

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ

สุภา อัจฉรินทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

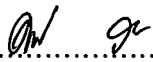
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

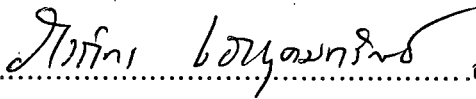
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุภา อัจฉันท์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

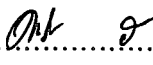
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

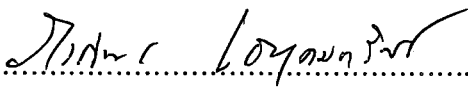
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(นายแพทย์เวชิต ประทุมศรี)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เด็ชวณิชเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ แนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความใส่ใจ และให้ความปรารถนาดีแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ส่งผลให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่น ตั้งใจ ที่ทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ กรรมการที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการป้องกันเค้าโครงและป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนการศึกษา ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่สนับสนุนให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อครั้งนี้ และผู้ติดสุราที่ กลับไปเสพซ้ำที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ให้ความรู้ ความเข้าใจ และขั้นตอนต่าง ๆ ในการ ทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ขอบคุณเพื่อนรุ่นพี่ รุ่นน้อง ในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนเพื่อน ๆ พี่ ๆ ในที่ทำงาน ที่คอยให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการี บูรพาจารย์ และ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จ มาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สุภา อักจันทร์

53920627: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม.

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ/ ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา/ ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา/
การรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรา/ การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ติดสุรา

สุภา อัจฉรินทร์: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ

(FACTORS ASSOCIATED WITH INTENTION TO ALCOHOL ABSTINENCE AMONG

PERSONS WITH RELAPSED ALCOHOL DEPENDENCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D. 82 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การกลับไปดื่มซ้ำของผู้ติดสุราถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำมักมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ ซึ่งความตั้งใจในการหยุดดื่มถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดื่มสุราสามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราและมารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา แบบสอบถามทักษะคิดต่อการดื่มสุรา แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา และแบบสอบถามการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการหยุดดื่มในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.78 ($\bar{X}=31.95$, $SD=8.41$) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทักษะคิดต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.22$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุราและการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.35$, $p < .01$, $r = 0.44$, $p < .01$) ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพควรรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนทักษะคิดต่อการดื่มสุรา เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุราและการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราและสามารถหยุดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ในที่สุด

53920627 : MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING;
M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: RELAPSED ALCOHOL DEPENDENCE/ INTENTION TO ALCOHOL
ABSTINENCE/ ATTITUDE TOWARD ALCOHOL DRINKING/ ALCOHOL
ABSTINENCE SELF-EFFICACY/ ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR
MANAGEMENT

SUPA AKHAJAN: FACTORS ASSOCIATED WITH INTENTION TO ALCOHOL
ABSTINENCE AMONG PERSONS WITH RELAPSED ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISORY
COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. P 82. 2016.

A relapse of alcohol dependence is a significant public health problem. Persons with relapsed alcohol dependence have functional impairments. Intention to alcohol abstinence is a key factor to successfully stop drinking among these persons. The purpose of this study was to describe factors associated with the intention to alcohol abstinence among persons with relapsed alcohol dependence. The sample consisted of persons with alcohol dependence and received the second time of treatment at the outpatient department of Thanyarak Khon Kaen Hospital. The data were collected during October to November, 2015. Research instruments included the questionnaires to gather data regarding personal information, intention to alcohol abstinence, the attitude toward alcohol drinking, self-efficacy to stop drinking alcohol and alcohol drinking behavior management. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients were employed to analyze the data.

The results revealed that about 77.78% of persons with relapsed alcohol dependence had the mean scores of the intention to alcohol abstinence at a low level (\bar{X} = 31.95, SD = 8.41). Correlational analysis found that the attitude toward alcohol drinking had significantly negative correlation with intention to alcohol abstinence ($r = -0.22$, $p < 0.05$). Self-efficacy to stop drinking alcohol and alcohol drinking behavior management had significantly positive relationship with the intention to alcohol abstinence ($r = 0.35$, $p < .01$, $r = 0.44$, $p < .01$, respectively). These findings suggested that nurses and health care providers could apply the results as basic information to develop programs aimed at changing attitudes towards alcohol drinking, enhancing their alcohol abstinence self-efficacy, and promoting alcohol drinking behavior management. The program would increase the intention to alcohol abstinence and finally stop drinking alcohol.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้คิดสูตร.....	11
ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา.....	21
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้คิดสูตร.....	25
3 วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย.....	30
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	39
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
5 สรุปและอภิปรายผล.....	45
สรุปผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผลการวิจัย.....	46
ข้อเสนอแนะ.....	49
ข้อเสนอแนะสำหรับศึกษาครั้งต่อไป.....	50
บรรณานุกรม.....	51
ภาคผนวก.....	61
ภาคผนวก ก.....	62
ภาคผนวก ข.....	64
ภาคผนวก ค.....	69
ภาคผนวก ง.....	73
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	82

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 39
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามค่าคะแนนความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา..... 42
3	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา..... 42
4	ความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา..... 44

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	23

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการติดสุราเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก เนื่องจากสุราเป็นเครื่องดื่มที่หาได้ง่าย เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ โดยผู้ที่ติดสุราชื่นชอบผลของการดื่มสุราที่ตามมา เช่น เมื่อดื่มแล้วทำให้มีรู้สึกกล้าแสดงออก คิดว่าการดื่มสุราเป็นเอกลักษณ์แห่งตน ดื่มแล้วทำให้สบายใจ หรือให้อ่อนหลับได้ง่าย (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2000 พบว่า ประชากรทั่วโลกมีจำนวนผู้ดื่มสุรามากกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลก สำหรับในประเทศไทย ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน จากการสำรวจ พบว่าคนไทยดื่มสุราสูงถึง 13.23 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.4 (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสาธารณสุข, 2550) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณที่มาก และดื่มมาระยะเวลาานจะกลายจนเป็นผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดในสถานบริการสุขภาพของรัฐ

จากการทบทวนสถิติของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัด ณ สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ปี พ.ศ. 2554-2557 มีจำนวนผู้ติดสุรา 1,582 ราย 1,575 ราย 1,388 ราย และ 1,245 ราย (สถาบันธัญญารักษ์, 2554-2557) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบมี 9,919 ราย 9,964 ราย 9,038 ราย (พรทิพย์ คงสัทย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดิ์ เทียงธรรม, 2555) ตามลำดับ เช่นเดียวกับผู้ติดสุราที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและรับรักษาไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากสถิติปี พ.ศ. 2555-2557 มีดังนี้จากจำนวนปี พ.ศ. 2555 จำนวน 5,480 รายรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 548 ราย ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 5,531 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 481 ราย ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 5,200 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 415 รายตามลำดับ (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์, 2557) ส่วนสถิติของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นแบบผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่าในแต่ละปีมีผู้ติดสุรา จำนวน 607 ราย 633 ราย 631 ราย 594 ราย และ 599 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัญหาการติดสุราเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและมีจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลต่าง ๆ ค่อนข้างสูงในทุกปี

ผู้ติดสุราเป็นผู้ที่ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและไม่เหมาะสมจนเกิดความบกพร่องของการทำ
 บทบาทและหน้าที่ ขาดการดูแลใส่ใจตนเองโดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา มีลักษณะ
 การดื่มสุราตลอดในช่วง 12 เดือนมี 3 อาการหรือมากกว่า ใน 7 อาการดังนี้คือ มีการดื้อยา มีอาการ
 ขาดยา มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด
 ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการ
 ดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การทำงานหรือการพักผ่อนอื่น ๆ
 เนื่องจากการดื่มและยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ (American
 Psychiatric Association, 2013) การดื่มสุราระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ
 ครอบครัวยุติ และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายแบบเฉียบพลันหลังจากดื่มสุรามาก คือ
 อาการเมาสุรา ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อสุราเข้าสู่ร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความ
 ผิดปกติในการทรงตัว จะเกิดการเสียการควบคุมของระบบกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการตัดสินใจ
 ช้าลง สมรรถภาพการมองเห็นลดลง ขาดการยับยั้งชั่งใจ มึนงง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อัตราการ
 หายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด ประสาทสัมผัสช้าลง การหายใจช้าลง หมดสติและอาจเสียชีวิต
 ได้ (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราเป็นระยะเวลานานเป็นสาเหตุของ
 การเกิดแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบทางกายเกิดจากแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้
 มีการหลั่งฮอร์โมน Gastrin กระทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผนังของ
 ทางเดินอาหารอักเสบ ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ กระเพาะทะลุ เลือดออกในกระเพาะ
 อาหาร (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) และตับเป็นอวัยวะที่รับพิษโดยตรงจากแอลกอฮอล์เพราะ
 แอลกอฮอล์ต้องสันดาปที่ตับพิษของแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดการสะสมไขมันและ โปรตีน นำไปสู่
 การเกิดโรคตับอักเสบ ตับแข็ง โรคมะเร็งตับ (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2553) โรคขาดวิตามินบี 1
 และโรคสมองเสื่อม (พงศธร เนตราคม, พิษัย แสนชาญชัย และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) เป็นต้น
 ดังนั้นผู้ติดสุราเป็นระยะเวลานานจึงมีความเสื่อมของร่างกายและอาจเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา

การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจโดยผู้ติดสุราเป็นระยะเวลานานมักมีการรับรู้ที่
 ผิดปกติ เช่น หูแว่ว หวาดการระแวง กลัว ก้าวร้าว หลงผิด เห็นภาพหลอน มีผลทำให้ทำร้ายตนเอง
 และผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ซึ่งการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุรามักมี
 โอกาสเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และพบว่ามีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูง
 (บุญลิริ จันศิริมงคล, หทัยชนนี บุญเจริญ และสมพร จวงษ์, 2556) สำหรับผลกระทบทางด้าน
 ครอบครัวยุติ เกิดจากผู้ติดสุราจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวหลังดื่มสุราและนำไปสู่การใช้ความรุนแรงใน
 ครอบครัวยุติ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ดื่มสุรา ร้อยละ 70-80 มีประสบการณ์ การใช้
 ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กโดยการทุบตีทำร้าย ข่มขืน กระทำชำเราบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น

(จะเด็จ เชาวน์วิไล, 2545) ซึ่งผลการศึกษายังพบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุราจะมีปัญหาใช้ความรุนแรงในครอบครัวสูงถึง 3.84 เท่า (รณชัย คงสกนธ์และ นฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังเกิดความรู้สึกเบื่อกว่า ท้อแท้ เป็นภาระในการดูแล ผู้ติดสุราที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และของประเทศชาติ จากการสำรวจพบว่ารัฐบาลและประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณการ 1 ปีเป็นเงิน 1,919,400 บาท (ศิริลักษณ์ นียกิจ, 2555) และต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราคิดเป็น 197,576 ล้านบาทต่อปี (มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, 2550) จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นทำให้รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับปัญหาติดสุราของประชากรไทย โดยมีการจัดส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเร่งให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุรา ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน สังคม และประเทศชาติ และมีการเปิดสถานบริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดสุราและสารเสพติดอย่างเข้มงวดมากขึ้นในทุกภาคส่วนของประเทศ

ปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีการคัดกรองผู้ดื่มสุราตามหลักแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินปัญหาการดื่มสุรา (ปริทรรศ ศิลปกิจและพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) และช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีข้อมูลในการวางแผนและให้การบำบัดที่เหมาะสมกับการดื่มแต่ละแบบของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ติดสุรา (Brief intervention) การให้ความรู้เรื่องสุรา (Alcohol education) การให้คำแนะนำ (Brief Advice หรือ Simple Advice) การให้คำปรึกษา (Brief Counseling) และการพัฒนาการบำบัดประเภทต่าง ๆ ให้กับผู้ติดสุรา เช่น การปรับเปลี่ยนแนวความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) กลุ่มช่วยเหลือตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน (Self help group and 12 steps Oriented Treatment) (พิชัย แสนชาญชัย, 2552) เพื่อมุ่งใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มอย่างใดก็ตาม จากสถิติการบำบัดรักษาพบว่าจำนวนผู้ติดสุราที่กลับไปเสพซ้ำหลังจากผ่านการบำบัดแบบผู้ป่วยในแล้ว กลับมารักษาซ้ำค่อนข้างสูง จากสถิติการผลการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันราชกุมารภักดิ์ 2548-2549 พบว่าผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยเก่าถึงร้อยละ 45-60 (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) และพบว่า ผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชกุมารภักดิ์ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2554-2557 พบว่าผู้ป่วยสุราที่ จำนวน 607 ราย 633 ราย 631 ราย 594 รายและ 599 ราย ตามลำดับ เป็นผู้เข้ารับการบำบัดซ้ำสูงถึงร้อยละ 38.96 (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลราชกุมารภักดิ์ขอนแก่น, 2557) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดสุราที่เข้ารับบำบัดแล้วกลับไปดื่มสุราจึงมีจำนวนมาก

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ติดสุราจำนวนมากที่ต้องกลับมารับการบำบัดซ้ำเนื่องจากกระบวนการติดสุราเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ผู้ติดสุราไม่สามารถต่อสู้กับอาการอยากสุราได้สำเร็จ อ่อนไหวง่าย สูญเสียพลังอำนาจหรือขาดแรงจูงใจและขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการแก้ปัญหาชีวิตและสังคม รวมถึงมีแหล่งสุราที่หาซื้อได้ง่ายในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ ได้แก่ การเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อย ลักษณะการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความเครียด หรือลักษณะอาการทางจิต บุคลิกภาพภายในคนที่อ่อนแอ มีวุฒิภาวะต่ำ ขาดทักษะการจัดการกับปัญหาสภาพปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การตกงาน เป็นต้น (เพ็ญพัทธ์ ธารากร ณ อยุธยา, 2556) อย่างไรก็ตามการหยุดดื่มสุรานั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ยากและขึ้นอยู่กับปัจจัยหลากหลาย ดังนั้นการเข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถวางแผนให้การดูแล ช่วยเหลือ บำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุราได้

ปัจจุบันมีการพัฒนาทฤษฎีที่หลากหลายในการทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่อธิบายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ “ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม” ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้เฉพาะเจาะจงอย่างชัดเจน โดยเมื่อบุคคลมีเจตนาหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นก็แสดงพฤติกรรมนั้นได้ (Ajzen, 1991) เช่นเดียวกับผู้ติดสุราที่มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูงก็จะมีความมุ่งมั่นที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการหยุดดื่มและสามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา มีการศึกษาที่หลากหลายที่สนับสนุนแนวคิดนี้โดยพบว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายนั้นเป็นตัวกำหนดความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยพบว่าผู้ที่มีความตั้งใจไม่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และรุจา ภูไพบูลย์, 2553) นอกจากนี้จากการติดตามผลการรักษาในผู้ติดแอมเฟตามีนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ติดแอมเฟตามีนที่ไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมีความตั้งใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนสูงกว่ากลุ่มที่กลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, 2548) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังพบการศึกษาความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำค่อนข้างน้อย ซึ่งการทำความเข้าใจ

เข้าใจเกี่ยวกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ

นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ยังกล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลไว้ 3 ประการ ได้แก่ ทศนคติ (Attitude) ซึ่งเป็นการพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมเป้าหมายดี ก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงความคิดเห็นของกลุ่มคนสำคัญใกล้ชิดว่าเขาควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งถ้าบุคคลรู้ว่าบุคคลรอบข้างเห็นว่าพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ดี ก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavior control) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าบุคคลรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหรือกำหนดขอบเขตของพฤติกรรมนั้นได้เป็นอย่างดี ก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายที่อาจสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ แต่ปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราค่อนข้างสูงและสามารถจัดการกระทำได้ ได้แก่ ทศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมดื่มสุราของตนเอง

ทศนคติต่อการดื่มสุรา เป็นมุมมองหรือความคิดของบุคคลที่มีต่อการดื่มสุรา โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) เชื่อว่าทศนคติของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าถ้าผู้ติดสุรามีทศนคติที่ดีต่อการดื่มสุราจะไม่เกิดความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา เพราะยังเห็นว่าหรือเชื่อว่าสุราเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ต่อตนเอง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดสุรามีทศนคติทางลบโดยคิดว่าสุราเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ไม่มีประโยชน์และทำลายสุขภาพก็จะมีความตั้งใจในการเลิกดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครที่มีทศนคติทางบวกเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง ($\chi^2 = 15.71, df = 4, P < .01$) (รัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณธิกุล, 2550) เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีทศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่จะมีความตั้งใจในการสูบบุหรี่สูง (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และคณะ, 2554) เช่นเดียวกับตำรวจที่มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง (เขมิกา ปาหา และ

สุนิตา ปรีชาวงษ์ ,2557) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นทัศนคติต่อการดื่มสุราจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุราเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุราเป็นการรับรู้ของผู้ติดสุราว่าตนเองมีความสามารถควบคุมพฤติกรรมหยุดดื่มสุราได้มากน้อยเพียงใด โดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1986) เชื่อว่า การที่บุคคลรู้ว่าตนเองสามารถจัดการหรือดำเนินการเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้ บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผู้ติดสุราที่รู้ว่าตนเองสามารถหยุดพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือสามารถจัดการกับพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราได้ เช่น อาการอยากสุรา หรือปฏิเสธการดื่มสุราได้ ก็จะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสูง ซึ่งมีการศึกษาที่หลากหลายที่สนับสนุนว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (เป็ทมา สุพรรณกุล และวัชร ศรีทอง, 2558) และพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดและศูนย์บำบัดรักษาเสพติดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาจะกลับเข้ารับการรักษาระดับต่ำกว่าผู้ติดสารเสพติดที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนต่ำหรือปานกลางถึง 2 เท่า (กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2550) อย่างไรก็ตามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรากับความตั้งใจในการเลิกดื่มสุรายังพบค่อนข้างน้อย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอาจพอสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุราเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ

สำหรับการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ความตั้งใจในหยุดดื่มสุรา โดยการจัดการพฤติกรรมตนเองเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองสามารถควบคุม กำกับ หรือจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ (Miller & Brown, 1991) ซึ่งการจัดการพฤติกรรมนี้ยังครอบคลุมถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญ หรือจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen,

1991) ที่เชื่อว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ โดยสามารถที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้งควบคุมและกำกับพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ ย่อมมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง เช่นเดียวกับผู้ติดสุรา ถ้าหากว่าผู้ติดสุรารับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือจัดการกับอาการอยากดื่มสุรา รวมทั้งสามารถกำกับตนเองเพื่อควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ก็就会有ความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราสูง จากการศึกษาพบว่า การจัดการพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่ (เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557) ดังนั้นการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุราเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อ บุคคล ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปดื่มซ้ำอย่างไรก็ตามปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำยังพบค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ โดยผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดหรือฟื้นฟู เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราอันจะทำให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดพฤติกรรมการดื่มได้สำเร็จ และไม่กลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำ อันจะเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และลดความสูญเสียจากการดื่มสุราลง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

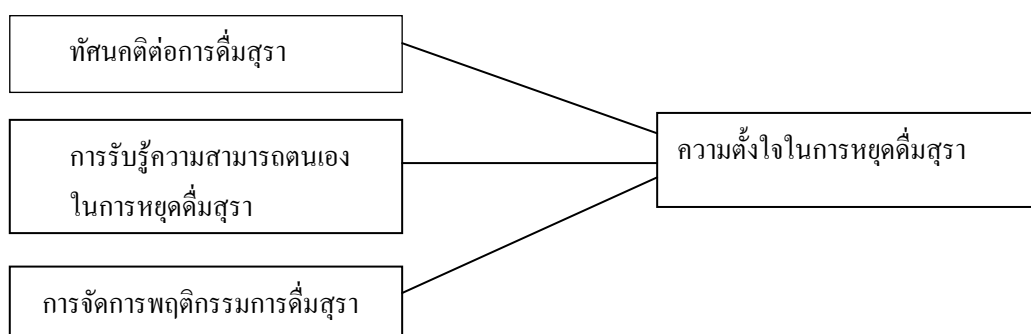
1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะคิดต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กล่าวว่า ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายนั้น โดยบุคคลที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ ซึ่งความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญสามประการ ได้แก่ ทัศนคติ คือ การพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมเป้าหมายดี ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง 2) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นการรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง 3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มคนสำคัญใกล้ชิดที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้ที่บุคคลรอบข้างเห็นว่าพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ดี ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งในศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จากทฤษฎีดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1986) เชื่อว่า การที่บุคคลรับรู้ที่ตนเองสามารถจัดการหรือดำเนินการเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ซึ่งจะ ดังนั้นพอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจำนวน 90 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าติดสุรา ตามการวินิจฉัย DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) และเข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกแล้วหยุดดื่มได้แล้วอย่างน้อย 90 วัน หลังจากนั้นกลับไปดื่มสุราซ้ำติดต่อกันแบบไม่สามารถควบคุมการดื่มได้หรือกลับไปดื่มเหมือนกับช่วงก่อนการหยุดดื่มและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา หมายถึง ความมุ่งมั่น ใฝ่ใจ ตั้งใจ เจตจำนงของผู้ติดสุราที่จะหยุดดื่มสุรา (Ajzen, 1991) ประเมินโดยแบบวัดความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของ รุ่งทิวา ใจจา (2550) พัฒนาตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991)

ทัศนคติต่อการดื่มสุรา หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด ของผู้ติดสุราที่มีต่อการดื่มสุรานั้นว่าดีหรือไม่ดีต่อตนเอง ชอบหรือไม่ชอบ ในทางที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดื่มสุราพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองด้วยพฤติกรรมการดื่มหรือไม่ดื่มสุรา (Norman, 1971) ประเมินโดยใช้แบบวัดทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของ อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ (2554) ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรา หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้ติดสุราว่าตนเองสามารถหยุดดื่มสุราได้มากน้อยเพียงใด เช่น มีความอดทน อดสาหะ ไม่ท้อถอยง่ายต่อการแสดงความสามารถของตนเพื่อที่จะหยุดดื่มสุรา (Bandura, 1977) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกยาเสพติดของ สงวน ธาณี (2547) ที่พัฒนาตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1986)

การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การรับรู้การกระทำของผู้ติดสุราเกี่ยวกับการแก้ไขหรือการจัดการกับอาการอยากดื่มสุราเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมพฤติกรรมดื่มสุราของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราระยะหลังฟื้น

ภาวะถดถอยของผู้นักพัฒนาโดย พรทิพย์ กงส์ตย์ และคณะ (2555) ตามแนวคิดของ
Brown, Miller, and Lawendowski (1999)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา และ การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา และความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมและนำเสนอรายละเอียดเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดสุรา
2. ความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา
3. ปัจจัยสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) คือ ผู้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ต้องการอย่างมากที่จะดื่มสุรา ที่เป็นการเสพติดทางกาย โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึงความต้องการอย่างมากที่จะใช้สุราที่เป็นสารเสพติดทางกาย ซึ่งแสดงถึงอาการขาดสุรา หรือทนต่อฤทธิ์สุรา และไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้สุราที่เป็นสารเสพติดทางจิตใจได้หากมีการหยุดใช้สุราจะหยุดได้ในระยะเวลาสั้น ๆ และจะมีการกลับไปใช้สุราซ้ำในระยะเวลารวดเร็ว (World Health Organization [WHO], 2011) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ตามหลักเกณฑ์ DSM-V (American Psychiatric Association, 2012-2013) กล่าวคือ ผู้ที่ดื่มสุรามานานและปริมาณที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ ยังคงดื่มแม้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจและหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ เมื่อหยุดดื่มจะเกิดอาการถอนพิษสุราเกิดผลต่อร่างกาย กล่าวคือ มีอาการมือสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็งได้ มีการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น การเห็นภาพหลอน ความคิด ความจำลดลง ผู้ป่วยโรคติดสุรา จะให้ความสำคัญกับกิจกรรมการดื่มสุรามากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยสุราที่พ้นการบำบัดระยะของการถอนพิษสุราแล้ว และเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลักซึ่ง จากการทบทวนสถิติของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ (2554-2557) ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2554-2557 มีจำนวนผู้ติดสุรา 1,582 ราย 1,575 ราย 1,388 ราย และ 1,245 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบมี 9,919 ราย 9,964 ราย 9,038 ราย

ตามลำดับ เช่นเดียวกับผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุงย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2553-2557 ตามลำดับดังนี้ 1,687 ราย 1,558 ราย 1,661 ราย 1,508 ราย และ 1,409 ราย ส่วนสถิติของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นแบบผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 5 ปี ใน พ.ศ. 2552-2556 พบว่าผู้ติดสุราที่ จำนวน 507 ราย 607 ราย 633 ราย 629 ราย 595 ราย ตามลำดับ

เกณฑ์การวินิจฉัยการผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรามีอาการและอาการแสดงหลายอาการดังกล่าวข้างต้นและเมื่อบุคคลมีการดื่มสุราเข้าไปแล้วจะเข้าข่ายเป็นผู้ติดสุราหรือติดสุรานั้น จำเป็นต้องใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญ ปัจจุบันเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยที่ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (The Fifth Edition and Statistical Manual of Mental Disorder [DSM-V]) อ้างอิงรหัสแยกโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases Tenth Revision: ICD 10) โรคติดสุรา (Alcohol dependence F 10.2)โดยมีรูปแบบของการดื่มที่นำไปสู่ลักษณะสำคัญทางคลินิกตั้งแต่ 3 ข้อใน 7 ข้อขึ้นไปใน ระยะเวลา 12 เดือน (American Psychiatric Association,2013) ดังนี้

1. มีความต้องการดื่มสุราอย่างมากหรือมีความต้องการบ่อย ๆ ที่อยากจะดื่ม
2. ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งการเริ่มดื่ม หยุดดื่มและปริมาณที่ดื่ม
3. เกิดอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง โดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 อาการ คือ มือสั่น เหงื่อออก ซีพจรเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย เพื่อ สับสน ประสาทหลอน เห็นภาพหลอน หูแว่ว วิดกกังวล หรือมีชักเกร็ง
4. เกิดภาวะคือสุรา (Tolerance) คือต้องดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
5. งดหรือลดสิ่งที่พึงพอใจอื่น ๆ เช่น การเข้าสังคม การทำงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
6. ยังคงดื่มต่อเนื่อง แม้จะมีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการดื่มสุรา
7. ใช้เวลา หมกมุ่นในการเสาะหาสุรามาดื่ม หรือในการฟื้นจากฤทธิ์สุรา ซึ่งอาการดังกล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นกับผู้ติดสุราหรือ โรคติดสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

กระบวนการติดสุรา

แอลกอฮอล์เมื่อถูกซึมสู่กระแสโลหิตแล้วจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลทำให้การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลงและระบบประสาทกลาง (Central nervous system) ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์มากที่สุด หากได้รับแอลกอฮอล์ปริมาณน้อย ๆ จะมีอาการตื่นเต้น กระชุ่มกระชวย แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทกลาง ซึ่งระบบประสาท

ส่วนกลางทำหน้าที่เก็บความจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2553) ในทางเภสัชศาสตร์แอลกอฮอล์จะกระจายไปจับกับ Receptors ซึ่งรวมเป็น complex อยู่กับ Gamma Amino Butyric Acid (GABA) Receptors ในส่วนต่าง ๆ ของสมองทำให้เกิด inhibitory action ตามฤทธิ์ของ GABA จากการที่แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์กับ Receptors นี้ (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, ม.ป.ป.) และพบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อสารสื่อประสาทตัวอื่น ๆ ที่สำคัญคือ

- 1) Opioids เป็นสารที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเอง เช่น Endorphin ออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายสดชื่น อารมณ์ดี แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์โดยกระตุ้นสมองให้หลั่งสาร Opioids จึงพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะแรก ปริมาณไม่มาก จะทำให้อารมณ์ดี เป็นสุข (Euphoria) เพราะร่างกายมีสาร Opioids เพิ่มขึ้น
- 2) Gamma-Amino Butyric Acid: (GABA) เป็นสารสื่อประสาทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสมอง การดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มสาร GABA ผู้ดื่มจึงมีอาการง่วง และคลายความกังวลการเคลื่อนไหวผิดปกติ ในผู้ที่ดื่มเป็นประจำ เมื่อหยุดดื่มทันที ผู้ดื่มจะมีอาการตรงกันข้าม เนื่องจากการทำงานของ GABA ลดลง จึงมีการกระตุ้นสมองมากขึ้น ก่อให้เกิดอาการกระวนกระวาย และอาการชักได้
- 3) Glutamate เป็นสารกระตุ้นการทำงานของสมองแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำงานของ Glutamate เมื่อดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ จะเกิดภาวะเป็นพิษ ส่งผลให้การรับรู้และการเรียนรู้เสียไป และสารสื่อประสาทอื่น ๆ เช่น Serotonin และ Dopamine ก็ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทด้าน การเคลื่อนไหว อารมณ์ พฤติกรรม และความจำ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ม.ป.ป.) ด้วยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสารสื่อประสาทต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ที่ ผู้ติดสุรา ดื่มแล้วรู้สึกผ่อนคลาย เป็นสุข เมื่อหยุดดื่มจะเกิดอาการกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ถึงอาจชักได้ หรือที่เรียกจากภาวะถอนพิษสุรา ผู้ติดสุราจะทนอาการขาดสุราเหล่านั้นไม่ไหวเป็นเหตุให้กลับไปดื่มสุราซ้ำได้อีก

อาการทางคลินิกของ Alcohol Intoxication ขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด (Blood Alcohol concentration, mg%) ดังนี้ (พิชัย แสนชาญชัย, 2552) ปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่ระดับ 20 - 90 mg% เริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่ระดับ 100-199 mg% มีอาการทางประสาทและการตอบสนองช้าลง Ataxia ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตและอารมณ์ฉุนเฉียว ปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่ระดับ 200-299 mg% มีอาการเมาอย่างเห็น ได้ชัดยกเว้นรายที่มีความทนต่อแอลกอฮอล์สูง (Tolerance) คลื่นไส้อาเจียนอย่างมาก ปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่ระดับ 300-399 mg% อุณหภูมิลดลงอย่างรุนแรง ความจำเสื่อมปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่ระดับ 400-799 mg% ความรู้สึกจะแย่งอาจถึงขั้นหมดสติ ระบบหายใจแย่ง ความดันโลหิตลดลง

ปีศาจมาราค หรือไม่สามารถขับปีศาจได้ ระบบ Relaxes จะลดลงมาก อาจทำให้สิ้นตักอุดตัน ทางเดินหายใจ หรือสำลักอาหาร หรือหยุดหายใจ ทำให้เสียชีวิต

กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกะทันหัน หลังจากที่ดื่ม ติดต่อกันมานาน เป็นระยะเวลาหนึ่ง กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา จัดเป็นปัญหาสำคัญทาง การแพทย์ของประเทศ เนื่องจากผู้เสพสุราเรื้อรังในประเทศไทยมีจำนวนค่อนข้างสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความชุก ของผู้ป่วยโรคพิษ สุราเพศชาย ที่มารับบริการจาก แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีผู้ป่วย โรคพิษสุราร้อยละ 25 โดยการติดสุราไปถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สุพัฒนา เดชาดิวงส์ ณ อรุณา, 2531)จะพบผู้ป่วยภาวะถอนจากนี้ยังพบผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่มาพบแพทย์ ด้วยอาการแตกต่างกันไป เช่น อาการตัวสั่น ตึงเครียด ชัก ประสาทหลอน หรือมี อาการสับสน วุ่นวาย โดยพบบ่อยว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักเกิดอาการหลังจาก เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลได้ 2-3 วันด้วยความเจ็บป่วยอื่นหรือจากการได้รับอุบัติเหตุ

สาเหตุของการติดสุรา

สุราหรือแอลกอฮอล์นับว่าเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ดังนั้นการติดสุราจึงสามารถอธิบาย ด้วยทฤษฎีการติดสารเสพติดซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลัก ๆ 3 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัย ด้านจิตใจและปัจจัยด้านด้านครอบครัว-สังคม (ทิพาวดี เอมวรรณนะ, 2548 อ้างถึงใน ศศิธร พรหมดีสาร, 2553)

1. ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่พันธุกรรม สารสื่อประสาท เพศ อายุ พบว่าพันธุกรรม (Gene) จะเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงในการเกิดโรคติดสุรา พบว่ายีนที่มีบทบาทในการควบคุม พฤติกรรมการดื่มและการติดสุราคือ ยีนที่เกี่ยวข้องกับเอนไซม์แอลกอฮอล์ ไฮโดรจีเนส (Alcohol Dehydrogenase =ADH) เป็นตัวกำจัดพิษของแอลกอฮอล์ พบการเปลี่ยนแปลงของยีน มีเครื่องหมาย (Markers) ตลอดความยาวของโครโมโซมตัวที่ 5 และโครโมโซมตัวที่ 1 (NIAAA, 2000) สารสื่อ ประสาท(Neurotransmitters) และจำนวนตัวรับ (Receptors) มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการอยากสุรา (Craving) โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการเพิ่มสารสื่อประสาทในสมองบริเวณ Mesocortico Limbic ที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับการคิดยาได้แก่ สารสื่อประสาท Dopamine และ สารสื่อประสาท Gamma-Aminobutyric-Acid (GABA) สารสื่อประสาท Glutamate สารสื่อประสาท Serotonin 5HT และ opiates เกี่ยวกับเพศพบว่าเพศชายจะมีการดูดซึมแอลกอฮอล์ที่กระเพาะอาหารได้เร็วกว่าเพศ หญิง การขจัดเอนไซม์ Alcohol Dehydrogenase ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (พิชัย แสนชาญชัย, 2548 อ้างถึงใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2553) เพศชายจึงติดสุราได้มากกว่าเพศหญิง และพบความชุก

ในการติดสุราของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2-5 เท่า (ชวิชัย ลิพหานาจ, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น ผลของการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กวัยรุ่นพบว่าอายุที่มากขึ้นจะดื่มมากขึ้น (Steinhausen & Metzke, 2003 อ้างถึงใน ศศิธร พรหมดีสาร, 2553) การดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย มีผลทำให้ผู้ดื่มเกิดการติดสุราได้มากกว่าคนที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมาก (Hein & Wong, 2003 อ้างถึงใน เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง การติดสุราที่มาจากภาวะของจิตใจ เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ แรงจูงใจ ทศนคติ หรือค่านิยม หรือปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ บุคลิกภาพพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่าผู้ที่มีสุขภาพเสี่ยงต่อการติดสุรา (Alcoholic prone personality) เช่น คนขี้อาย (Shy) แยกตัว (Isolate) ไม่อดทน (Impatient) อารมณ์ หงุดหงิดง่าย (Irritable) อ่อนไหวง่าย (Hypersensitivity) วิตกกังวล (Anxiety) และมีความภูมิใจในคุณค่าของตนต่ำ จะดื่มสุราเพื่อการลดความเครียดจากจิตใจได้สำนึก (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2547) โดยการเริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องง่ายแต่แสนลำบากในการเลิก (สมพร รุ่งเรืองกิจ, อังคณา โคตรนารา และจิรพร จิรวัดน์กุล, 2555) เพราะการดื่มสุราเชื่อว่า ทำให้สนุกสนาน ลดความเครียด ช่วยให้นอนหลับได้ดี ส่วนใหญ่ผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ ภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดโดยในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดจากปัญหาต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้สุราช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายอารมณ์ ช่วยให้ลืมความทุกข์ได้ และดื่มซ้ำ ๆ จนติดในที่สุด

3. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาชีพ รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อติดสุรา เช่น กลุ่มแรงงาน ที่มีรายได้น้อยหลังเลิกงานจับกลุ่มดื่มสุรา ส่วนมากระดับการศึกษาผู้ติดสุราชั้นประถมศึกษา สถานภาพหย่าร้าง หรือผู้ที่อยู่โดยลำพัง หรือ ไม่มีมีบุตร โดยผลการศึกษาในประเทศฟินแลนด์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันซึ่งยังไม่มีบุตร ผู้ที่อยู่คนเดียวหรือพ่อแม่ที่อยู่ลำพังเป็นกลุ่มที่ดื่มแบบติดมากกว่า คู่สมรส หรือคู่สมรสที่มีบุตร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศเยอรมัน ยังพบว่าปัจจัยทางสังคมที่ทำให้กลับไปติดสุราซ้ำในผู้ที่ติดสุราหลังการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 ปี ได้แก่ สถานภาพสมรส หย่า แยกกันอยู่ หรืออยู่คนเดียว มีการกลับไปติดสุราซ้ำสูงกว่าสถานภาพโสดหรืออยู่กับคู่สมรส ส่วนรายได้และระดับการศึกษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุรามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่คิดว่าสุราทำให้ติดจึงไม่จึงไม่ระวัง หรือยับยั้งในการดื่ม จนเกิดภาวะติดสุรา (นพวรรณ อุปคำ, 2549) การศึกษายังพบว่า ผู้ติดสุราที่ว่างงาน มีรายได้ต่ำ และการสนับสนุนทางงานในระยะเวลา 1 ปี ในประเทศเยอรมัน พบว่า สถานภาพสมรส หย่า แยกกันอยู่ หรืออยู่คนเดียว มีการกลับไปติดสุราซ้ำสูงกว่าสถานภาพโสดหรือ

อยู่กับคู่สมรส รายได้และระดับการศึกษา พบว่ารายได้และระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไม่คิดว่าสุราทำให้ติดจึงไม่จริงจังไม่ระวัง หรือยับยั้งในการดื่ม จนเกิดภาวะ ติดสุรา (นพวรรณ อุปคำ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาที่รวบรวมปัจจัยเสี่ยงของการติดสุราคือ การว่างงาน รายได้ต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นกลุ่มที่ต้องใช้ความช่วยเหลือและป้องกันปัญหาจากการดื่ม แอลกอฮอล์ในอนาคต สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ มีบางกลุ่มอาชีพที่มีการเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ได้แก่ บาร์เทนเนอร์ นักหนังสือพิมพ์ ทหาร ทนายความ และแพทย์เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดสุรามากกว่าอาชีพอื่น ๆ

ผลกระทบของการติดสุรา

ผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากการติดสุรานั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เสพมากมายทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ที่เสพเองและยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ชุมชน สังคมเศรษฐกิจรวมถึงประเทศชาติด้วย ดังที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้มีการรวบรวม ผลกระทบจากการเสพติดสุราในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย สุรามีผลโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางของสมองแล้วยังก่อให้เกิดโรคอื่นๆมากมายดังนี้

1.1 โรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ มักเกิดขึ้นหลังจากดื่มจัดมาประมาณ 5 ปี หรือมากกว่านั้น โดยมีอาการที่แสดงออกให้เห็น คือ ตีขาน ทำให้ตาเหลือง และรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณชายโครงด้านขวา บางครั้งจะมีอาการท้องมาน เพราะมีน้ำในช่องท้อง และ Encephalopathy ถ้ายังคงดื่มต่อไปก็จะเริ่มมีอาการของตับแข็งตามมา

1.2 โรคตับแข็ง รูปทรงของตับจะเปลี่ยนไปอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้อีก อาการที่ปรากฏให้เห็น ได้แก่ มีน้ำในช่องท้อง ท้องมาน มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร น้ำหนักลด ปวดท้องโดยไม่เฉพาะเจาะจงว่าส่วนใด ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงถ้ายังคงดื่มต่อไป

1.3 ตับอ่อนอักเสบ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลัน มักเกิดจากการดื่มจัดเป็นครั้งคราว หรือดื่มจัดเพียงครั้งเดียว อาการที่แสดงออก ได้แก่ อาการปวดท้องอย่างรุนแรงตรงบริเวณส่วนกลางของท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน มากน้อยตามความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น อาจมีอาการความดันโลหิตต่ำและไตวายแทรกซ้อนขึ้นมาได้

1.4 ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มักเกิดจากการดื่มสุราเป็นประจำทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปีอาการที่แสดงออกคือ มีอาการปวดท้องส่วนบนอย่างเรื้อรัง และน้ำหนักลด อาจมีอาการแทรก

ซ้อนจาก Pancreatic exocrine deficiency คือ มีความบกพร่องในการดูดซึมสารอาหารทำให้ขาดอาหารอย่างรุนแรง และ Pancreatic endocrine deficiency ทำให้เป็นเบาหวานเพราะขาดอินซูลิน (Diabetes mellitus) หรือมากกว่า อาการที่แสดงออกคือ มีอาการปวดท้องส่วนบนอย่างเรื้อรัง และ น้ำหนักลด

1.5 โรคกระเพาะอาหารอักเสบเนื่องจากสุรา ไปกระตุ้นให้ระบบทางเดินอาหารหลั่งฮอร์โมนแก๊สตรินออกมากขึ้นซึ่งจะเพิ่มกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้ผนังของทางเดินอาหารอักเสบ

1.6 โรคแผลในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่เสพติดสุรามักมีอาการแทรกซ้อน เช่น กระเพาะทะลุและมีเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น และมักต้องการการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารมากกว่า บุคคลทั่วไป

1.7 โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคมะเร็งของปาก คอ ลิ้น ต่อมทอนซิลเพดานอ่อน และหลอดอาหารพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มจัด ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นถ้าดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 40 กรัม/ วัน ในผู้ชาย และ 20 กรัม/ วัน ในผู้หญิง

1.8 ผลของสุราที่มีต่อระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจพิการ เป็นเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลวตามมา ความดันโลหิตสูงโดยสุราจะเป็นสาเหตุของเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หาสาเหตุไม่ได้ ในผู้ป่วย 20-30 % ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยจะเกิดทั้งในช่วงที่มีเมามาและช่วงที่ขาดสุรา และทำให้หัวใจล้มเหลวจากการขาดวิตามินบี 1 (Beri Beri) มีอาการชาตามส่วนปลายของร่างกาย

1.9 ผลของสุราต่อการเผาผลาญและต่อมไร้ท่อ ได้แก่ Hyperlipidaemia, ketoacidosis lacticacidosis hyperuricaemia and gout ระวังการผลิต Testosterone ทำให้ฮอร์โมนเพศชายต่ำลดการผลิตสูกิจ ทำให้ผู้ชายเป็นหมันได้ และเพิ่มการสังเคราะห์ของ Corticosteroids ทำให้น้ำหนักเพิ่ม หน้า บวมดู

1.10 Wernicke's encephalopathy โรคนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เสพติดสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็นโสด สูงอายุ และขาดสารอาหาร โดยจะมีอาการสับสน อาการต่าง ๆ ทางระบบประสาท ได้แก่ Nystagmus การเดินเซ (Ataxia) และกล้ามเนื้อตาผิดปกติ (Ophthalmoplegia) ได้แก่ initially lateral rectus palsy หรือ ตากระตุก

1.11 Korsakoff syndrome เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่อาการ Wernicke's encephalopathy ไม่ได้ได้รับการบำบัดรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ดีพอ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการสับสนการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่อาจยังคืออยู่การนึกคิดอะไร โดยทันทีอาจยังคืออยู่ ความจำระยะสั้นมักเสื่อมเช่น จำไม่ได้ว่าทำอะไรไปแล้วเมื่อ 5 นาทีที่เพิ่งผ่านมา

2. ผลกระทบต่อจิตใจ อาการแทรกซ้อนทางจิตประสาทที่เกิดจากการดื่มสุรา กล่าวคือ สมองส่วนหน้าถูกทำลายจากสุรา ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในเรื่องของการสร้างเจตคติและการคิดแบบนามธรรม มีความบกพร่องในการบริหารจัดการ และการวางแผน ความคิดเป็นในเชิงรูปธรรม ที่ไม่ยืดหยุ่น คับแคบ และยึดติดบุคลิกภาพเปลี่ยนไป อารมณ์หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว หากขาดสุรา เขียวพลัน จะเกิด อาการ สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ บุคคล การรับรู้ ทางโสตประสาทผิดปกติ มีอาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน การรับสัมผัสที่ผิดปกติ หวาระแวงกลัว นอกจากนี้ มีความจำเสื่อมอย่างรุนแรง Cerebellar disease ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่ประสานกัน Peripheral neuropathy ซึ่งอาการเหล่านี้ โดยการศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ภาวะโรคจิตร้อยละ 50 พฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 31.2 การเสพยาเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้าร้อยละ 9.3 และกลุ่มอาการร้อยละ 7.1 และพบว่าผู้ป่วยดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 85.1 ดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) พบร้อยละ 14.9 ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติดมีโอกาสพบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยดื่มแบบอันตราย (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

3. ผลกระทบต่อสังคม ชุมชน บุคคลรอบข้าง และครอบครัว ผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีปัญหา กับสมาชิกในบ้านและคนใกล้ชิด เรื่อง เสียสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส เพื่อน หรือเสียความสัมพันธ์กับ บุคคลใกล้ชิด ทำให้คู่สมรสหรือผู้ดูแล มีภาวะ เครียด วิตกกังวล เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เกิดความรุนแรงในครอบครัว เด็ก ๆ ถูกทอดทิ้ง เกิดการหย่าร้างกัน ปัญหาด้านการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ๆ หรือการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงานลดลง ไม่ได้รับการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง ถูกลดขั้น ถูกตัดเงินเดือน ถูกไล่ออก และเกิดการว่างงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาที่เป็นภาระต่อสังคมในภาพรวม ของประเทศไทย เช่น ความสูญเสีย จากการเมาสุราขับรถก่อให้เกิดอุบัติเหตุในช่วงวันหยุดเทศกาล ยอดของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9-10 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขยับยานยนต์มากที่สุด ถึงร้อยละ 37.3 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 32.4 ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งกลุ่มผู้ขับขี่ยานยนต์ส่วนใหญ่ ขอมรับว่าดื่มสุราใน 12 เดือนผ่านมา (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสูญเสีย ทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 197,576 ล้านบาท (มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดื่มสุราจนติดสุราส่งผลกระทบต่อ ทั้งตัวผู้ดื่มเองทั้งทางด้านภาพร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจและถ้าไม่มีแนวทางในการดูแล แก้ไข มีแนวโน้มจะเกิดปัญหารุนทวิความรุนแรงมากขึ้น

กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราต้องให้ได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป จึงส่งผลให้การบำบัดรักษาประสบผลสำเร็จ ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน (โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2544)

1. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission) ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา เป็นระยะแรกของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจจัดการกิจกรรมให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการรักษาได้ครบระยะเวลาโดยต่อเนื่องและไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การให้คำแนะนำครอบครัวเป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐาน การซักประวัติ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ สอบถามลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายและสภาพจิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจค้นหาสารเสพติดที่อาจซุกซ่อนมา รวมทั้งปฐมุนิเทศวิธีการรักษา ขั้นตอนต่างๆ ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการรักษา แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาด้วย

2. ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนนี้เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการ การถอนพิษสุราไม่ใช่การรักษาพิษตกค้างในร่างกาย แต่เป็นพิษที่เกิดจากการขาดสุราซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรมาณอย่างแรงหรือระดับรุนแรงอาจเสียชีวิต จากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ซึ่งมีความสำคัญมากในช่วง 1-3 วันแรกของการหยุดดื่มสุรา อาการจะอยู่นานถึง 7-10 วัน (พิชัย แสนชาญชัย, 2552) การรักษาระยะนี้ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7-21 วัน

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นระยะของการบำบัดรักษาที่สำคัญ เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นการจัดการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม และปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ปรับปรุงจิตใจที่มีผลมาจากการดื่มสุรา การที่บุคคลจะเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตใหม่โดยปราศจากการดื่มสุราได้นั้น จะต้องเผชิญกับความยากลำบาก และต้องมีการรับรู้ไว้ล่วงหน้า มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะสับสนและหมดความอดทนได้ง่าย จนเป็นเหตุให้ต้องกลับไปเสพติดย้ำ เช่น การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) เป็นการบำบัดรักษาโดยใช้ระยะเวลา 4-6 เดือน การรักษาในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สังคม และตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตอยู่กับสังคมภายนอกได้ กิจกรรมที่ทำในระยะนี้ ได้แก่ กลุ่มบำบัดต่าง ๆ งานบำบัด โดยให้ผู้ป่วยฝึกอาชีพ เช่น ช่างไม้ ช่างโลหะ การเกษตร เป็นต้น วิธีการแก้ไขปรับเปลี่ยน ความคิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการลงโทษและให้รางวัล และ กลุ่มครอบครัวบำบัด

4. ขึ้นติดตามหลังการรักษา (Follow-up) ขึ้นตอนนี้เป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาว่าผู้ป่วยมีการติดซ้ำหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมกำลังใจหรือแนะนำช่วยเหลือปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยประคับประคองส่งเสริมกำลังใจให้เข้มแข็ง ป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก โดยใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปีการติดตามหลังการบำบัดรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

4.1 การติดตามผลโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดทุกครั้งมาติดตามผลตามนัด ให้คำแนะนำช่วยเหลือปัญหาได้โดยตรง วิธีนี้ทำได้หลายรูปแบบ ปกติโดยนัดผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาลตามกำหนด บางกรณีไปพบผู้ป่วยที่บ้านสามารถทำได้ถ้าผู้ป่วยยินดีและเปิดเผยตนเอง ในการให้ไปติดตามการรักษาที่บ้าน เฉพาะในบางราย

4.2 การติดตามผลโดยอ้อม วิธีนี้ติดตามผลโดยไม่ได้พบผู้ป่วยโดยตรง เช่น ส่งจดหมายติดตามการรักษา จะเป็นแบบตอบรับให้ส่งกลับมาที่โรงพยาบาลหรือ พุศุคยทางโทรศัพท์ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะนำอาจทำได้ไม่สมบูรณ์นัก และแบบสอบถามก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

กระบวนการกลับมาติดสุราซ้ำ

การกลับดื่มซ้ำ เป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีขึ้นตอน (Transitional process) มากกว่าการจะเป็นความล้มเหลวของการเปลี่ยนแปลง และอาจเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยพลังผลหรือเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันนำไปสู่การดื่มสุราซ้ำ พฤติกรรมของผู้ที่ติดยาและสารเสพติดเป็นที่ทราบดีว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาความเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพ (Biological) และบุคลิกภาพ (Personality) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตวิทยาและการเรียนรู้ทางสังคมที่ผิดปกติทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การกลับไปติดสุราซ้ำ หมายถึง การกลับไปดื่มสุรา ซ้ำ ๆ หรือดื่มสุรานานมากกว่า 7 วัน หลังการบำบัดรักษาแล้ว ตามด้วยการบำบัดในสถานบำบัด และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลแวดล้อมเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2550) จากสถิติการบำบัดของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรักษา 5 ปี พ.ศ. 2553-2557 ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา 607 รายกลับมาบำบัดซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 31.46 ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา 633 รายกลับมาบำบัดซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 27.80 631 รายกลับมาบำบัดซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 28.36 ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา 594 ราย กลับมาบำบัดซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 54.88 และผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา 599 ราย กลับมาบำบัดซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 53.75 ตามลำดับ พบว่าเฉลี่ยมีผู้ติดสุราผ่านการบำบัดแล้ว

และที่กลับเข้ารับการรักษาใน 5 ปี ร้อยละ 38.96 ดังนั้นการกลับไปติดสุราซ้ำ หมายถึง การกลับไปติดสุรา ซ้ำ ๆ หรือติดสุรานานมากกว่า 7 วันหลังการบำบัดรักษาแล้ว ตามด้วยการ บำบัด ในสถานบำบัด และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลแวดล้อมเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา กระบวนการกลับไปติดสุราซ้ำจนกระทั่งกลับไปติดซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปติดสุราซ้ำมีหลาย ปัจจัยเริ่มตั้งแต่ตั้งแต่อายุยังน้อย การดื่มเพื่อบรรเทาความเครียด การดื่มเพราะความเหงา การดื่มเพื่อเข้าสังคม บุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการและแก้ไขปัญหาในชีวิต ประสบปัญหาครอบครัวหรือการสูญเสียหน้าที่การงาน (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุทยา, 2556) ส่วนสาเหตุของการกลับไปติดซ้ำของผู้ป่วยสุรามีหลายสาเหตุ และพบว่าผู้ที่กลับไปติดสุราซ้ำไม่สามารถจัดการพฤติกรรม ความคิด ของตนให้ต่อเนื่องเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราได้ จากการศึกษาในผู้ที่ป่วยผ่านการบำบัดรักษาทางกายแล้วส่วนมากจะกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากช่วงที่ติดยาที่มีความคิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงมาก กลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม ๆ (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนรัชต์ นามผลดี, 2550) ไม่สามารถจัดการกับความคิดและพฤติกรรมแบบเดิมได้ ไม่สามารถบังคับใจตัวเองได้ บุคลิกภาพ อ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุราน้อยก็จะทำให้กลับไปเสพซ้ำ

ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา

ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา คือ ความมุ่งมั่น ใส่ใจ ตั้งใจ เจตจำนงของผู้ติดสุราที่จะปฏิบัติพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ทุ่มความพยายาม มากน้อยเพื่อไม่ดื่มสุรา ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราโดยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรารายได้ ความเชื่อ ทักษะที่ไม่ดีต่อการดื่มหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่มอ้างอิง หรือวัฒนธรรมรอบข้างไม่เห็นดีด้วย และผู้ดื่มสุราจะสามารถควบคุมพฤติกรรมดื่มของตนเองได้ ส่งผลต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ซึ่งในการที่จะเพิ่มความตั้งใจในการเลิกสุรานั้นเป็นสิ่งที่ต้องทำให้เกิดขึ้นร่วมกับตระหนักรู้ เข้าใจ ผลกระทบ ของการดื่มสุรา รับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะหยุดดื่มสุรา รับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองจะควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างไร จึงจะเกิดการกระทำ พฤติกรรมการหยุดดื่มจึงจะตามมาหลังซึ่งทั้งนี้ผู้ติดสุราต้องมีความตั้งใจในระดับสูง ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะประสบผลสำเร็จเมื่อพฤติกรรมนั้นกระทำด้วยความตั้งใจ โดยความตั้งใจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ ที่จะกำหนดความตั้งใจ 3 ตัว ดังนี้

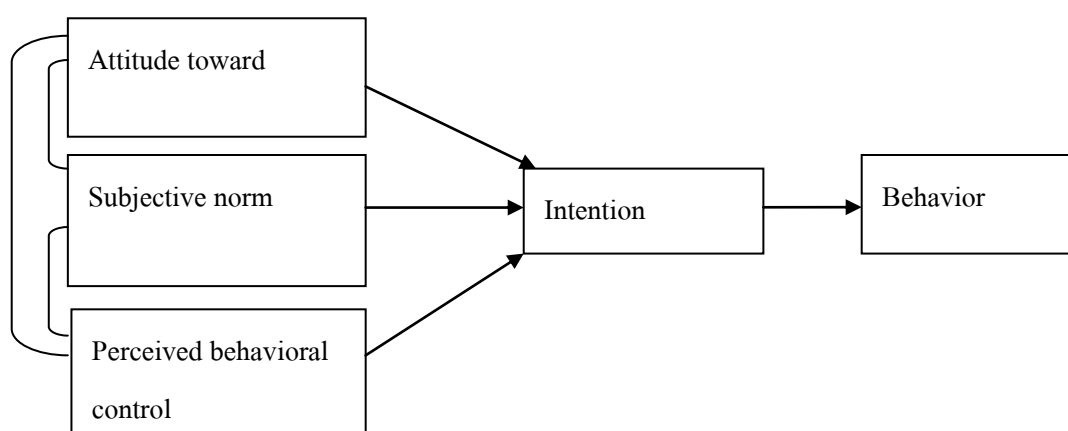
1. เจตคติต่อพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะประสบผลสำเร็จเมื่อพฤติกรรมนั้น

กระทำด้วยความตั้งใจ โดยความตั้งใจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดความตั้งใจ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมในความหมายของทฤษฎีนี้ หมายถึง การพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมดี เขาก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น เขาก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) การเข้าใจเจตคติและการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงเป็นก้าวแรกที่จะนำไปสู่ความเข้าใจที่ว่า ทำไมบุคคลจึงมีพฤติกรรมเช่นนั้น ในเมื่อเป็นที่ยอมรับกันว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับการกระทำ ความตั้งใจย่อมจะเกี่ยวข้องไปถึงพฤติกรรมของบุคคลด้วย Ajzen and Fishbein (1980) ได้อธิบายคุณลักษณะความเชื่อของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมไว้ว่า บุคคลจะมีความเชื่อต่อพฤติกรรมได้หลายอย่าง เช่น การเลิกดื่มสุรา ทำให้สุขภาพดี การเลิกดื่มสุราทำให้มีเงินพอใช้ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้อาจเกิดจากการสังเกตโดยตรง หรือจากการประมวลข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการนำประสบการณ์เก่ามาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นความเชื่อขึ้นมา ซึ่งเรียกว่า ความเชื่อที่เด่นชัด (Salient beliefs) ความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความคิดเห็นของกลุ่มคนสำคัญใกล้ชิด ว่าเขาควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มสังคมวัฒนธรรมนั้น ๆ เป็นปัจจัยทางด้านสังคมซึ่งเป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลนั้นว่า บุคคลสำคัญใกล้ชิดคิดอย่างไรกับพฤติกรรมของเขาใน การที่เขาควรจะทำหรือไม่ควรจะทำพฤติกรรมนั้น เช่น หากผู้ติดสุราทราบว่าครอบครัวมีความคาดหวังหรือปรารถนาที่จะให้เขาหยุดพฤติกรรมการดื่มเพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความหมายสำหรับทุกคนในครอบครัว ดังนั้นบุคคลรอบข้างที่เขารักและห่วงใยจึงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการหยุดดื่ม ขณะเดียวกันหากผู้ติดสุรามีเพื่อนที่เลิกดื่มสุราด้วยหรืออยู่ในสังคมการดื่ม ก็จะทำให้ผู้ติดสุราไม่มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราได้ ดังเห็นได้จากเหตุผลที่ผู้ติดสุรานำมาอ้างในการกลับไปดื่มซ้ำได้แก่ การดื่มเพื่อเข้าสังคม ดื่มเพราะทนการรบกวนของเพื่อนไม่ได้

3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) Ajzen (1991) คือการรับรู้ของบุคคลภายใต้ความสะดวกหรือความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรม มีโอกาสและทรัพยากรที่มีในตัวบุคคล มีการกำหนดขอบเขตความเป็นไปได้ของความสำเร็จ ตามที่วางแผนไว้ตามความตั้งใจอย่างชัดเจน มีผลกระทบต่อความตั้งใจ ด้วยการเน้นความจริงที่ว่ามีการเชื่อมโยงโดยตรงกับพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งอย่างยิ่งการรับรู้ที่น่าสนใจ ในขณะที่สถานที่ควบคุมมีความคาดหวัง มีเสถียรภาพในสถานการณ์ จะเกิดพฤติกรรมตามความตั้งใจ สำหรับผู้ติดสุราที่

กลับไปดื่มสุราก็จะเกิดจากการสูญเสียการควบคุม หรืออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองที่เกิดจากการตกเป็นทาสของสุราอย่างถอนตัวไม่ขึ้น ดังนั้นในการบำบัดเพื่อหยุดดื่มสุราจึงจะบอกผู้ป่วยเสมอว่า อย่าดื่มสุราแม้แต่แก้วเดียว เพราะเมื่อผู้ป่วยเผลอดื่มสุราแล้ว เมื่อมีอาการเมา ก็จะควบคุมการดื่มตนเองไม่ได้ ซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีนี้ จึงแสดงให้เห็นว่า สิ่งที่มีผลต่อความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ ทศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แสดงเป็นภาพโครงสร้างของความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991)

ซึ่งทฤษฎีนี้นำเสนอโดย Ajzen มีการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคม (Social psychology) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of Reasoned Action) ของ Ajzen and Fishbein (1980) และตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) กล่าวไว้ว่า บุคคลจะประสบผลสำเร็จเมื่อพฤติกรรมนั้นกระทำด้วยความตั้งใจ โดยความตั้งใจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดความตั้งใจ 3 ตัว คือ 1) ทศนคติ (Attitude toward) คือการพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมดี เขาก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น เขาก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความคิดเห็นของกลุ่มคนสำคัญใกล้ชิด ว่าเขาควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavior control) คือ การรับรู้ของบุคคลภายใต้ความสะดวกหรือความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรม มีโอกาสและทรัพยากรที่มี

ในตัวบุคคล มีการกำหนดขอบเขตความเป็นไปได้ของความสำเร็จ ตามที่วางแผนไว้ตามความตั้งใจอย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการกระทำหรือมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Sheeran & Orbell, 1999) นั่นคือ หากต้องการเสริมสร้างพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ควรจะเน้นที่การสร้างให้เกิดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เสียก่อน เพราะเมื่อบุคคลมีความตั้งใจแล้ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ และเมื่อเราทราบถึงระดับความตั้งใจของบุคคลหนึ่ง ๆ เราก็สามารถทำนายว่าบุคคลคนนั้นมีโอกาสมากน้อยเพียงไรที่จะมีพฤติกรรมตามความตั้งใจนั้น ๆ เราจึงพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพฤติกรรม การณรงค์ให้มีพฤติกรรมบางอย่าง จึงเน้นที่การใช้วิธีการเพื่อให้เกิดความตั้งใจในการมีพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การจูงใจให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การณรงค์ให้เกิดความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น การประเมินความตั้งใจจึงพบได้ในงานวิจัยจำนวนมาก ในการทดสอบตัวบ่งชี้และผลของความตั้งใจ เพื่อใช้พยากรณ์ อธิบายและทำให้เกิดอิทธิพลต่อกิจกรรมหลากหลายของมนุษย์ เช่น รูปแบบ พฤติกรรมทางการเมือง กิจกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการทำงาน และพฤติกรรมการบริโภค โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองมีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 78.80 โดยระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตน ทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ธีระชัย พบหิรัญ, มาณพ คณะโต และลาวัลย์ บุญชื่น, 2557) และยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความตั้งใจเลิกยาสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะถอนพิษยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (วันเพ็ญ อำนาจกิติกร, 2552) นอกจากนี้การทดสอบหาวิธีการที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ยังพบว่าบุคคลในประเทศออสเตรเลียที่จะมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้นั้นจะต้องมีความตั้งใจเป็นอันดับแรกก่อน (Ho, 1988) ดังนั้น เมื่อทราบว่าความตั้งใจมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา เพราะเมื่อบุคคลเกิดความตั้งใจที่จะเลิกสุราแล้ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสอดคล้องกับความตั้งใจนั้น ๆ การช่วยเหลือควรมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างให้เกิดความตั้งใจในการเลิก อันดับแรกเพื่อจะได้นำไปสู่การมีพฤติกรรมการเลิกสุราต่อไปได้ ถ้าบุคคลมีความตั้งใจในการเลิกสุราสูง บุคคลก็จะแสดงออกทางพฤติกรรมพึงปรารถนาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราน้อย แต่ถ้าหากบุคคลมีความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราน้อย บุคคลก็จะแสดงออกทางในทางตรงข้ามกับพฤติกรรมพึงปรารถนา คือ มีพฤติกรรม

เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราสูงและมีโอกาสที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก จะเห็นได้ว่าในการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเลิกสุราได้ ต้องทำให้เกิดความตั้งใจในการเลิกสุราก่อนถึงจะเกิดพฤติกรรมขึ้นได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. ทศนคติต่อการดื่มสุรา คือ ความรู้สึก และ ความคิดเห็น ที่บุคคล มีต่อการดื่มสุรา ในทางที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้ บุคคลพร้อม ที่จะ แสดงปฏิกิริยา ตอบสนอง ด้วย พฤติกรรม อย่างเดียวกันตลอด (Norman, 1971) ซึ่งความหมายของทัศนคติทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกล่าวไว้ว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความเชื่อที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจในการจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ (Ajzen, 1991) ซึ่งรูปแบบของทัศนคติประกอบด้วย 3 ส่วนคือ (Sharon & Saul, 1996)

1.1 ส่วนของความเข้าใจ (Cognitive component) หมายถึง ความรู้(Knowledge) การรับรู้ (Perception) และความเชื่อถือ (Beliefs) ของบุคคลมีต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Schiffman & Kanuk, 2000) ส่วนของความเข้าใจเป็นส่วนประกอบส่วนแรก ซึ่งก็คือความรู้และการรับรู้ที่ได้รับ จากประสบการณ์โดยตรงต่อทัศนคติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหลายแหล่งข้อมูลความรู้นี้ และผลกระทบต่อการรับรู้จะกำหนดความเชื่อถือ (Beliefs) ซึ่งหมายถึง สภาพด้านจิตใจ ซึ่งสะท้อนความรู้เฉพาะอย่างของบุคคล และมีการประเมินเกี่ยวกับความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งก็คือการที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่ง หรือพฤติกรรมเฉพาะอย่างจะนำไปสู่ผลลัพธ์เฉพาะอย่าง

1.2 ส่วนของความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ถึงอารมณ์ (Emotion) หรือความรู้สึก (Feeling) ของบุคคลที่มีต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Schiffman & Kanuk, 2000) ส่วนของอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งมีการประเมินผลเบื้องต้นโดยธรรมชาติ ประเมินทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการมีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ดีหรือเลว เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย สามารถเพิ่มประสบการณ์ด้านบวกหรือลบ ซึ่งประสบการณ์จะมีผลกระทบด้านจิตใจและวิธี ซึ่งบุคคลปฏิบัติการใช้การวัดการประเมินผลถึงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาศัยเกณฑ์ ดี-เลว ยินดี-ไม่ยินดี

1.3 ส่วนของพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมของบุคคล ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจหมายถึงความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intention to practice) (Schiffman & Kanuk, 2000) จากความหมายนี้ส่วนของ

พฤติกรรมจะรวมถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมและความตั้งใจของบุคคลด้วย ความตั้งใจของบุคคลสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินความน่าจะเป็นของการพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

จากลักษณะของทัศนคติทั้งทางบวก ทางลบ ไม่แสดงทัศนคติ (ชงชัย สันติวงษ์, 2446) บุคคลอาจจะแสดงทัศนคติออกมาเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างขึ้นอยู่กับความมั่นคงทางด้านความรู้สึก ความเชื่อ ความไว้วางใจ ค่านิยมของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งทฤษฎีตามแผน (Ajzen, 1991) ได้กล่าวไว้ว่าทัศนคติ เป็นการพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมเป้าหมายดี ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ หรือหากบุคคลมีทัศนคติต่อการหยุดดื่มสุราดี บุคคลจะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราได้คืออย่างไรก็ตามทัศนคติต่อการหยุดดื่มสุรานั้นเป็นสิ่งที่ประเมินได้ค่อนข้างยาก ซึ่งจำเป็นจะต้องประเมินจากทัศนคติต่อการดื่มสุรา เช่นเดียวกับผู้ติดสุรา มีทัศนคติทางบวกกับการดื่มสุราจะดื่มสุรา เช่น คิดว่าการดื่มสุราทำให้อ่อนหลับง่าย การดื่มสุราทำให้เจริญอาหาร การดื่มสุราบ่งบอกความเป็นผู้ใหญ่ มีสังคมมีเพื่อนมากขึ้น เป็นต้น ส่งผลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการดื่มสุรามเพิ่มขึ้นหรือหากผู้ติดสุรา มีทัศนคติทางลบกับการดื่มสุราเช่น การดื่มสุราทำให้เกิดโรคมามากมาย เสียสุขภาพ เสียทรัพย์สิน เกิดปัญหาในครอบครัว จะส่งผลต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราจะมีพฤติกรรมหยุดดื่มสุราหรือดื่มลดลง ซึ่งจาก การศึกษาในกลุ่ม นักศึกษามหาวิทยาลัยในระดับปริญญาตรีพบว่า มีทัศนคติเชิงบวกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง (รัตยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, 2555)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา คือ การรับรู้ความสามารถของ Bandura (1977) ซึ่งเกิดจากการผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ จึงถือว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ต่อมาได้พัฒนาและขยายแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ คือ การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (Bandura & Walter, 1963 อ้างถึงใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2556) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่า ความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ ต้องผ่านความรู้ลึกลับนึกคิด (Self-Referent Thought) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984 อ้างถึงใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2556) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ

Bandura (1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive behaviors) ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factor) ปัจจัยพฤติกรรม (Behaviors factor) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุเป็นผล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมการคิดสารเสพติดนั้นมีหลายด้าน ซึ่งจะมีการประเมินความสามารถของบุคคลต่างชนิดกันไป พฤติกรรมเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินสามารถแบ่งได้ 5 ประเภท ดังนี้ (Maddux, 1995; Piotrowski, 1992 อ้างถึงใน น้ำฝน วุฒิสินธุ์, 2545)

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการ (Perceived coping self-efficacy) จะเน้นที่การประสบความสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงบางอย่าง เช่น การมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกกับเพื่อน ๆ หรือการพูดคุยกับบุคคลบางคนขณะที่อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เป็นทุกข์แทนการดื่มสุรา

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้พฤติกรรมบำบัด (Treatment behavior self-efficacy) เป็นการทำให้ผู้ติดสุรามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการบำบัด

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นหาย (Recover self-efficacy) เป็นการให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ติดสุรา ที่จะหยุดดื่มจากการติดสุรา

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุม (Control self-efficacy) เป็นการเน้นที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ติดสุรา ที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์เสี่ยงในการดื่มสุรา

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะละเว้นในการแสดงพฤติกรรม (Abstinence self-efficacy) เป็นการให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะละเว้นการกระทำพฤติกรรมการดื่มสุรา ในสถานการณ์ที่เปิดโอกาส หรือเป็นชนวนให้กระทำพฤติกรรมนั้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) คือ การบุคคลตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Bandura, 1977) ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น หากบุคคลต้องการจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้นบุคคลต้องรับรู้ว่าคุณมีความ

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็จะมีความตั้งใจในการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการรักษาในค่ายวิวัฒน์พลเมืองอำเภอปากช่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) (ธีระชัย พบหิรัญ, มานพ คณะโต และลาวัลย์ บุญชื่น, 2557) นอกจากนี้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมดีก็จะทำพฤติกรรมสำเร็จมากขึ้นดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษาเสพติด 4 แห่งที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนสูง จะกลับเข้ารับการรักษาการบำบัดรักษาซ้ำน้อยกว่า ผู้ติดยาเสพติดที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนต่ำหรือปานกลางถึง 2 เท่า (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, กัณณิการ์ สิทธิพงศ์, บังอร สุปรีดา, วิภาวดี แสงเพชร และสยาม มุสิกะไชย, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดคุณภาพของการแสดงพฤติกรรมของผู้ติดยา โดยผู้ติดยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความตั้งใจในการจะหยุดดื่มสุราจะสามารถตัดสินใจกระทำพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงไม่เสพยาเสพติดซ้ำหรือเลิกดื่มสุราได้มากกว่า ผู้ติดยาที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

3. การจัดการพฤติกรรมการดื่ม หมายถึง การควบคุมตนเองเน้นด้านการกำกับ

พฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง (Miller & Brown, 1991; Brown, Anton, Malcom, & Bellenger, 1998) ร่วมกับ การรับรู้การกระทำของผู้ติดยาเกี่ยวกับการจัดการแก้ไขหรือการการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ซึ่งผู้ติดยาได้ค้นพบว่าปัญหาที่เกิดจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองในการที่จะแก้ไขสถานการณ์ปัญหาเหล่านี้ให้ดีขึ้น เน้นการควบคุมตนเองเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่วางไว้ มีความยืดหยุ่นในการแสดงพฤติกรรมให้เป็นไปตามแผนการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองที่แท้จริงในแง่มุมต่างๆ และปัจจัยใดที่ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จหรือไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างเหมาะสมซึ่งมีอิทธิพลต่อการหยุดดื่มสุรา เนื่องจากในการติดสุรานั้นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดยาหยุดการดื่มได้ ต้องลงมือกระทำด้วยตนเอง การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดื่ม หรือการรับรู้การจัดการพฤติกรรมตนเอง ดังประโยคที่ผู้ป่วยพูดบ่อยๆว่า “ดิฉันรู้หมดแต่อดไม่ได้” (สมพร รุ่งเรืองกิจ และคณะ, 2554)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (perceived behavior control) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมได้มาก

น้อยเพียงใด ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหรือกำหนดขอบเขตของพฤติกรรมนั้นได้เป็นอย่างดี ก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น (Ajzen, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมตนเองของผู้ติดยา มีดังนี้ พรทิพย์ คงสัทย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม (2556) ได้ทำการศึกษาเพื่อเพิ่มการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดยาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จำนวน 60 คนโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ค่าคะแนนการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วม โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่าก่อนก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม การดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พรทิพย์ คงสัทย์ และคณะ, 2556) และได้นำโปรแกรมนี้ไปศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง ในโรงพยาบาล จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการเข้ารับ โปรแกรมการ 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (เพ็ญนภา สุดตา คำ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ติดยาหรือจัดการพฤติกรรม การเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557) เช่นเดียวกับผู้ติดยาถ้าหากว่าผู้ติดยารับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการอยากดื่มสุราได้โดยวิธีเกี่ยวกับการเผชิญกับความอยากดื่มสุรา สามารถกำกับพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมการดื่มได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ทักษะคิดต่อการดื่มสุราทางลบมี อาจมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุราสูง และ การกำกับพฤติกรรมการดื่มสุราได้สูง จะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนต่อการหยุดดื่มสุรา การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา และความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ดื่มสุราที่กลับไปดื่มซ้ำที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดื่มสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยจำจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-V) และหลักการรหัสแยกโรค (International Classification Of Diseases ,Tenth Edition :ICD -10) คือ Alcohol dependence F 10.2 ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น แบบผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ดื่มสุราที่เคยรักษาที่โรงพยาบาลอื่น แล้วมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลา เดือน ตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (Inclusion criteria)

1. ผู้ดื่มสุราที่เคยได้รับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกมาแล้วหยุดดื่มสุราได้น้อยกว่า 90 วันและกลับไปดื่มสุราซ้ำอีกควบคุมการดื่มไม่ได้ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป แล้วกลับมารักษาแบบผู้ป่วยนอก และตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เป็นครั้งที่

2. อายุ 20 -65 ปี

3. สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจดี

4. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdraw) หรือ เมาสุรา (Alcohol intoxication)

5. ไม่โรคแทรกซ้อนทางจิตประสาท เช่น จิตเภท สมองเลื้อม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณจากสูตร Thondrink (Thondrink ,1997 อ้างถึงใน เสาวนีย์ สำนักาน 2545) ดังนี้

สูตร $n \geq 10k + 50$ (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรทั้งหมด) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

$$n \geq (10 \times 4) + 50 = 90 \text{ คน}$$

$$n \geq 90 \text{ คน}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่น้อยกว่า 90 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 90 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลราชบุรินทร์ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลบำบัดรักษาเฉพาะทางผู้ติดยาและสารเสพติดและมีหอผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดสุรา และแผนกผู้ป่วยนอกให้บริการบำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยสุราด้วยรูปแบบการบำบัดสุราแบบผู้ป่วยนอก โดยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 1,150 รายต่อปี ประมาณ 95-100 ราย ต่อเดือน ผู้วิจัยเลือกการกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำเวรระเบียบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการในแต่ละวัน โดยจากสถิติเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2558 พบว่าจะมีผู้ติดสุรามารับบริการประมาณวันละ 15 ราย ซึ่งมีผู้ติดสุรามารับบริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 8.30-16.00 น.

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณวันละ 5-7 ราย ถ้ากลุ่มตัวอย่างใดไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะจับสลากแบบไม่แทนที่ใหม่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 90 รายและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุรา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉพาะและ แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ประวัติการศึกษา จำนวนครั้งของการนอนพักรักษาของผู้ติดสุราในโรงพยาบาล ฯ ระยะเวลาการดื่มสุรา (เริ่มต้น-ปัจจุบัน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสุรา ที่พัฒนาโดย รุ่งทิวา ใจจา (2550) ตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbien (1980) เพื่อใช้ในการประเมินความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา ที่เข้ารับการบำบัดแบบ ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด

คเชิงใหม่ ลักษณะของแบบสอบถามมีข้อคำถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา จำนวน 12 ข้อ โดยพิจารณาจากเจตนาของผู้ติดสุราที่พยายามปฏิบัติหรือมีการวางแผนที่จะปฏิบัติตนเพื่อเลิกสุรา 6 ข้อ คือ 1, 2, 3, 6, 8 และ 12 การเลี่ยงใช้สุราเพื่อแก้ปัญหา 2 ข้อ คือ 9 และ 11 การหลีกเลี่ยงเพื่อนที่ดื่มสุรา 1 ข้อ คือข้อที่ 7 การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่มีการดื่มสุรา 3 ข้อ คือข้อที่ 4, 5 และ 10 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้ คะแนนระดับความรู้สึก ดังนี้

- 1 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุราน้อยที่สุด
- 2 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุรา น้อย
- 3 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุราก่อนข้างน้อย
- 4 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุรามาก
- 5 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุราก่อนข้างมาก
- 6 เท่ากับ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดสุรามากที่สุด

การแปลผล โดยค่าคะแนนทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูงกว่า ค่าคะแนนต่ำแสดงว่ามีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราต่ำ (รุ่งทิวา ใจจา, 2550) นอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราออกเป็น 2 ระดับดังนี้

ค่าคะแนน 42-72 คือ คะแนน ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราระดับสูง

ค่าคะแนน 12-41 คือ คะแนนความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราระดับต่ำ

แบบสอบถามนี้มีการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบโดยนำแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุราไปทดลองใช้กับผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุรา พัฒนาโดย อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (2554) จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความทางบวกจำนวน 4 และข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ในแต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การให้ค่าคะแนนของคำตอบดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก		ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลโดยคะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน ค่าคะแนนสูง มีทัศนคติต่อการดื่มสุราดี ค่าคะแนนต่ำมีทัศนคติต่อการดื่มสุราไม่ดี นอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนทัศนคติต่อการดื่มสุราออกเป็น 2 ระดับดังนี้

ค่าคะแนน 27-45 คือ คะแนนทัศนคติต่อการดื่มสุราระดับสูง

ค่าคะแนน 9-26 คือ คะแนนทัศนคติต่อการดื่มสุราระดับต่ำ

แบบสอบถามนี้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยไปทดลองใช้กับวัยรุ่นนคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 54 คน จึงนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ซัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 (อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, 2554)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา (Alcohol abstinence self-efficacy scale) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกยาเสพติด ที่พัฒนาโดย สงวน ธานี (2004) ภายใต้กรอบแนวคิด Self-efficacy Theory ของ Bandura (1997) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุราติดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อจะวัดความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุราในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็นอารมณ์ทางลบและความซับซ้อนใจ จำนวน 9 ข้อ ความไม่สุขสบายทางกาย จำนวน 2 ข้อ อารมณ์ทางบวกและสถานการณ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และสิ่งกระตุ้น จำนวน 4 ข้อ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับนี้มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ติดสุราโดยเปลี่ยนคำในแบบสอบถามคือจากผู้เข้าบำบัดเป็นผู้ดื่มสุราและเปลี่ยนในข้อ 18 จากเมื่อท่านต้องการไม่ให้ง่วงนอน เป็นเมื่อท่านต้องการนอนหลับหรือผ่อนคลาย ลักษณะแบบของ สอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีความเชื่อมั่นเลยว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

1 หมายถึง เชื่อมั่นน้อยกว่าไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุราเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

2 หมายถึง มีความเชื่อมั่นเท่ากับไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

3 หมายถึง มีความเชื่อมั่นมากกว่าไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

4 หมายถึง มีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น การแปลผล โดยค่าคะแนนทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-72 ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความเชื่อมั่นการหยุดดื่มสุราสูง คะแนนต่ำแสดงว่ามีความเชื่อมั่นการหยุดดื่มสุราต่ำนอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา ออกเป็น 2 ระดับดังนี้

ค่าคะแนน 36-72 คือ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุราระดับสูง

ค่าคะแนน 0-35 คือ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุราระดับต่ำ

แบบสอบถามนี้มีการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หากความเชื่อมั่นโดยนำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสุราที่มารับบริการ โรงพยาบาลชัยภูมิที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยของแบบวัดโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 (สงวน ธานี, 2547)

ตอนที่ 5 แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา พัฒนาโดย พรทิพย์ คงสัตย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดิ์ เทียงธรรม (2555) ตามแนวคิดการกำกับตนเอง (Self regulation) Miller and Brown (1991) มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ (Self regulation questionnaire: SRQ) ในแต่ละข้อจะตอบคะแนนได้ตั้งแต่ 1-5 แบบประเภทมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบระหว่าง 1-5 ดังนี้

1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อเรื่องเหล่านั้น

2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง คิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยต่อเรื่องเหล่านั้น

3 ไม่แน่ใจ หมายถึง คิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจต่อเรื่องเหล่านั้น

4 เห็นด้วย หมายถึง คิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยต่อเรื่องเหล่านั้น

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อเรื่องเหล่านั้น

การแปลผล โดยค่าคะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนนโดยผู้ติดสุราที่ได้คะแนนการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวเองสูง แสดงว่ามีแนวโน้มการรับรู้การจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวเองได้ดี ส่วนผู้ติดสุราที่ได้ค่าคะแนนการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวเองต่ำกว่าแสดงว่าผู้ติดสุราที่มีแนวโน้มในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราต่ำ (พรทิพย์ คงสัตย์ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 76-125 คือ คะแนนการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราระดับสูง
 ค่าคะแนน 25-75 คือ คะแนนการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราระดับต่ำ
 แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และมีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ติดสุราที่พักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในที่ผ่านระยะถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์จำนวน 30 รายและโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α -Coefficient) เท่ากับ .79 (พรทิพย์ คงสตัย และคณะ, 2556)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกยาเสพติด (Drug abstinence self-efficacy scale) ฉบับดัดแปลงสำหรับผู้ดื่มสุรา และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .94 ส่วนแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสุราแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรา และแบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงดังนั้นจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุรา แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการหยุดดื่มสุรา และแบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา นำไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91, .70, .98 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอเรื่องที่ศึกษาครั้งนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาขอความเห็นชอบ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

เข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และหัวหน้า
 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และ
 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษารุ่นนี้ขึ้นอยู่กับ
 ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารุ่นนี้เป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของ
 แบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่างการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและ
 นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบ
 กำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และได้มีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร
 ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัย ผ่านกระบวนการกลั่นกรองของคณะกรรมการจริยธรรม
 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อ
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวง
 สาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการ
 วิชาการและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
 ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามโดยผู้วิจัยเองทั้งหมด
4. ผู้วิจัยจัดทำเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการในแต่ละ
 วันและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบ
 ไม่แทนที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณวันละ 5-7 คน จนครบ 90 คน
5. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการวิจัยกับ
 กลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง จากนั้นได้จัดให้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอยู่ในมุมที่สงบของแผนกผู้ป่วยนอก
 ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถาม โดยที่ผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อ
 คอยให้คำแนะนำ หรือตอบข้อคำถามในประเด็นที่สงสัย
6. ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดสุราที่
 กลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำการเก็บข้อมูลด้วยผู้วิจัยเอง เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จและ
 นำมาส่งกับผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยกล่าว
 ขอบขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยในการให้ความร่วมมือในครั้งนี้

7. กรณีที่มีการยุติการเข้าร่วมการวิจัยกลางครรถ์ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการมารับบริการครั้งต่อไปและให้ยุติตามความต้องการของผู้เข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลครั้งนี้พบจำนวน 2 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาหา ความถี่ ร้อยละ
2. การวิเคราะห์ระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา นำมาหา การแบ่งระดับ ความถี่ และ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนต่อการหยุดดื่มสุรา การจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และความตั้งใจในการหยุดดื่มในผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Munro, 2001)

ความสัมพันธ์ .90 ถึง 1.00	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
ความสัมพันธ์ .70 ถึง .89	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ความสัมพันธ์ .50 ถึง .69	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
ความสัมพันธ์ .26 ถึง .49	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ราชภัฏขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีอายุระหว่าง 20-65 ปี ไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรือ ไม่มีอาการเมาสุรา ไม่มีประวัติโรคทางจิตประสาท สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เข้าใจ จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกดื่มสุรา และแบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .91, .70, .98 และ .82 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบตารางและการบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	95.60
หญิง	4	4.40
อายุ		
20 – 25 ปี	10	11.10
26 – 35 ปี	21	23.30
36 – 45 ปี	33	36.70
46 – 55 ปี	20	22.20
56 – 65 ปี	6	6.70
ประวัติการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.10
ประถมศึกษา	33	36.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	15.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	15.60
อนุปริญญาตรี	10	11.10
ปริญญาตรี	14	15.60
ปริญญาโท	4	4.40
อาชีพ		
เกษตรกร	24	26.70
ข้าราชการ	24	26.70
รับจ้าง	28	31.10
ว่างงาน	14	15.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	38	42.20
สมรส	39	43.30
หย่า	13	14.40
รายได้		
1,000 – 10,000 บาท	57	63.30
10,001 – 20,000 บาท	11	12.20
20,001 – 30,000 บาท	13	14.50
30,001 – >40,000 บาท	9	9.90
ดื่มสุรามานาน		
5 – 10 ปี	31	34.40
11 – 15 ปี	17	18.90
16 – 20 ปี	16	17.80
มากกว่า 20 ปี	26	28.90
ท่านมารับการรักษาใน		
โรงพยาบาลครั้งที่		
ครั้งที่ 2	62	68.90
มากกว่า 2 ครั้ง	23	25.60
เคยเข้ารับการรักษาโรค	5	5.60
ติดสุราจาก รพ.อื่นมาก่อน		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	62	68.90
มีโรคประจำตัว	28	31.11
เบาหวาน	4	4.40
ความดันโลหิตสูง	9	10.00
ไขมันในเลือดสูง	1	1.10
โรคลมชัก	1	1.10
โรคหัวใจ	4	4.40
โรคเลือดจาง	4	4.40
โรคกระเพาะอาหาร	1	1.10
โรคเกาต์	4	4.40

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ โรงพยาบาลชัยภูมิขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 90 คน เป็นเพศชาย 86 คน (ร้อยละ 95.60) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 3.70) การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.70) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.10) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 43.30) และมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-10,000 บาท (ร้อยละ 63.30) ดื่มสุรามานาน 5-10 ปี (ร้อยละ 34.40) และการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 68.90) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.90)

ตอนที่ 2 ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามค่าคะแนนความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา (n=90)

ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา	Mean	SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความตั้งใจสูง (42-72 คะแนน)	62.21	8.65	20	22.22
ความตั้งใจต่ำ (12-41คะแนน)	31.95	8.41	70	77.78

(\bar{X} = 55.49, SD = 15.27, Min= 12, Max=72)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเฉลี่ยเท่ากับ 55.49 (SD = 15.27) โดยส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราต่ำ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 (\bar{X} = 31.95, SD = 8.41) และมีระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 (\bar{X} = 62.21, SD = 8.65)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (n =90)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	SD	ระดับ
ทัศนคติต่อการดื่มสุรา	9-45	10-41	22.89	8.40	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา	0-72	0-72	42.37	22.85	สูง
การจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	25-125	25-125	89.93	22.41	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มสุราเฉลี่ย เท่ากับ 22.89 (SD = 8.40) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่ม

สุรา เท่ากับ 42.37 (SD =22.85) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของตัวเอง เท่ากับ 89.93 (SD = 22.41) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุราการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันดังนี้

1. ตัวแปรเป็น Interval หรือ Ratio scale ในการศึกษาตัวแปรจำนวน 4 ตัวแปร ที่มีระดับวัดเป็น Interval scale ได้แก่ ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา
 2. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากระชากร (Random sampling) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากระชากรทั้งหมด
 3. ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าทางสถิติของข้อมูลทุกตัวแปร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อมูลของทุกตัวแปรมีการแจกแจงตัวแบบปกติ
 4. ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากการทดสอบโดยใช้ Scatter plot พบว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
- ภายหลังการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ได้นำข้อมูลของแต่ละตัวแปรมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรพบว่ามีสัมพันธ์กันดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา การจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา (n = 90)

ปัจจัย	ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ทัศนคติต่อการดื่มสุรา	-.22	.04	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา	.35	.00	ต่ำ
การจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	.44	.00	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า พบว่า ทักษะคิดต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุราและการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01, r = .44, p < .01$) ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดสุราที่กลับไปติดสุราซ้ำที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ มีอายุระหว่าง 20-65 ปี ไม่มีอาการถอนพิษยา ไม่มีอาการเมาสุรา ไม่มีประวัติโรคทางจิตประสาท สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เข้าใจ จำนวน 90 รายซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุรา แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา และ แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91, .70, .98 และ .82 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสหสัมพันธ์ Pearson's product moment correlation coefficient

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่กลับไปติดสุราซ้ำ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น จำนวน 90 คน เป็นเพศชาย 86 คน (ร้อยละ 95.60) และเพศหญิง 4 คน (ร้อยละ 4.40) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 36.70) การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.70) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.10) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 43.30) และมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-10,000 บาท (ร้อยละ 63.30) ดื่มสุรามานาน 5-10 ปี (ร้อยละ 34.40) และรับการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 68.90) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.90)

2. ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเฉลี่ยเท่ากับ 55.49 (SD = 15.27) โดยมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 (\bar{X} = 31.95, SD = 8.41) และมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับสูงระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 (\bar{X} = 62.21, SD = 8.65)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำใน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และ การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และ การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01, r = 0.44, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราและทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัย อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเฉลี่ยเท่ากับ 55.49 (SD = 15.27) โดยส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 ($\bar{X} = 31.95, SD = 8.41$) และมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ($\bar{X} = 62.21, SD = 8.65$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำแล้วมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นซึ่งผู้ติดสุราเหล่านี้มีพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำและมีการดื่มอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาสมดุลของสารสื่อประสาทสมองไว้ ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ที่ระบุว่า การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลเป็นไปตามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ โดยบุคคลที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแล้วกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ (2548) ที่ติดตามผลการรักษาในผู้ติดแอมเฟตามีน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ติดแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมีความตั้งใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่กลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสุราที่กลับมารับบริการเป็นครั้งที่ 2 ถึงร้อยละ 68.90 และส่วนใหญ่ดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ประมาณ 5-10 ปี (ร้อยละ 34.4) ซึ่งการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานในปริมาณมาก ๆ จะทำให้มีผลต่อ

สมองส่วนกลางและร่างกายเกิดเสพติดสุรา (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2553) โดยการดื่มสุราจะทำให้ปริมาณ Gamma Amino Butyric Acid (GABA) เพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ดื่มจึงมีอาการง่วง และคลายความกังวล หรือ การเคลื่อนไหวผิดปกติ เมื่อหยุดดื่มสุราจะ GABA ลดลง ทำให้เกิดอาการกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ถึงอาจชักได้ หรือที่เรียกจากภาวะถอนพิษสุรา (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ม.ป.ป.) ผู้ติดสุราที่ดื่มสุรามานานจึงมักไม่ยอมเลิกดื่มสุราและกลับไปดื่มสุราซ้ำในที่สุด จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งการที่ไม่มีโรคประจำตัวอาจแสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพยังคงแข็งแรงอยู่ทำให้ผู้ติดสุราไม่ตระหนักถึงโทษของการดื่มสุราที่มีต่อร่างกายจึงมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากรรณ เกิดโชค (2545) พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคประจำตัวมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรานอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดสุราที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่ไม่เข้มงวดหรือเคร่งครัดเช่นการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยมีเพียงการให้ความรู้ตามโปรแกรมที่วางไว้เท่านั้น จึงอาจไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ติดสุรา ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราค่อนข้างต่ำ ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือรูปแบบการบำบัดที่เข้มงวดอาจทำให้ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลางหรือสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภิญโญ ธารางกูร และประวิช ขุนิคม (2556) ที่พบว่า ผู้ติดสุราเสพติดในค่ารวมพลังรักอ่าวน้ำลึกส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการหยุดเสพยาเสพติดที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.42 จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราค่อนข้างต่ำ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ จากการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการควบคุมพฤติกรรมตนเองในการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง และความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มสุรากับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุรากับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ติดสุราที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุราก็มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานทั้งนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ได้ว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลพิจารณาตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นว่าดีก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามหากบุคคลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติ

พฤติกรรมนั้นไม่ดีก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่ำ เช่นเดียวกับผู้ติดสุรา ถ้าผู้ติดสุรา มีทัศนคติทางบวกต่อการดื่มสุราโดยคิดว่าการดื่มสุรานั้นเป็นสิ่งดีก็จะมีความตั้งใจในการหยุดดื่ม น้อยลง แต่ถ้าผู้ติดสุรา มีทัศนคติทางลบกับการดื่มสุราโดยเชื่อว่าการดื่มสุราไม่มีประโยชน์และทำร้ายสุขภาพก็จะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง ดังนั้นทัศนคติจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระชัย พบหิรัญ และคณะ (2557) ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ของผู้ที่ติดสารแอมเฟตามีนหญิงที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ ชีระชัย พบหิรัญ และคณะ (2557) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดค่ายวิวัฒน์พลเมือง อำเภอปากช่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ นรลักษณ์ เอื้อกิจ และคณะ (2554) ที่พบว่า ทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงพอสรุปว่า ผู้ติดสุราที่มีทัศนคติต่อการดื่มสุรานั้น ไม่ดีก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราต่ำ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุราและความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ติดสุราที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุราสูงจะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการหรือดำเนินการเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1986) และสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้ บุคคลนั้นก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผู้ติดสุราที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถหยุดพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือสามารถจัดการกับพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราได้ เช่น อาการอยากสุรา หรือปฏิเสธการดื่มสุราได้ ก็จะมี ความตั้งใจในการหยุดดื่มสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชีระชัย พบหิรัญ และคณะ(2557) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับ ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้ที่ติดสารแอมเฟตามีนหญิงที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ วันเพ็ญ อำนวย กิติกร (2552) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

ติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ เหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดยาที่กลับมาดื่มซ้ำ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราและความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดยาที่กลับมาดื่มซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ติดยาที่มีการรับรู้การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราสูงจะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ที่ระบุว่าคนที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ โดยสามารถที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้งควบคุมและกำกับพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ย่อมมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง ดังนั้นถ้าผู้ติดยารับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือจัดการกับอาการอยากดื่มสุรา รวมทั้งสามารถกำกับตนเองเพื่อควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ก็จะมี ความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจได้ร้อยละ 64.6 ดังนั้น การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของผู้ติดยาที่กลับมาดื่มซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. **ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล** สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดยาโดยการส่งเสริมทัศนคติต่อการดื่มสุราที่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการหยุดดื่ม และ การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ติดยามีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นและสามารถหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ

2. **ด้านการวิจัย** สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยา ที่มุ่งเน้นการปรับทัศนคติต่อการดื่มสุรา เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการหยุดดื่ม หรือเสริมสร้างการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ติดยามีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายความตั้งใจในการหยุดดื่มในผู้ติดสุราที่กลับมาดื่มซ้ำ ในเขตพื้นที่อื่น ๆ หรือโรงพยาบาลอื่นที่กลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันเพื่อที่จะได้ข้อมูลมาเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราของติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำระหว่างเพศชายและเพศหญิง

บรรณานุกรม

- กัณตนิษฐ์ ผลแจ้ง. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร*. ม.ป.ท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คุณนรี หาญพัฒนชัยกูร, กัณณิการ์ สิทธิพงษ์, บังอร สุปริดา, วิภาวดี แสงเพชร และสยาม มุสิกะไชย (2550). *การติดยาและสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันชันสูตรรักษาและศูนย์บำบัดรักษาเสพติด 4 ศูนย์*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- กนิษฐพจน์ เจริญภักดี, บุญพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และ ชลธิพร แสนไชย. (2552). ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในที่มีความผิดปกติซึ่งเกิดจากการเสพแอลกอฮอล์. *วารสารโรงพยาบาลสวนปรุง*, 25(2), 6-19
- กุสุมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมมารไม่ติดยาซ้ำของผู้ป่วยสุรา*. คุยฎีนิพนธ์วิทยาศาสตร์คุยฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กิติมาภรณ์ พรหมมาถุน. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยาไชยเลิศ. (2541). *ศึกษาความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาเสพติดที่ศูนย์เบ็กอรรถในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกียรติพงษ์ อิตุพร. (2549). *ทัศนคติ ความเชื่อที่เป็นมาตรฐานทางสังคม การรับรู้สมรรถแห่งตนและแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาสำนักงานป้องกันสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมป้องกันสาธารณสุข (2554). *สถิติอุบัติเหตุและสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา.
- เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ของข้าราชการตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 157-169.

- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. (2550). *สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- จุฑาทวี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินทร์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 84-99.
- จำเนียร สุรวรางกูร. (2552). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนในผู้ป่วยแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จะเด็จ เชาวน์วิไล. (2545). *ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว, สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
- จิราภรณ์ เทพหนู. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมปลายสายสามัญศึกษาในจังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวรรณ กุมขุนทด, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคะเนิงนิง พงศ์ถาวรกมล. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3), 49
- จิราวรรณ พรหมชาติ และ นรลัทภณ เอื้อกิจ. (2554). *ปัจจัยทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา เขตภาคใต้ตอนบน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23(1), 13-27.
- ชนิดา บุญญาภาส. (2547). *การดูแลผู้ที่ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ช่อแก้ว ร่มสุข และขจรวรรณ อธิรัตน์. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร*. *วารสารการจัดการคณะวิทยาศาสตร์การจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 5(1), 50-62
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย*. นนทบุรี: กราฟิโกซิสเต็มส์.
- ทิพวรรณ เอมะวรรณนะ. (2548). *จิตวิทยาการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- รัชชัย ลีพหานาจ. (2547). *ภาวะโรคจากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด: ภาพรวมทั้งโลกและประเทศไทย*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49(4), 305-323
- ธีรชัย พบหิรัญ มานพ คณะโต และลาวัลย์ บุญชื่น. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ในผู้เข้ารับการบำบัดค่ายวิวัฒน์พลเมือง หน่วยฝึกรบพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(2), 40-55.
- นพวรรณ อุปคำ. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และรุจา ภูไพบูลย์. (2553). ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น. *Journal of nursing Science Chulalongkorn University*, 24(2), 92-102
- นิตานารถ เกิดโชค. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำฝน วุฒิสินธุ์. (2545). *ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบกาย-จิต-สังคม บำบัดต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าและทัศนคติของครอบครัวต่อกระบวนการเลิกยาบ้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา และอุมาพร ปุณฺณโยโสพรรณ. (2552). ปัจจัยทำนายความตั้งใจของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อเอชไอวี. *วารสารการพยาบาล*, 24(4), 70-82
- บุญสิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสพร จูวงษ์ และอุณจิตร์ คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-87.
- ปัทมา สุวรรณกุล และวัชร ศรีทอง. (2558). โมเดลที่สัมพันธ์เชิงของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *Journal of behavioral Science*, 21(1), 96-110.

- ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2.* เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)
- เปลื้อง ณ นคร. (2557). *พจนานุกรมแปลภาษาไทย.* กรุงเทพฯ: สนุก ออนไลน์.
- ประสิทธิ์ ไกยราช. (2553). *ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายตอนต้น.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พงศธร เนตราคม, พิชัย แสนชาญชัย และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบลิ๊ก.
- พรทิพย์ คงสตัย, ศิริภรณ์ ชัยศรี และ สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา โรงพยาบาลจิตเวชราชชนกันรินทร์ นครราชสีมา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1), 45-61.*
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.*
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติกรให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอเอ็ม ออกาไนเซชัน แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.*
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุทธยา. (2556). *บทความวิชาการ:ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 27(1), 1-15*
- พิทักษ์ สุริยะใจ. (2548). *สาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดฯ เชียงใหม่. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่.*
- พิชัย แสนชาญชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยสุราเชียงใหม่ วิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. แผนงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.*
- พิชมณีย์ อคฺลวิทฺย์. (ม.ป.ป.). *ปัจจัยที่มีผลต่อการแบ่งปันความรู้ตามรู้ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. เข้าถึงได้จาก <http://www.academia.edu/8876310/Aw32>*

- พริยาภรณ์ เชื้อหอม. (ม.ป.ป.). การพยาบาลผู้มีภาวะถอนพิษสุรา. เข้าถึงได้จาก
<http://nursebl.topicties/alcohol.com>
- ไพฑูรย์ สมุทรสินทร์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่ไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนหลังการบำบัดรักษา 1 ปี. *Journal of Mental Health of Thailand*, 13(3), 136-145.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, นรัชต์ นามผลดี, มนชรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์. (2550). ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- ภิญโญ ธารางกูร และประวิช ชุนิคม. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในค่ายรวมพลังรักอ่าวลึก หยูดยาเสพติด. เข้าถึงได้จาก
<http://www.aolukct.com/atomy1>
- มนชรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ชศ ศิระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกตุแก้ว และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. (2550). ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- มาโนช หล่อตระกูล. (ม.ป.ป.). กลุ่มอาการเนื่องจากขาดสุรา (*Alcohol withdrawal syndromes*). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์อินเตอร์ไรซ์.
- รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม. (2550). การดื่มสุราแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(3), 296-305.
- รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2550). ปัญหาจากการใช้สารเสพติด. ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิชย์, บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับเรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: บิยอนด์อินเตอร์ไรซ์.
- รัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรธรรมาธิกุล. (2555). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. *RAMA Nurse Journal*, 18(2), 259-270
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2552). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

- รุ่งทิวา ใจจา. (2550). ผลของการบำบัดตามโปรแกรมผสมผสานหลักทางพระพุทธศาสนา กับ เทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูรา ของผู้ป่วยเสพติดสูรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2554-2557). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี งบประมาณ 2554-2557. นครราชสีมา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- คำชา ลักษณาภิชนชัช โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาและ สารเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- เลียงชัย จัตุรัส. (ม.ป.ป.). แอลกอฮอล์. เข้าถึงได้จาก https://www.google.co.th/?gws_
- วิวัฒน์ เขวงชัยวง และนิศานาถ โขกเกิด. (2541). การใช้CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสูราใน โรงพยาบาล. วารสารสวนปรุง, 14(1), 2-7
- วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช. (2549). การพัฒนาด้านอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับตัว ทางสังคมของผู้ติดยาแอมเฟตามีนหลังจบการบำบัดในจังหวัดอุดรธานี. วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49(2), 147-157.
- วันเพ็ญ อานาจกิติกร. (2552). อ้อมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาของ ผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ อานาจกิติกร. (2553). ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดยา เสพติดในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดเชียงใหม่. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด เชียงใหม่.
- วรางคณา นูบผา. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดสูรา. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพรมพิราม พิษณุโลก.
- วรรณชนก จันทชุม. (2547). การพัฒนาทวิวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาส ในจังหวัดกาฬสินธุ์. คุยฎีนิพนธ์วิทยาศาสตรคุยฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วีร์วีร์ เมฆวิไลย์. (2555). สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. เข้าถึงได้จาก www.klb.dmh.go.th/download_file.php?str_folder_name

- ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลชัยภูมิขอนแก่น. (2553-2557). รายงานสถิติประจำปีผู้ป่วยนอก
ที่มารับบริการในระบบ ULCHA. ขอนแก่น: โรงพยาบาลชัยภูมิขอนแก่น.
- สงวน ธานี. (2547). การรับรู้ความสามารถของตนเองในกระบวนการการเลิกยาเสพติด: ศึกษาการ
บำบัดรักษาเสพติดของสถาบันชัยภูมิ. คุุณิพนธ์วิทยาศาสตรสุขภาพ
คุุณิพนธ์, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, คณะศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันชัยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข.(2546). หลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการ
ดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันชัยภูมิ. (2546). คู่มือแนวทางการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด. กรุงเทพฯ:
วีระอินเตอร์พรีนติ้ง.
- สถาบันชัยภูมิ. (2554-2557). รายงานสถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา.กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก www.thanyarak.go.th
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกิจ, อิงคณา โคตรนารา และศิริพร จิรวัดเนกุล. (2555). บทควมวิจัยเริ่มต้น สุรา
เป็นเรื่องง่าย แต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ,
35(2), 1-14.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (ม.ป.ป.). แอลกอฮอล์และระบบประสาท (*Alcohol and Nervous System*).
เข้าถึงได้จาก<http://haamor.com/th#article103>
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัช สุรชโย ภิภุ. (2555). ทศนคติของนักเรียนที่มีต่อการเรียนการสอนของพระสอนศีลธรรมใน
โรงเรียนประถมศึกษา อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์
ราชวิทยาลัย.
- สุพัฒนา เฉชาติวงศ์ ณ อุทยา. (2531). รายงานการวิเคราะห์สถานภาพของปัญหาสุขภาพจิต 6 เรื่อง.
กรุงเทพฯ: ศูนย์ผลิตเอกสาร โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(ม.ป.ป.). ความผิดปกติทางจิตจากการดื่มสุรา. ขอนแก่น:
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เอกสารการสอน.
- สุวรรณ วิริยะประยูร. (2548). พฤติกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.
เข้าถึงได้จาก www.mea.or.th/internet/hdd/hdd1.pdf.

- สุปรียา ตันสกุล. (2550). ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *Journal of Health Education*, 30(105), 1-15.
- เสาวนีย์ ลำานวน. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพติดยาสูบ ขณะรับการบำบัดรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันชัลญารักษ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ศิริลักษณ์ นิชกิจ. (2555). พฤติกรรมการดื่มและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค*, 7(11), 21-32.
- ศศิธร พรหมดีสาร. (2553). ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความผาสุกในชีวิตต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและการป้องกันกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ติดสุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริเชษฐ์ สังฆะมาน. (2548). การทบทวนองค์ความรู้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.
- ศรีไพร โปธา. (2550). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ที่เป็็นโรคติดสุรา ในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลชัลญารักษ์ขอนแก่น.(2557). รายงานสถิติประจำปีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระบบULCHA. ขอนแก่น: งานสารสนเทศ
- อัญชลี เหมชาติ และศรีวรรณ ยอดนิม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอกะทิงกู จังหวัดจันทบุรี. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 8(1), 115-128
- อุทัยทิพย์ จันท์เพ็ญ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American Psychiatric Association. (2012-2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (pp.481-495, 877-886.). Washington, DC: Author.

- Adams, V. M. (1987) *Principle of neurology* (pp.877-882. New York: McGraw-Hill.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Chiffs, N J: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned Behavior .*Organizational Behavior and Human decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: W.H. Freeman.
- Brown, M. E., Anton, R. F., Malcom, R., & Bellenger, J. C. (1988). Alcohol detoxification and withdrawal seizure: clinical support for a kindling hypothesis. *Biol-Psychiatry*, 23, 507-514.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975) *Belief,Attitude,intention and behavior :An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ho, D. Y. F. (1988).Interpersonal relationships and relationship dominance: An analysis based on methodological relationalism. *Asaion Journal of Socail Behavior*,1, 1-16.
- Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. In: Heather N, Miller WR, Greely J, editors. *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 3-79). Sydney: Maxwell Macmillan.
- NIAAA. (2000). *NIAAA 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health* Bethesda, MD: the Institute.
- Koppi, S., Eberhardt, G., Haller, R., & Konig, P. (1987). Calcium-channel-blocking agent in the treatment of acute alcohol withdrwal-caroverine versus meprobamate in a randomised double-blind study. *Neuropsychobiology*, 17, 49-52
- Little, H. J., Dolin, S. J., & Halsey, M. J. (1986). *Calcium channel antagonists decrease the ethanol withdrawal syndrome*. *Life Sciences*, 39(20), 59-65
- Lerner, W. D., & Fallon, H. J. (1985). The alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med*, 313, 951-952
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.

- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia PA: JB Lippincott
- Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1986). Clinical assessment and pharmacotherapy of the alcohol withdrawal syndrome. In: M. Galanter (ed.). *Recent developments in alcoholism* (pp. 265-281). New York: Plenum Press.
- Norman, L. M. (1971). *Introduction to psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kretch, D., & Crutchfield, R. S.. (1948). *Theory and problems of social psychology* (p. 15). New York: McGraw-Hill, Book.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology, 29*, 349-369.
- Sharon, S. B., & Saul, M. K. (1996). *Social psychology* (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2000). *Consumer behavior; Motivation research* (6th ed.). NJ: Prentice Hall.
- Stoltz, P. G. (1997). *Adversity Quotient: Turning obstacles into opportunities*. New York: John
- Yamane, T. (1997). *Statistics: An introductory analysis*. London: John Weather Hill.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Gobal status report on alcohol and health*. Switzerland: Le Mont-sur-Lausanne.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและผู้ช่วยการวิจัย

1. นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจิตแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน ธานี ประธานสาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกดื่มสุรา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 18-25 ปี 26-35 ปี 36-45 ปี 46-55 ปี 56-65 ปี
3. ประกอบอาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ รับจ้าง วางงาน
4. ท่านดื่มสุรามานานกี่ปี 5-10 ปี 11-15 ปี 16-20 ปี
 มากกว่า 20 ปี
5. ท่านมารับการรักษากี่ครั้งที่ ครั้งที่ 2 มากกว่า 2 ครั้ง
 ท่านเคยรับการรักษาโรคติดสุรามาก่อนจากรพ.อื่น
6. สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย
7. รายได้ต่อเดือน (บาท) 1,000-10,000 10,001-20,000
 20,001-30,000 30,001->40,000
8. ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
 โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเลือดจาง
 โรคกระเพาะอาหาร โรคเกาต์
 โรคอื่น ๆ ระบุ..... ไม่มีโรคประจำตัว
9. ประวัติการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 ปริญญาเอก สูงกว่าปริญญาเอก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หัวข้อคำถาม ความรู้สึก-ความตั้งใจ	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้ามีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา						
2. ข้าพเจ้าไม่ต้องการที่จะดื่มสุรา						
8.						
11. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจข้าพเจ้าจะไม่ดื่มสุรา						
12. เมื่อมีเวลาว่างข้าพเจ้าจะหากิจกรรมทำโดยไม่ดื่มสุรา						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ คำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารที่ทำให้เสพติด					
2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เข้ากับเพื่อนฝูงได้ดีคุ้มค่ากับเงินที่เสียไป					
7. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากๆมักเป็นโรคตับแข็ง					
8.					
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้รู้สึกเวียนศีรษะสมองทึบคิดอะไรไม่ออก					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกดื่มสุรา

คำชี้แจงแบบสอบถามนี้ต้องการวัดว่าท่านมีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้มากน้อยเพียงใดขอให้ท่านตอบตามความเชื่อมั่นของท่านไม่มีคำตอบใดที่จะถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจโดยที่ท่าเครื่องหมาย \surd ลงในลงในช่อง คำตอบที่ตรงกับความเชื่อมั่นของท่านมากที่สุด

0 = 0% หมายถึง ไม่มีความเชื่อมั่นเลยว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

1 = 25% หมายถึง เชื่อมั่นน้อยกว่า ไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

2 = 50% หมายถึง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ ไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

3 = 80% หมายถึง มีความเชื่อมั่นมากกว่า ไม่มีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

4 = 100% หมายถึง มีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

ข้อความคำถาม	ระดับความเชื่อมั่นที่จะไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
	0	1	2	3	4
1. เมื่อท่านรู้สึกซึมเศร้า					
2. เมื่อท่านเห็นเพื่อนดื่มสุรา					
3. เมื่อท่านเกิดปัญหากับเพื่อน					
4. เมื่อท่านรู้สึกเบื่อหน่าย					
14.					
15.					
16. เมื่อท่านไปเที่ยวกับเพื่อน					
17. เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว					
18. เมื่อท่านต้องการนอนหลับหรือผ่อนคลาย					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วย
โรคติดสุรา...

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในลงในช่อง คำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหมายถึง ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อเรื่องเหล่านั้น
- 2 ไม่เห็นด้วยหมายถึง ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยต่อเรื่องเหล่านั้น
- 3 ไม่แน่ใจหมายถึง ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจต่อเรื่องเหล่านั้น
- 4 เห็นด้วยหมายถึง ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยต่อเรื่องเหล่านั้น
- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่งหมายถึง ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อเรื่องเหล่านั้น

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. แม้เกิดปัญหาขึ้นกับตนเองแล้ว ข้าพเจ้าก็ยังมองไม่เห็นว่าการ ดื่มสุราเป็นปัญหา					
2. ข้าพเจ้าควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ไม่ดี					
23.					
24.....					
25. คนในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการเลิกดื่มสุราของ ข้าพเจ้า					

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-08-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาว อัจฉรินทร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ และ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ผู้วิจัยจะอธิบาย ชี้แจง ขั้นตอนการทำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบก่อนที่จะทำแบบสอบถาม ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดื่มเครื่องดื่มสุราและแบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านเป็นผู้เสียสละให้ข้อมูลซึ่งข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ เมื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์จะทราบภาพรวมของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุราและเป็นแนวทางการส่งเสริมหรือพัฒนา โปรแกรมหรือรูปแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสุราที่กลับมาติดสุราซ้ำ อย่างไรก็ตามก็อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ ความไม่สบายใจ หรือความไม่สะดวก ระหว่างที่ท่านให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวก ท่านสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งชีวิตประจำวัน หรือต่อการบำบัดรักษาและหรือการมารับบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านรู้สึกไม่พอใจ ไม่สะดวก ไม่สบายใจในการให้ข้อมูล ท่านสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ท่านทำแบบสอบถามนี้หาก ซึ่งไม่ส่งผลกระทบใดกับการให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกหรือการบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาล และการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ข้อมูลจากแบบสอบถามไม่ระบุตัวบุคคล ชื่อที่

อยู่ใด ที่จะบ่งบอกว่าเป็นท่าน จะมีการใช้รหัสแทนแบบสอบถามเพื่อให้ทราบว่าเป็นการเก็บข้อมูล ในกลุ่มที่ทำการศึกษานั้น การเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการเก็บเพียงผู้เดียวและทำการวิเคราะห์ ข้อมูล และเก็บเป็นระบบในฐานะข้อมูลการศึกษา ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัย ข้อมูลจะถูก นำเสนอโดยภาพรวมที่วิเคราะห์เรียบร้อยแล้วซึ่งไม่ระบุตัวตนหรือตัวบุคคล จะไม่กระทบถึงผู้ให้ ข้อมูล การทำลายข้อมูลหลังจากที่ทำการศึกษาวิเคราะห์ วิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่เป็น แบบสอบถามทั้งโดยเครื่องย่อยกระดาษ จะเก็บเพียงไฟล์ข้อมูลที่วิเคราะห์เรียบร้อยแล้วเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน ทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสุภา อัจฉรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 085-9193241 หรือที่อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

นางสุภา อัจฉรินทร์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ ประชณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ
ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการ
เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ
ข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงผลการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ

Factors Associated with Intention to Alcohol Abstinence among Persons with Relapsed Alcohol Dependence

ชื่อนิสิต นางสาว อัจฉรินทร์

รหัสประจำตัวนิสิต 53920627

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 08 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มสุราซ้ำและมารับการรักษา จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 90 ราย
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 9 เดือน กันยายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๑๗/๒๖๖



คณะกรรมการ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๒๖๔
วันที่ 10 มี.ย. ๕๕
เวลา 11.๕๕ น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- อ.สุวิทย์
- อ.วิมล
- อ.วิมล
- อ.วิมล
(พ.ศ.๕๕-๕๕๕๕)
- อ.วิมล (๕๕.๕๕๕)

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๓/๑๒๓/๓ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
นางสุภา อัครจันทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวรุ่งทิพา ใจจา ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์ทองกุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

เรียน คณบดี

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตอบอนุญาตให้นางสุภา อัครจันทร์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต ใช้เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์
ของนางสาวรุ่งทิวา ใจจา ได้

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณา

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณิ) งานบัณฑิต (คุณพรรณิภา)
ประธานหลักสูตรฯ สุขภาพจิต (ผศ.ดร.ภรภัทร) ทราบ และอาจารย์ที่ปรึกษา (ดร.ดวงใจ) เพื่อดำเนินการ
แจ้งนิสิต (นางสุภา อัครจันทร์) ทราบต่อไป

ขาลินี/ ๑๐ มิ.ย. ๕๘

ดร/ อานนพร
อม/ ๒
ดร
๑๐ มิ.ย. ๕๘



ที่ สธ ๐๘๑๕/ ๒๒๒๒

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
๓๐๐๐๐

๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คุณสุภา อัครจันทร์

อ้างอิง หนังสือที่ สธ ๐๖๖๐๗/๑๒๗๒ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือฉบับที่อ้างถึง ท่านได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยคือ แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ของผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภานีพนธ์ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ของคุณพรทิพย์ คงสัจย์ และคณะเพื่อการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ของนางคุณสุภา อัครจันทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ นั้น

บัดนี้ ศูนย์วิชาการ ของโรงพยาบาลฯ ได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากคุณพรทิพย์ คงสัจย์ และคณะ เรียบร้อยแล้ว โดยผลการพิจารณารับทราบและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุวรรณณี เรืองเดช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์

ศูนย์วิชาการ

โทร ๐-๔๕๒๓-๓๙๙๙ ต่อ ๖๕๖๒๒

โทรสาร ๐-๔๕๒๓-๓๙๗๗

เลขที่: ๑๖๖
วันที่: ๒๒/๑๑/๒๕๖๒
เวลา: ๑๖.๖๐

ที่ ศบ. ๐๖๐๖๖/ ๒๓๓๒๘



กรมการศึกษานอกโรงเรียน
วันที่: ๒๒/๑๑/๒๕๖๒
ที่: ๒๓๓๒๘

เรื่อง ขออนุญาต

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่หนังสือเกี่ยวกับรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัญญาρχิ์ขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๒. รายงานผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาว อักจันทร์ นิสิตระดับสุดท้ายทางศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติจากโรงเรียนแพทย์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของญาติของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ" โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนาจความสนใจ ขอให้หนังสือเกี่ยวกับรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำและมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัญญาρχิ์ขอนแก่น โดยแบ่งดังนี้

- ๑. ระหว่างวันที่ ๒๑ กันยายน - ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก เครื่องมือ จำนวน ๑๖ ราย
- ๒. ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม - ๒๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน ๙๐ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย ขอเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดร. รศ. น. นพ. นพ. นพ.
นิตยา นิตยา
๒๒/๑๑/๒๕๖๒

[Signature]
รองศาสตราจารย์ ดร. นุชจิ ไชยมงคล
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๕๓๐-๒๕๓๖๖
โทรสาร ๐-๓๕๓๐-๒๕๓๖๖
ตู้วิทยุ ๐-๓๕๓-๕๓๓๖-๓๒๕๓

22/11/2019
- 02/11/19
15/11/19
22/11/19

เรียน คณบดี

ช่วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ตอบอนุญาตให้นักศึกษา อัครจันทร์
 นิลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต ใช้เครื่องมือวิจัย
 "แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลือกยาเสพติด" ของนางสาวสงวน ธานี
 ตามรายละเอียดข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณา

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณ)

งานบัณฑิตฯ (คุณพรณิภา) ประธานหลักสูตรฯ สุขภาพจิตฯ (ผศ.ดร.ภรภัทร) ทราบ
 และอาจารย์ที่ปรึกษา (ดร.ดวงใจ) เพื่อดำเนินการแจ้งนิสิต (นางสุภา อัครจันทร์)
 ทราบต่อไป

ชาลินี/ ๗ ก.ค. ๕๘

พ/๑๓๖๖๖๖

พ

พท-๑.๕๘

ที่ คธ 0514.6.1.2.1/ 2576



ส่งมอบ หนังสือ 1023
 มหาวิทยาลัยบูรพา - ๑๒๐๑๑๑๑๑ (รศ.ดร.พรทิพย์)
 ๐1832 - ๑๒๐๑๑๑๑๑ (คุณพรทิพย์)
 วันที่ 24 มิ.ย. 58 - ๑๒๐๑๑๑๑๑ (ดร.ดร.ดร.ดร.)
 เวลา 15:54 น.
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น - อ.พิชญ์ ภัทร
 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 (๑๘.๑๖๐๑๑)

19 มิถุนายน 2558

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึงหนังสือที่ คธ 6607/1274 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขออนุญาตให้ นางสาว อัจฉรินทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามทัศนคติต่อการตีผมแอลกอฮอล์ ของ นางสาวอุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ไม่ขัดข้อง อินดีให้ นางสาว อัจฉรินทร์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์ ภัทร เลิศรัตน์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดี

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตอบอนุญาตให้นางสาว อัจฉรินทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต ใช้เครื่องมือวิจัย ดังแจ้งข้างต้นได้ จึงเรียนมาเพื่อ

- ๑. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
- ๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณิ) อธิบดีบัณฑิตฯ (คุณพรทิพย์) ประธานหลักสูตรสุขภาพจิตฯ (ผศ.ดร.ภรภัทร) ทราบ และอาจารย์ที่ปรึกษา (ดร.ดวงใจ) เพื่อดำเนินการแจ้งนิสิต (นางสาว อัจฉรินทร์) ทราบต่อไป

งานจัดการศึกษามหาบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ / โทรสาร 043-202561

ชาลินี/ ๒๔ มิ.ย. ๕๘