังนี้

1. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (Alcohol dependence: F 10.2)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตามรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (Alcohol dependence:F 10.2) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติด

แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน มีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มีคุณสมบัติคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า และกำหนดให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ ระดับการศึกษา และรายได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบบันทึกการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดแอลกอฮอล์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลจิตเวช สุราและสารเสพติดเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย แจ้งข้อมูลเพื่อการการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ได้ซักถามเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ แบบประเมินการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบบันทึกการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว

โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ภายใต้การระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 2 ระยะ ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมทุกวัน วันละ 60-90 นาที ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมโดยการติดต่อทางโทรศัพท์ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ (ปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์) ครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่การพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการชี้แนะและสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มในสถานการณ์จริงร่วมกับการดูแลสนับสนุนของครอบครัว

ขั้นรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว ในวันติดตามประเมินผลการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 4

ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลมาวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

1. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยของผู้ติดแอลกอฮอล์ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยของผู้ติดแอลกอฮอล์ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ผลการวิจัยครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการวิจัยทั้ง 2 ประการ คือ

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ได้ว่า จากแนวคิดของโอเร็ม (2001) โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น นั่นคือความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญหรือเปรียบเสมือนผู้ให้การดูแลบุคคลที่พร่องความสามารถ ภายใต้ระบบการสนับสนุนของพยาบาลในการให้ความรู้ ชี้แนะและคอยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวคงความพยายามในการเพิ่มความสามารถและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ นั่นเอง โปรแกรมการพยาบาลนี้จะจัดกระทำกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งความความอยากดื่มแอลกอฮอล์ คือ ภาวะที่ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความต้องการหรือความกระหายที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากลดหรือหยุดดื่ม ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ แม้ทราบว่า จะเกิดผลกระทบทางลบก็ยังคงการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดื่ม ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณหรือหยุดดื่ม ประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกภายหลังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสนับสนุนหรือขัดขวางการดื่มโดยสมาชิกในครอบครัว (Monti et al., 2000) การที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มของตนเองจึงเป็นบุคคลที่พร่องความสามารถในการดูแลตนเองที่จะลดปริมาณการบริโภคหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความต้องการที่จำเป็นในการดูแลตนเองคือ การลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พยาบาลจะดำเนินกิจกรรมให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้พร่องความสามารถในการลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และหาวิธีการที่จะเพิ่มความสามารถนั้น คือ ยอมรับและตระหนักว่าตนเองพร่องความสามารถในการควบคุมความอยากดื่ม (Estimative operation) พยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม เพื่อให้ผู้

ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Transitional operation) นอกจากนี้พยาบาลได้ร่วมวางแผนในการกำหนดกิจกรรมเพื่อปฏิบัติในการดูแลตนเอง (Production operation) และเขียนบันทึกลงในคู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการดูแลตนเองในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Sunisa Suktrakul (2009) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม พบว่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์

ในส่วนของครอบครัว ตามแนวคิดของโอเร็ม (2001) ครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย โดยเปรียบเสมือนผู้ให้การดูแลและสนับสนุนบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่พร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การให้ความร่วมมือและสนับสนุนการแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองคือ การควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) ให้การสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มนำไปสู่การลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ให้การสนับสนุนการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดปริมาณหรือหยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การชี้แนะ ให้ความรู้สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนิย์ ดวงแก้ว (2554) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับโปรแกรมมีอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ วิภาวี แสงเพชร (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการบำบัดรักษาเยสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันธัญรักษ์พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้ารับการบำบัดรักษาเยสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันธัญรักษ์คือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดสามารถทำนายได้ร้อยละ 47.5 ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดสามารถทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์หยุดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

สมมติฐานข้อที่ 2 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยของผู้ติดแอลกอฮอล์ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ซึ่งผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังกล่าว ตามแนวคิดของโอเร็ม (2001) ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นบุคคลที่มีพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การลดหรือควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถลดหรือควบคุมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ได้เนื่องมาจาก ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้ ดังนั้น ผู้ติดแอลกอฮอล์จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การชี้แนะการให้ความรู้ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุ การให้ความรู้เพิ่มเติม การสนับสนุนให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถบอกได้ว่าความจำเป็นในการดูแลตนเองคืออะไร และวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้นคืออะไร (Estimative operation) เพื่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Transitional operation) และสามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดูแลตนเองได้ในที่สุด (Product operation) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ผู้วิจัยได้ชี้แนะให้ผู้ติดแอลกอฮอล์วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และประเมินถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมา โดยพูดคุยถึงประสบการณ์การดื่มซ้ำๆ ในอดีต และสรุปให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ทราบ โดยสะท้อนปัญหาให้เกิดความตระหนักโดยเน้นผลลบของการขาดความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มพร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้คิดถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากสามารถหยุดหรือลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้ โดยซักถามถึงประสบการณ์ที่มีสิ่งกระตุ้นเข้ามาทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและค้นหาสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่สัมพันธ์กับความอยากดื่มที่เฉพาะเจาะจงของผู้ติด

แอลกอฮอล์ (Estimative operation) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิคานาถ โชคเกิด (2545) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน พบว่าความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การมีวิธีหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปดื่มสุราเป็นการปฏิบัติตนเพื่อเลิกดื่มสุราที่ประสบความสำเร็จ จากนั้นได้สนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลตนเองและร่วมวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้น (Transitional operation) พร้อมทั้งบันทึกลงในสมุดคู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Product operation)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว

ผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์วิเคราะห์ถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ และประเมินถึงระดับความสามารถในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว การพูดคุยถึงประสบการณ์การกลับไปดื่มซ้ำๆ ในอดีตของผู้ติดแอลกอฮอล์ และสะท้อนปัญหาที่ครอบครัวอาจเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง สร้างให้เกิดความตระหนัก โดยเน้นให้ครอบครัวเห็นผลลบของการขาดความสามารถที่จำเป็นในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว เพื่อสนับสนุนการควบคุมความอยากดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวี แสงเพชร (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันธัญรักษ์ พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับการบำบัดรักษาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันธัญรักษ์ คือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ซึ่งสามารถทำนายได้ ร้อยละ 47.5 ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดสามารถทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่กลับไปดื่มซ้ำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายชล ยุบลพันธ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ครอบครัวมีส่วนทำให้ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการด้านการยอมรับ ด้านความล้มเหลว และด้านลงมือกระทำอยู่ในระดับสูงและสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดหรือเลิกดื่ม และจากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อป้องกันการติดซ้ำของ ญาดา จินประชา (2550) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดสุรามีความรู้เรื่องสิ่งกระตุ้น หรือสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา ที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดสุราเกิดพฤติกรรมช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงและป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแรงสนับสนุนของผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดของโอกราดีและคณะ รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำ

ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความพร้อมในการบำบัด (Lee.2005; 19; citing o' Grady:Battjes; & Katz, 2004 อ้างใน ฌรรุฎดา ชั้นที, 2556) พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ได้คิดถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถหยุดหรือลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้ นอกจากนี้ได้สนับสนุนการตัดสินใจในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ของครอบครัว พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น และร่วมวางแผนในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงของครอบครัว พร้อมทั้งบันทึกลงในสมุดคู่มือการสนับสนุนการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (การจัดการกับภาวะขาดแอลกอฮอล์)

ผู้วิจัยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ทบทวนถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์โดยให้ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ แล้วร่วมวิเคราะห์ผลกระทบจากการดื่มนั้นๆ ซักถามถึงประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ให้ความรู้เพิ่มเติม พร้อมทั้งชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเอง โดยร่วมวางแผนการนำความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์พร้อมกับบันทึกคู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌรรุฎดา ชั้นที (2556) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์หรือภาวะขาดแอลกอฮอล์ เนื่องจากช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีกำลังใจจนสามารถผ่านสภาพความทุกข์ทรมานจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ และการได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการขาดแอลกอฮอล์จากบุคลากรทางสุขภาพจะส่งผลทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การจัดการกับผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่ม (การปฏิเสธและการจัดการกับความเครียด) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์)

ผู้วิจัยได้พูดคุยถึงสถานการณ์เสี่ยงโดยการถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปฏิเสธ เพื่อวิเคราะห์ถึงจุดอ่อนจุดแข็งของการใช้ทักษะการปฏิเสธ ให้ความรู้เพิ่มเติม ชี้แนะและสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยเชื่อมโยงจากประสบการณ์เดิม และฝึกทักษะการปฏิเสธโดยใช้เหตุการณ์สมมติ และบันทึกลงในสมุดคู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อูริยา รูร์อบ (2553) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและตัวกระตุ้นในผู้ป่วยที่ติดสุรา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ทักษะการปฏิเสธร่วมกับการหลีกเลี่ยง สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองกลับไปดื่มสุราซ้ำได้

ในประเด็นของความเครียด ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ทบทวนถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ว่ามีปัจจัยเรื่องความเครียดเข้ามาเกี่ยวข้องหรือไม่ โดยให้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีสาเหตุมาจากความเครียด แล้วเชื่อมโยงถึงการรับรู้ความเครียดของตนเอง โดยให้ทำแบบประเมินความเครียด และสอบถามประสบการณ์การจัดการกับความเครียดเพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็ง พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมและสอนเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียดและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเครียด ส่งผลให้สามารถควบคุมความอยากดื่มส่งผลให้หยุดหรือลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธิดา นิมิตรติ (2550) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การเลิกแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา พบว่า ผู้ป่วยติด แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในด้านการจัดการกับการกระตุ้นให้ดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการกับอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์และการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ทุกคนสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การจัดการกับผลทางบวกที่เคยได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ (การควบคุมอารมณ์และเทคนิคการหยุดดื่มให้สำเร็จ) (ปฏิบัติกิจกรรมในผู้ติดแอลกอฮอล์)

ผู้วิจัยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอารมณ์ด้านบวกที่ทำให้ดื่ม แอลกอฮอล์ เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ดื่มเพราะต้องการฉลอง ให้ ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์เพิ่มเติม ชี้แนะและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางใน การควบคุมอารมณ์ตนเองเพื่อนำไปปฏิบัติได้จริง โดยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ทดลองนำแนวทางการ ควบคุมอารมณ์ไปปรับแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลือกแนว ทางการควบคุมอารมณ์และเทคนิคในการหยุดดื่มที่จะนำไปใช้ได้

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเตรียมผู้ติดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนของครอบครัวก่อนเข้าสู่ การพยาบาลระยะสนับสนุนการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมาเพื่อเป็นการสู่ เตรียมตัวสู่ระยะลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยมอบคู่มือให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเป็นตัวช่วย สำคัญที่จะทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายในสถานการณ์จริงพร้อมทั้ง บันทึกเวลานัดหมายในตารางการนัดหมาย ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถทบทวนและบอก แนวทางการนำทักษะต่างๆ ไปใช้ได้

ระยะที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ ครั้งละ ประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการพูดคุยกับผู้ติด แอลกอฮอล์และครอบครัวถึงพฤติกรรมเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อประเมิน สถานการณ์และปัญหาในการควบคุมความอยากดื่ม และร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุและเชื่อมโยงมาสู่การ

เพิ่มความสามารถต่างๆ ที่ผ่านมาโดยซักถามการนำไปใช้ โดยใช้ข้อมูลในคู่มือที่สำเนาไว้มาทบทวน ในกิจกรรมที่เป็นปัญหาและชี้แนะการสนับสนุนการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เหมาะสมมากขึ้น และให้ผู้ติดแอลกอฮอล์วางแผนการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจในการเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Piamjariyakul (2012) ที่ศึกษาความเป็นไปได้ของการสอนแนะทางโทรศัพท์ต่อการจัดการอาการ หัวใจล้มเหลวที่บ้านให้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 10 คน โดยวัดผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า การสอนแนะโดยติดต่อทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพ ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวให้ความร่วมมือในการติดต่อทางโทรศัพท์ และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปใช้สถานการณ์จริงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ไปใช้กับผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลยาเสพติด ความรู้ด้านการพยาบาลด้วยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

1.3 ควรเผยแพร่ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีการประยุกต์ใช้ในระบบการดูแล เพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรกำหนดระยะเวลาในการติดตาม และสนับสนุนการนำไปปฏิบัติการดูแลในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์หลังจำหน่ายผู้ติดแอลกอฮอล์ออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และหรือ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมจากการทำกิจกรรม รายเดี่ยวเป็นการทำกิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ในอนาคต

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552). คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.
- กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน. (2553). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย. รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534 ข). รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาอดตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิรวัดน์ จิตต์วัฒนานนท์. (2550). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ควมรู้ ต่อควมรู้ พฤติกรรมการอดตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา โรจนแสงชัย. (2550). เยาวชน: กรณีศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยขอนแก่นในปี พ.ศ. 2550. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาสังคมศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชนิดา บุญญาวาส. (2547). การดูแลผู้ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ญาดา จีนประชา. (2550). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกาช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐกฤตา ชันดี. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ณัฐธิดา นิมิตรดี. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรเล็กลอกฮอล์ของผู้ป่วยที่มา
รับบริการในคลินิกอดสูรา โรงพยาบาลพะเยา. รายงานการศึกษาอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2545). **เวชศาสตร์โรคติดยาคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. สงขลา: ลิมบราเตอร์การพิมพ์.
- ทศพล กองเงิน. (2553). **ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการรับความรู้สึกและความเครียดของผู้
ติดยาที่กลับมาเสพยา** โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพาวดี เอ็มวรรธนะ. (2547). **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ. (2556). **สืบสถานการณ์เด่นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
ผลกระทบในประเทศไทยปี 2556**. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธรมินทร์ กองสุข. (2547). **สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต**. ในการประชุม
วิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 หน้า 56 – 71. 25 – 27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรม
แอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร.
- นงคาร รวงแดง. (2550). **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา**.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและ
พฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตานถ โขคเกิด. (2545). **ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราของ
ผู้ติดยาในโรงพยาบาลลำพูน**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจลักษณ์ มณีทอน. (2551). **จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์
แสงศิลป์จำกัด.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โครงการแต่งตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2551). **ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 19: 88 - 102.
- ประไพ ทายุทธ. (2545). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**. การศึกษาอิสระปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีทรรศ ศิลปกิจ วนิดา พุ่มไพศาลชัยและพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2542). **ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา**. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- ไพบรดา ชมชื่น. (2544). **คุณลักษณะทางจิตวิทยาและสังคมของผู้ติดสุรา: กรณีศึกษาผู้ติดสุราในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่**. รายงานการศึกษาคณะกรรมการสัมมนาทางจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. (2553). **การดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ**. วนิดาการพิมพ์: เชียงใหม่.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ. (2545). **จิตวิทยาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พัชรินทร์ ชมเดช. (2540). **ผลกระทบของทหารผู้ติดสุราต่อคุณภาพชีวิต** รายงานการวิจัยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK Model)**. กลุ่มงานพัฒนาบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. **สุขภาพจิตนานาชาติ**. การประชุมวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 3. 25-27 สิงหาคม 2547. กรุงเทพมหานคร, ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). **Principle of Assessment and Approach to the Addict**. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

- พิชัย แสงชาอุชัย พงศธร เนตรราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). **ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- พิทักษ์ สุริยะใจ. (2548). **รายงานการวิจัยเรื่องสาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่**. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. (2553). **คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1: เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2553). **รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปี 2553**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2554). **รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปี 2554**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2555). **รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปี 2555**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- วิชัย โปษยะจินดา และคณะ. (2544). **โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- วิภาวี แสงเพชร. (2547). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก** อย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. (2544). **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: วชิระอินเตอร์พรีนติ้ง

- วันพูนีย์ ดวงแก้ว, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเข็ญ และวิภา แซ่เข็ญ. (2554). ผลของการพยาบาลแบบ
สนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ
คอที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3(3), 1-13.
- ศรันยา บุณนาค และ อำนวย อินทสโร. (2552). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นนัก
ดื่มสุราของนักศึกษาชายมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ.
- ศุภย์บำบัดรักษา ยาเสพติดขอนแก่น. (2546). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ขอนแก่น:
เพ็ญพรินต์ติ้ง
- สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2556). ข้อมูลสถิติ. Retrieved April
26, 2013 from http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=53
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: วีเจพรินต์ติ้ง.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (บรรณาธิการ). (2550). ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจาก
การดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). ยาเสพติดมหันตภัยร้ายที่ป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- สมศรี ไชยมาภรณ์. (2550). ลักษณะการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมต่อความสำเร็จในการ
เลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาจิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลตนเอง: ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ในสมจิต หนูเจริญกุล
(บรรณาธิการ). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. (หน้า 115-135). กรุงเทพมหานคร:
วีเจ พรินต์ติ้ง.
- สายชล ยุบลพันธ์. (2551). ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อ
พฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้**

เรื่องมาตรการการแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2547). การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป.

วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา, 20(9), 701-708.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.**

เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **การศึกษาพฤติกรรมการดื่ม สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและ**

สังคมผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช.** พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2541). **ยาและสารเสพติดให้โทษ.** พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร:

ไทยวัฒนาพานิช.

องค์กรแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2552). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เอกสาร**

พินิจทางคลินิกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา**

จากศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อวิस्ता จันทร์แสนตอ. (2541). **ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2543) **จิตวิทยาและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการ

พิมพ์.

อุรียา รุ่งรอบ. (2553). **การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและตัวกระตุ้นในผู้ป่วยที่ติดสุรา: โรงพยาบาล**

จิตเวชนครราชสีมาราชชนนรินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุษณี ศรีพุทธา และจิราวรรณ แทนวัฒนากุล. (2555). **การเลี้ยงดูเด็กวัยเดินของครอบครัวที่
บริโภคน้ำในชุมชนแออัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพ
เด็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association [APA]. (2000). **Diagnostic and statistical manual
of mental disorders [DSM-IV-TR]** (4th ed.). Washington, DC: Author.

Arlene E. & Marjorie Isenberg. (1996). **Effect of Orem – based nursing intervention
on nutrition self – care of myocardial infraction patients**. Journal nurse
stuydy, Vol.33, No 3, pp.259-270.

Drummond et.al. (2000). Craving research: future directions, **Addiction 95** (suppl. 2)
S247 – S255.

Lapham, S.C., et al., (1998). **Prevalence of alcohol problems among emergency
room patient in Thailand**. *Addiction*, 93 (8), 1231-1239.

Leggio, L. (2009). **Understanding and treating alcohol craving and dependence:
Recent Pharmacological and neuroendocrinological findings**. *Alcohol and
Alcoholism*, 44(4), 341– 352.

Marlatt, G. A. (1985). **Relapse prevention**. Theoretical rationale and overview of the
model. In: G. A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.). **Relapse Prevention**. New York:
Guiford Press.

Marlatt, G. A. (1987). **Craving for alcohol, loss of control and relapse: a cognitive
behavioral analysis**, in: NATHAN, P.E., Marlatt, G.A. & LABERG, T. (Eds)
Alcoholism: new directions in behavioral research and treatment, 271-314

Monti et al. (2000). Toward bridging the gap between biological and psychosocial
models of alcohol craving, **Addiction 95**.

- Nethong Taya. (2004). **Effects of supportive-educative nursing system on maternal caregiving behaviors and health outcome of premature infants.** Master' Thesis, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing Science, Mahidol University.
- Niaura, R.S. 2000. **Cognitive social learning and and related perspectives on drug craving, Addiction** 95 (suppl.2): S155 – S163.
- O'Brien, C., Ternes, J., Grabowski, J., Ehrman, R., (1981). **Classically conditioned phenomena in human opiate addiction.** In: Thompson, T., Johnson, C. (Eds.), Behavioral Pharmacology in Human Opiate Addiction. Us Government Printing office, Washington, DC.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: Concepts of Practice.** 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. (1991). **Nursing: Concepts of Practice.** 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N.J. (1978). **Health promotion in nursing practice.** 2nd California: Appleton & Lange.
- Piamjariyakul U., et al. (2012). **The feasibility of telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers.** ARTICLE IN PRESS: Heart & Lung.
- Pratumma Rithpho et al. (2012). **A Nursing Intervention to Enhance the Self-Care Capacity of Nondisclosed Persons Living With HIV in Thailand.** JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE.
- Poikolainen, K. (2000). **Risk factors for alcohol dependence: a case – control study.** Alcohol & Alcoholism 35 (2): 190 – 196.
- Polit, D., and Beck. (2004). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Redish, A.D., (2004). **Addiction as computational process gone awry**. *Science* 306:1944-1947.
- Schuckit, M.A. (2002). Vulnerability factor for alcoholism. In K.L. Davis, D. Charny, J.T. Coyle, & C. Nemeroff (Eds.) **Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress**. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skinner, M.D., and Aubin, J. (2010). Craving's place in addiction theory: Contribution of the major models. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews** 34: 606-623.
- Stein, K.D., Goldman, M.S., and Del Boca, F.K. 2000. **The influence of alcohol expectancy priming and mood manipulation on subsequent alcohol consumption**. *Journal of abnormal Psychology* 109 (1): 106 – 115.
- Sommer, M.S. Wray, J., Saveage, C., and Dyehouse, J.M. 2003. **Assessing acute and critically patients for problem drinking**. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22: 76 – 88.
- Somtawin Sirireng. (2005). **Effects of supportive-educative nursing system on dependent care behaviors and the occurrence of complications among children with long-term tunneled catheter**. Master' Thesis, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing Science, Mahidol University.
- Suktrakul sunisa. (2009). **The Effect of Alcohol Craving Control Program on Alcohol Consumption in Person with Alcohol Dependence**. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science. Chulalongkorn University.
- Tiffany, S. (1999). Cognitive Concepts of Craving. **Alcohol research and health** 23: 215-224

Tizabieal, Y., Copeland, R.L., Louis, V.A., and Taylor, R.E.2002. **Effects of combined systemic alcohol and central nicotine administration into ventral tegmental area on dopamine release in the nucleus accumbens.** Alcohol Clinic Experimental Research 26 (3), 394 – 399.

Walton, M. A., Blow, F.C., Bingham, C.R., and Chermack, S.T. 2003. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. **Addictive Behavior** 28 (4): 627 – 642.

Webster’s New Universal Unabridged Dictionary. (1996). New York: Barnes & NobleBooks.

Wikler, A., (1980). **Opioid Dependence: Mechanisms and Treatment.** New York. Plenum Press,

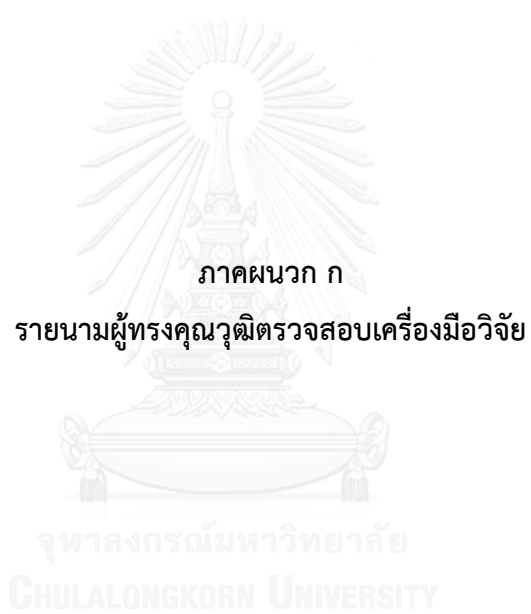
World Health Organization (WHO). (2005). **New target network.** Retrieved December7, 2007 from <http://www.newstarget.com/001009.html>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
3. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
4. นายสุรัช สุนันตา พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการโรงพยาบาลสวนปรุง
5. นางสาววิมาลา เจริญชัยพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

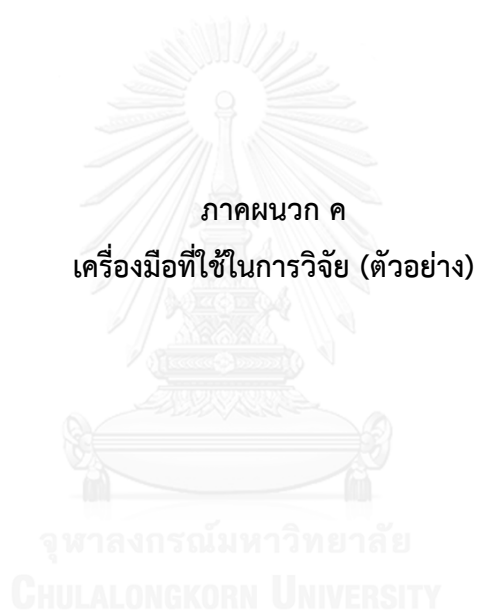
$$CVI = \frac{10}{11} = .90$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว

$$CVI = \frac{29}{30} = .96$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์

$$CVI = \frac{3}{3} = 1.0$$



--	--	--

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดแอลกอฮอล์

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย X ลงใน () หน้าข้อความที่คุณเลือก หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกัน
อยู่

4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
() ปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
() รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() อื่นๆ ระบุ

6. รายได้ต่อเดือน () น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท
() 5,001 – 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท
() 15,001 – 20,000 บาท
() 20,001 – 25,000 บาท
() มากกว่า 25,000 บาท

--	--	--

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของคุณในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น) กรุณาทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

1. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน
 - (1) ไม่เคย
 - (2) เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า
 - (3) 2-4 ครั้ง/เดือน
 - (4) 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
 - (5) 4 ครั้ง/ สัปดาห์หรือมากกว่า

2. ในวันที่คุณดื่มตามปกตินั้น คุณดื่มกี่ดื่มมาตรฐาน
 - (1) 1 หรือ 2
 - (2) 3 หรือ 4
 - (3) 5 หรือ 6
 - (4) 7 – 9
 - (5) 10 หรือมากกว่า

3. คุณดื่ม 6 ดื่ม มาตรฐานหรือมากกว่าในคราวเดียวกันบ่อยแค่ไหน
 - (1) ไม่เคยเลย
 - (2) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - (3) เดือนละครั้ง
 - (4) สัปดาห์ละครั้ง
 - (5) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

--	--	--

ส่วนที่ 3 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดื่มและความพยายามในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

1. บ่อยแค่ไหน ใน 1 วันที่คุณใช้เวลาคิดถึงหรือนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์
 - (1) ไม่เลย
 - (2) น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน
 - (3) 1 – 3 ชั่วโมงต่อวัน
 - (4) 4 – 8 ชั่วโมงต่อวัน
 - (5) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
2. การคิดถึงหรือนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน ของคุณ
 - (10) ไม่เลย
 - (2) เล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตและการทำงาน
 - (3) รบกวนอย่างแน่นนอนแต่สามารถจัดการได้
 - (4) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหา
 - (5) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก
3. การคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณเกิดความเสียใจหรือรบกวนจิตใจของคุณ
 - (1) ไม่เลย
 - (2) เล็กน้อย และไม่รบกวนจิตใจมากนัก
 - (3) พอสมควร เกิดขึ้นบ่อย รบกวนจิตใจบ้าง แต่ยังจัดการได้
 - (4) มาก เกิดขึ้นบ่อยมาก และรบกวนจิตใจมาก
 - (5) รุนแรงมาก เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา และทำให้เสียใจจนทำอะไรไม่ได้
4. คุณใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะต่อต้านการคิดถึงหรือพยายามที่จะมองข้ามไม่ใส่ใจต่อความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น (เฉพาะความพยายามไม่รวมถึงความสำเร็จในการควบคุมการคิดถึงการดื่ม)

.....
5. คุณประสบความสำเร็จแค่ไหนในการหยุดยั้ง หรือเบี่ยงเบนการคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์

.....

```
RELIABILITY
/VARIABLES=con1 con2 con3 con4 con5 con6 con7 con8 con9 con10 con11
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

[DataSet1] D:\Thesis EÖÇD\A\try out patient Data.sav

Scale: ALL VARIABLES

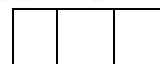
Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	50.8
	Excluded ^a	29	49.2
	Total	59	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	11



ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านเลือก หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือ

อนุปริญญา

5. อาชีพ () ปรินญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
() รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ต่อเดือน () ไม่มีรายได้ () น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท
() 5,001 – 10,000 บาท () 10,001 – 15,000 บาท
() 15,001 – 20,000 บาท () 20,001 – 25,000 บาท
() มากกว่า 25,000 บาท
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ ปี
8. มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ติดแอลกอฮอล์โดยเป็น
9. ลักษณะครอบครัว
() ครอบครัวเดี่ยว (ผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกันประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก)
() ครอบครัวขยาย (มีญาติพี่น้องอื่นๆ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน)
10. ในขณะดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ที่บ้าน ท่านมีผู้ช่วยเหลือร่วมรับผิดชอบดูแลด้วยหรือไม่
() ไม่มี
() มี คือ(โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ติดแอลกอฮอล์)

--	--	--

ตอนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดย

ครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด (คำตอบของท่าน ไม่มีถูกหรือผิด เพียงท่านตอบตรงตามที่ท่านปฏิบัติ ไม่ใช่ตามความรู้สึกที่ท่าน คิดว่าควรปฏิบัติ)

การปฏิบัติของท่าน: คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- ปฏิบัติมากที่สุดให้ 5 คะแนน หมายถึงท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนทุกครั้ง
 ปฏิบัติมากให้ 4 คะแนน หมายถึงท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเกือบทุกครั้ง
 ปฏิบัติปานกลางให้ 3 คะแนน หมายถึงท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นบางครั้ง
 ปฏิบัติน้อยให้ 2 คะแนน หมายถึงท่านปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนนานๆ ครั้ง
 ไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน หมายถึงท่านไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเลย

ข้อความ	การปฏิบัติการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. ท่านให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อเลิกดื่มแอลกอฮอล์					
2. ท่านให้การช่วยเหลือเมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ					
3. ท่านชี้ให้เห็นสภาพของบุคคลอื่นที่ดื่มสุราและเกิดภาวะแทรกซ้อน					
4. ท่านดูแลจัดอาหารให้รับประทานตามที่ผู้ป่วยชอบไม่จำเป็นต้องมีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น					

แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว

ข้อความ	การปฏิบัติการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
5.....					
6.....					
7.....					
8.ท่านบอกสมาชิกทุกคนในครอบครัวงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ตำหนิผู้ป่วย เพื่อช่วยลดสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ซ้ำ					
9.....					
10.....					
11.....					
12.....					
13.....					
14.ท่านได้ชี้ให้เห็นตัวอย่างของคนที่สามารถดูแลตนเองจนสามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้					
15.ท่านยินยอมให้ผู้ป่วยคบเพื่อนกลุ่มเดิมที่เคยดื่มด้วยกัน					
16.....					
17.....					
18.....					
19.....					
20.....					
21.....					

แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว

ข้อความ	การปฏิบัติการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
22.....					
23.....					
24.....					
25.....					
26.....					
27.....					
28.....					
29					
30.ท่านให้ผู้ป่วยทดลอง แก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตัวผู้ป่วย เอง โดยท่านคอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ					

```

GET
FILE='D:\Thesis EÖÇD%A\try out caregiver data.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
/VARIABLES=So1 So2 So3 So4 So5 so6 so7 so8 so9 so10 so11 so12 so13 so14
so15 so16 so17 so18 so19 so20 so21 so22 so23 so24 so25 so26 so27 so28 so29
so30
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA,

```

Reliability

[DataSet1] D:\Thesis EÖÇD%A\try out caregiver data.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.891	30

**โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการ
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์**

ระยะที่ 1 การพินิจพิจารณาและตัดสินใจ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาล 6 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที

กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลระยะที่ 1

กระบวนการเรียนรู้การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนี้เกิดจากการได้รับการชี้แนะ สนับสนุนและให้ความรู้จากพยาบาล ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการที่จะบอกได้ว่าความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์คืออะไร และวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้นคืออะไร ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นบุคคลที่มีความต้องการความสามารถในการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองโดยพบสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถลดปริมาณการดื่มได้คือ ขาดความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิดความอยากดื่มของผู้ป่วยนั้นได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์โดยมีทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ สิ่งกระตุ้นภายในได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ตีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด เหนง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีความต้องการที่จำเป็นในการเพิ่มความสามารถโดยการสนับสนุนของครอบครัวที่จะจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ เพื่อควบคุมความอยากดื่ม นำไปสู่ความสามารถที่จะลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้นั่นเอง

**ระยะที่ 2 การสนับสนุนการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ร่วมกับ
ครอบครัว**

(ทางโทรศัพท์) ระยะเวลา ครั้งละประมาณ 15 นาที (สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6, และ 8 หลังจำหน่าย)
จำนวน 6 ครั้ง

กรอบแนวคิด

การนำความรู้และแนวทางต่างๆ ไปลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โดยผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถนำแนวทางการควบคุมความอยากดื่มไปปฏิบัติในชีวิตจริง และสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มที่เหมาะสมโดยมีการติดตามประเมินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การลดปริมาณการดื่มได้จริง

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น (ปฏิบัติการกิจกรรมในผู้ป่วย)

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และความไว้วางใจ
2. เพื่อให้ผู้ติดตามแอลกอฮอล์ได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของความอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม
3. เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อวางควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
4. เพื่อให้ผู้ติดตามแอลกอฮอล์ได้ตัดสินใจเลือกและวางแผนการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเอง

กระบวนการพยาบาล	แนวทางการปฏิบัติ/ตัวอย่างการปฏิบัติ	เครื่องมือ/สื่อ	
1. การสร้างสัมพันธภาพ (5 นาที)			
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (15 นาที)	1. ทบทวนข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ติดตามแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยเหลือในการวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมา และสรุปปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้ป่วยได้ทราบ	- “จากการตอบแบบสอบถามของคุณ คุณจะเห็นว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของคุณมีอยู่หลายอย่างที่เดิยวที่สำคัญๆ คือ ..”	คู่มือสำหรับผู้ติดตามแอลกอฮอล์ หน้า 4-7
3. การชี้แนะ (10 นาที)	1. พุดคุยสะท้อนปัญหาให้เกิดความตระหนักโดยเน้นผลด้านลบของการขาดความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความ	- “คุณคงเห็นแล้วว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มของคุณมีหลายอย่างอยู่เหมือนกัน เช่น...(เอามาจากการตอบแบบ) ซึ่งจริงๆ แล้วก็	

การประเมินผล

1. ผู้ติดตามแอลกอฮอล์พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ศึกษา
2. ผู้ติดตามแอลกอฮอล์ร่วมมือในการตอบแบบสำรวจสิ่งกระตุ้น
3. ผู้ติดตามแอลกอฮอล์สามารถสรุปปัญหาในการควบคุมความอยากดื่มของตนเองว่ามาจากสิ่งกระตุ้นอะไรบ้าง
4. ผู้ติดตามแอลกอฮอล์บอกแนวทางการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มของตนเองที่เหมาะสมได้

เครื่องมือที่ใช้

- คู่มือผู้ป่วย

การให้ความรู้เรื่อง สิ่งกระตุ้น

สิ่งกระตุ้น คือ สิ่งใดก็ตามที่ผู้ติดตามแอลกอฮอล์นึกถึง พบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์แล้วทำให้เกิดการดื่ม รุ้สึกอยากดื่ม จนบางครั้งทำให้กลับไปดื่ม

สิ่งกระตุ้น ⇨ คิดถึงการดื่ม ⇨ รุ้สึกอยากดื่ม ⇨ กลับไปดื่ม

สิ่งกระตุ้นแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นภายใน เช่น สภาพอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ โกรธ เครียด เหงา เป็นต้น
2. สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น บุคคล สถานที่ สิ่งของ ช่วงเวลา เป็นต้น



คู่มือ
คู่มือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ อ.ดร.สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ
การสนับสนุนการควบคุม
ความอยากดื่มแอลกอฮอล์
ในผู้ติดแอลกอฮอล์โดยครอบครัว



จัดทำโดย
นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
รศ. ดร. อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย และ อ.ดร.สุนิศา สุขตระกุล
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

CT		
----	--	--

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์
(Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ชี้แจง.....

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืกลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การบริโภคของตนเอง ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะมีการแสดงถึงความต้องการในการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกลอยลางอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้จะเกิดผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้บกพร่อง ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย โรคตับอ่อนอักเสบ โรคลีดี สมอ่งเสื่อม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านอื่น ได้แก่ ปัญหาบุคคลจรจัด ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานและปัญหาครอบครัว ดังนั้นผู้ติดแอลกอฮอล์จึงเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมและลดผลกระทบดังที่กล่าวมา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องคือ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเกิดจากการมีสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ สภาพแวดล้อมหรือ บุคคลที่ร่วมดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของหรือภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ อุปกรณ์การดื่ม หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มหรือประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง คือ ด้านครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น และเป็นปัจจัยสนับสนุน เช่น การให้การดูแลเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดยจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำให้ลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ได้ และสามารถป้องกันการติดซ้ำได้มากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 2) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

เป็นผู้ติดแอลกอฮอล์อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (AWS) ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนและสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1 คน

มีคะแนนทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(Mini – Mental Status Examination: Thai – Version (MMSE – THAI 2002)) ผ่านเกณฑ์การประเมินคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จบประถมศึกษา 17 คะแนน สูงกว่าประถมศึกษา ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

สามารถอ่าน – เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้

ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และยินยอมให้ติดต่อทางโทรศัพท์ระหว่างการศึกษาวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 40 คนและสมาชิกในครอบครัวครอบครัวละ 1 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่

ท่านจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประกอบที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 2 ระยะ ระยะที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 ครั้งดำเนินการวันเว้นวัน นาน 60 – 90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ระยะที่ 2 เป็นการนำความรู้และแนวทางต่างๆ ไปลงมือปฏิบัติภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการสนับสนุนการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวทางโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จากนั้นจับฉลากที่ละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดย

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประกอบที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมในระยะที่ 1 จำนวน 5 ครั้ง ดำเนินการวันเว้นวัน นานครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นการดำเนินการกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลและการดำเนินการกิจกรรม ในระยะที่ 2 เป็นการนำความรู้และแนวทางต่างๆไปลงมือปฏิบัติภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการสนับสนุนการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวทางโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 15 นาทีในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้เป็นประจำของกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ โดยมีพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพจิต การประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ และได้รับแผนปฏิบัติการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ท่านสามารถเข้ารับการบำบัดด้วยการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หากท่านมีความประสงค์

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรม และท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือจากระบบการสนับสนุนทางการพยาบาลในเรื่องความรู้ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดื่มและการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นยังได้รับกำลังใจ การยอมรับและการดูแลจากครอบครัว ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความสามารถเพิ่มมากขึ้นในการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และสามารถลดและเลิกได้ในที่สุด

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึก คือ ผ้าเช็ดหน้ามูลค่า 30 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 7 ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ (มือถือ) 081-7096851 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 7 ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ (มือถือ) 081-7096851

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณลีอบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแยกออกจากข้อมูลของสมาชิกในครอบครัว และใส่ตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจล็อกไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิด แต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวศิวะพร ไชยชนะ)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

CT		
----	--	--

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่ม
แอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ลงนาม

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

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

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

EP		
----	--	--

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ลงนาม

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

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

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

CT			
----	--	--	--

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับครอบครัว
(Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ชี้แจง.....

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การบริโภคของตนเอง ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะมีอาการแสดง ได้แก่ มีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์มาก

ขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้จะเกิดผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้บกพร่อง ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย โรคตับอ่อนอักเสบ โรคชีด สมองเสื่อม นอกจากนั้นยังมีผลกระทบด้านอื่น ได้แก่ ปัญหาบุคลิกจรจัด ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานและปัญหาครอบครัว ดังนั้นผู้ติดแอลกอฮอล์จึงเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมและลดผลกระทบดังที่กล่าวมา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำอย่างต่อเนื่องคือ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเกิดจากการมีสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ตีใจ เสียใจ กังวลใจความโกรธ เครียด เหงา บุคคลที่ร่วมดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของหรือภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ อุปกรณ์การดื่ม หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มหรือประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง คือด้านครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น และเป็นปัจจัยสนับสนุน เช่น การให้การดูแลเพื่อผ่อนคลายความเครียด การให้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดยจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำให้ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ได้ และสามารถป้องกันการติดซ้ำได้มากขึ้น โดยมี **วัตถุประสงค์เพื่อ** 1) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 2) เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ **ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมาอย่างน้อย 6 เดือน
2. สามารถอ่าน – เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และยินยอมให้ติดต่อทางโทรศัพท์ระหว่างการศึกษาวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

4. มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง
5. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 40 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ท่านจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 2 ระยะ ระยะที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลานานครั้งละ 60-120 นาที ระยะที่ 2 เป็นการนำความรู้และแนวทางต่างๆไปลงมือปฏิบัติโดยการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 15 นาทีในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดย

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมในระยะที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง เป็นการดำเนินการกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล นานครั้งละ 60-120 นาที ในระยะที่ 2 เป็นการนำความรู้และแนวทางต่างๆไปลงมือปฏิบัติโดยการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 15 นาทีในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้เป็นประจำของกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ โดยมีพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพจิต การประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ และได้รับแผนพบการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ท่านสามารถเข้ารับการรักษาด้วยการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้หากท่านมีความประสงค์

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นารรุกรล้ำร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อไปกับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่าน คือ จากระบบการสนับสนุนทางการพยาบาลในเรื่องความรู้ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดื่มและการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังได้รับกำลังใจ ทำให้ท่านสามารถสนับสนุนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถลดและเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ในที่สุด

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น และจะไม่ได้ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจากการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึกคือ ผ้าเช็ดหน้ามูลค่า 30 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 7 ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ (มือถือ) 081-7096851 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 7 ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ (มือถือ)
081-7096851

**หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่อง ได้
ที่**

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ อาจารย์
ดร.สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์
02-2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไป
อภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็น
ความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วย
แยกออกจากข้อมูลของสมาชิกในครอบครัว โดยเก็บใส่ตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้และมีกุญแจ
ล็อคไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิด แต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงาน
ใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบ
ข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ
ในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผล
ส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้
โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาพยาบาลของท่าน

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวศิวะพร ไชยชนะ)

CT		
----	--	--

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับครอบครัว (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ลงนาม

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

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

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

EP		
----	--	--

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับครอบครัว (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

วันที่ลงนาม

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

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

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



ที่ สธ ๐๘๑๑/๑๕๗๖



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อ.เมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๗๕ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์

เรียน คณะคณาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๙๐๖ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัย เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการควบคุมการอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว
ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์”

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง “ผลของโปรแกรมการ
ควบคุมการอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน
ผู้ติดแอลกอฮอล์” ความแจ้งแล้วนั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาโครงการดังกล่าว
เรียบร้อยแล้ว และมีมติอนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธณินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๙๙

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๙๘

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการควบคุมการอยากดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อ
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา

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

ลงนาม 

(นายแพทย์ธณินทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

๗๘ / เมษายน / ๒๕๕๗

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า
วันที่ 14 ส.ค. 2557
เลขที่รับ 60
เวลา 13.50 น.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
เลขรับ 1748
วันที่ 14 ส.ค. 57
เวลา 13.17

ที่ ศธ 0512.11/ 1906

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิวะพร ไชยชนะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ และครอบครัวผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) จำนวน 70 คน โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดแอลกอฮอล์ แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ และแบบบันทึกการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความอยากดื่มโดยครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิวะพร ไชยชนะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้าฝ่าย/ศูนย์/กลุ่มงาน/สำนักงาน

- การเงิน งานธุรการ สำนักเลขที่
 ศูนย์ฝึกอบรม สิ่งก่อสร้าง เภสัช
 การพยาบาล อื่นๆ งานบุคคล
 ยานพาหนะ หน่วยงาน อื่นๆ...จึง
งานธุรการ.....ลงวันที่ 14 ส.ค. 57

ขอแสดงความนับถือ

สุรพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157
ชื่อนิสิต นางสาวศิวะพร ไชยชนะ โทร. 081-709-6851

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิวะพร ไชยชนะ เกิดเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2519 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับทุนการศึกษาจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น และสำเร็จจากวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2539 และสำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2546 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554

