

การพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

กวินทิพย์ กิพย์พิมานชัย*, พิชัย แสงชาญชัย*, วณิดา รัตนสุมาวงศ์*

*กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การดื่มสุราเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม แม้มีแนวทางการบำบัดหลายรูปแบบแต่มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการและถูกตีตรา งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง บนพื้นฐานของหลักการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจิตใจ (MI) โดยมีเป้าหมายเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา และศึกษาประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยหลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจิตใจ (MI) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้ และทำการทดลองแบบสุ่ม (RCT) โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างตามแผนการศึกษาที่กำหนดไว้ 60 คน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สามารถเก็บข้อมูลได้จริง ในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการดูแลตามปกติ 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้สุราร่วมกับการดูแลตามปกติ 15 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE), The Timeline Follow Back interview (TLFB) ติดตามที่ 1, 4 และ 12 สัปดาห์

ผลการศึกษา ในสัปดาห์ที่ 12 ระดับแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้สุรา (HE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.338$) อย่างไรก็ตาม กลุ่ม WB มีระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราร่วมกับกลุ่ม HE อย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 ($p = 0.024$) ขณะที่ปริมาณการดื่มเฉลี่ยและพฤติกรรมการดื่มของผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มปรับดีขึ้นตลอดระยะเวลาการติดตาม โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

สรุป สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองมีโอกาสช่วยเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราบางด้าน โดยเฉพาะด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แต่หลักฐานยังไม่เพียงพอว่ามีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล

คำสำคัญ สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง โรคติดสุรา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Corresponding author: กวินทิพย์ กิพย์พิมานชัย

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

E-mail: Beautjub@gmail.com

วันรับ 27 พฤศจิกายน 2568 วันแก้ไข 11 มกราคม 2569 วันตอบรับ 14 มกราคม 2569



Development of Self-help Workbook for Enhancing Motivation and Promoting Behavioral Change in Alcohol Dependent Patients

Kawintip Tipimanchai*, Pichai Saengchanchai*, Wanida Rattanasumawong*

*Department of Psychiatry, Phramongkutklao Hospital

ABSTRACT

Objective: Alcohol consumption and related beverages remain a major public health concern in Thailand, leading to physical, psychological, and social consequences. Although several treatment approaches exist, barriers such as limited accessibility and stigma remain significant challenges. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-help workbook designed to enhance motivation and promote behavioral change in alcohol consumption.

Methods: The self-help workbook was developed using CBT and MI principles and validated by experts prior to testing. A randomized controlled trial (RCT) was conducted. Based on the sample size calculation, 60 participants were planned; however, a total of 30 inpatients ($n = 30$) diagnosed with alcohol use disorder were enrolled and randomly allocated into two groups. The intervention group received the self-help workbook ($n = 15$), while the control group received alcohol education leaflet ($n = 15$). Research instruments included the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), the Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE), and the Timeline Follow-Back interview (TLFB). Outcomes were assessed at baseline, week 1, week 4, and week 12.

Results: The results showed that the experimental group who received the self-help workbook (WB) tended to have greater improvement in motivation to quit drinking compared with the control group who received the health education leaflet on alcohol (HE) at week 12, although the difference was not statistically significant ($p = 0.338$). However, the level of self-control in high-risk situations among participants in the WB group was significantly higher than that of the HE groups at week 12 ($p = 0.024$). Both groups demonstrated a reduction in average alcohol consumption and improvement in drinking behaviors throughout the follow-up period, with no significant differences between groups.

Conclusion: The self-help workbook may have the potential to enhance motivation and certain aspects of drinking behaviors, particularly self-efficacy in resisting high-risk situations for relapse, although its effectiveness among inpatients with alcohol use disorder requires further investigation.

Keywords: self-help workbook, alcohol, cognitive behavior therapy

Corresponding author: Kawintip Tippimanchai

E-mail: Beautjub@gmail.com

Received: 27 November 2025 Revised: 11 January 2026 Accepted: 14 January 2026

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคมในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 9,500 คนต่อปี คิดเป็นประมาณร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษเฉียบพลัน¹ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการดื่มสุรายังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

สุราเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและระบบประสาท ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม บางรายเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อนฆ่าตัวตาย การเสพยาเสพติด ชนิดอื่นร่วม โรคจิตประสาทหลอนหวาดระแวง และโรคความจำเสื่อม² ปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยยังก่อให้เกิดผลกระทบตามมาเป็นอย่างมาก ทั้งความยากจน³ ความรุนแรงในครอบครัว จากการดื่มสุรา⁴ การเกิดอาชญากรรม⁵ และอุบัติเหตุ⁶ รวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคมไทยโดยรวม⁷

จากปัญหาของการดื่มสุราดังกล่าวในประเทศไทย ส่งผลให้มีนโยบายและมาตรการเพื่อลดปัญหาจากการดื่มสุรา ในหน่วยงานต่างๆ และมีการจัดระบบบริการสุขภาพในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ติดสุราควรได้รับการดูแลรักษา ทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาที่ดีที่สุด⁸

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่มีผลการศึกษารองรับถึงประสิทธิภาพในการใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชต่างๆ และยังคงนำไปใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ รวมทั้งปัญหาเสพติดสุราหรือสารเสพติดอื่น และสามารถบำบัดร่วมไปกับหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจ (MI) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจิตใจ (MET) ที่เน้นในการเสริมแรงจิตใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยแบบการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุราได้ทั้งผู้ใหญ่และวัยรุ่น⁹

อย่างไรก็ตามในบริบทการให้บริการจริง ผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทางจิตสังคมได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ความแออัดของระบบบริการสุขภาพ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ตลอดจนทัศนคติเชิงลบ และการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนมีความต้องการฟื้นฟูตนเองในรูปแบบที่ยืดหยุ่นและเป็นส่วนตัวมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการบำบัดในรูปแบบสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-help workbook) ที่ผสมหลักการของ CBT และ MI เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีศักยภาพในการช่วยลดช่องว่างของระบบบริการ โดยสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในลักษณะที่ใช้ทรัพยากรบุคคลน้อย ลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ และลดความรู้สึกถูกตีตรา ทั้งยังสามารถใช้ควบคู่กับการรักษาตามปกติได้ แต่หลักฐานยังมีข้อจำกัด เช่น ความหลากหลายของรูปแบบการบำบัด และการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินในบริบทของประชากรที่มีระดับความรุนแรงของการติดสุราต่ำถึงปานกลาง อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทยยังพบข้อจำกัดด้านการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวที่เหมาะสมกับภาษา วัฒนธรรม และบริบทของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่อาศัยหลักการของการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสุราในประเทศไทย และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้สมุดแบบฝึกหัดดังกล่าวร่วมกับการดูแลตามปกติในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล อันอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการเสริมการบำบัดทางจิตสังคมในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง และทำการวิจัยเชิงทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (experimental study: a randomized controlled trial) ศึกษาประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับการให้แผ่นพับความรู้เรื่องสุรา การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก หมายเลขอ้างอิง IRBRTA1583/2567 วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุราแบบผู้ป่วยในของกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี 2) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความผิดปกติของพฤติกรรมกรมการดื่มสุราตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) หรือเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (F10.2) ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถมาติดตามอาการตามนัดแบบผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่กำเริบรุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ขณะทำการรักษา 2) มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (นอกเหนือจากบุหรี่) ภายใน 90 วัน (หรือ 6 เดือน สำหรับสารในกลุ่มโอปิออยด์) หรือมีการตรวจพบสารเสพติดนั้นจากการตรวจปัสสาวะ 3) มีภาวะหรือโรคทางกายที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ 4) เข้ารับการบำบัดสุราด้วยโปรแกรมบำบัดอื่นขณะทำการรักษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการเปรียบเทียบสัดส่วนสองกลุ่ม โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ พบว่าอัตราแรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์ชั้นลงมือกระทำในกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 30.0 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 2.1 โดยใช้ระดับนัยสำคัญ 0.05 (two-sided test) และกำลังการทดสอบ 80% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 26 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียการติดตาม (loss to follow-up) ร้อยละ 10 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบด้วยเนื้อหาและแบบฝึกหัดจำนวน 6 บท ยื่นเสนอตรวจสอบความถูกต้องต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ และเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 3 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน โดยใช้แบบประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเพื่อปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการทดลองใช้

สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสุราในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการใช้งาน

ระยะก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อน และเข้าสู่กระบวนการสุ่ม จัดกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็นบล็อก (block randomization) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มจะต้องได้รับการถอนพิษสุราอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มการทดลอง

ระยะทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจะได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองและคำอธิบายการใช้งานสมุด โดยจะมีการติดตามทบทวนความคืบหน้าภายใน 1 สัปดาห์หลังมอบสมุดงาน และยังคงได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การดูแลทางการแพทย์ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเลิกสุรา และการบำบัดทางจิตสังคมจากแพทย์ ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมจะได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการเลิกสุรา และได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นไม่ได้รับสมุดแบบฝึกหัด เนื่องจากลักษณะของการแทรกแซงแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การศึกษานี้จึงเป็นการทดลองแบบสุ่มชนิดไม่ปกปิด (open-label randomized controlled trial) ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราแบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มสุรา และแบบบันทึกตารางการดื่มสุราในลักษณะเดียวกัน รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ GGT ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐานโดยไม่เกี่ยวข้องกับการจัดกลุ่มการทดลอง

ระยะติดตามผล ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มจะได้รับการติดตามและประเมินผลจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อมาติดตามการรักษาผู้เข้าร่วมจะได้ทำแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา แบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มสุรา แบบบันทึกตารางการดื่มสุรา และตรวจทางห้องปฏิบัติการ GGT ในสัปดาห์ที่ 12

เครื่องมือ

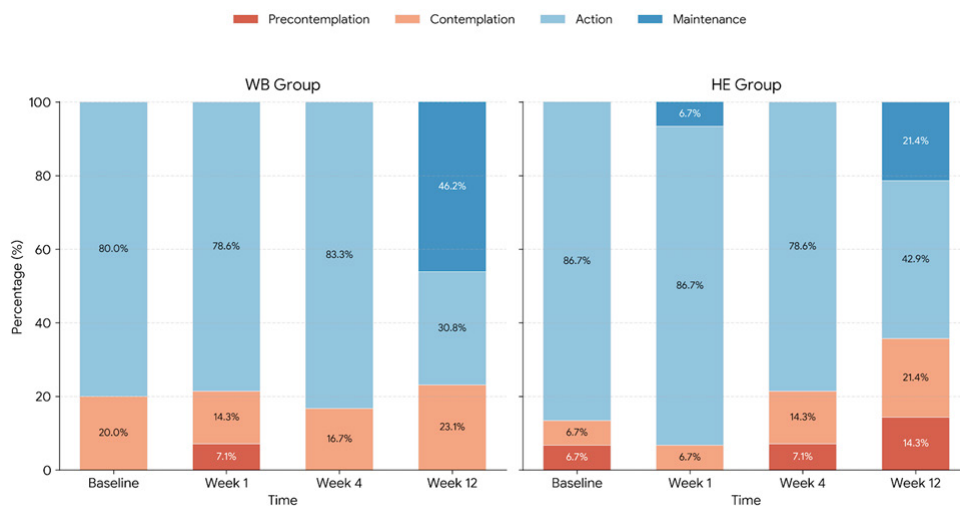
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะ อาชีพ รายได้ อายุที่เริ่ม

ดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม จำนวนปีดื่ม ประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดอื่น ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเข้ารับการบำบัด จำนวนปีที่หยุดดื่ม

2) แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (University of Rhode Island Change Assessment Scale; URICA)¹⁰ จำนวน 32 ข้อ แบ่งขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงไว้ 4 ระดับ คือ ขั้นไม่สนใจปัญหา ขั้นลังเลใจ ขั้นปฏิบัติ และขั้นปฏิบัติต่อเนื่อง คำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ยังตัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลได้รับการตรวจสอบและบันทึกในโปรแกรม STATA/BE 18 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน และช่วงควอไทล์ตามการแจกแจง และข้อมูลเชิงกลุ่มเป็นจำนวน และร้อยละ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปวิเคราะห์ด้วย Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

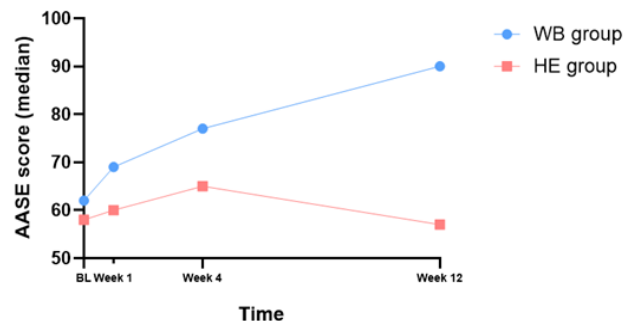


รูปที่ 1 แสดงการกระจายของระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation), ขั้นลังเลใจ (Contemplation), ขั้นลงมือกระทำ (Action) และขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ในช่วงก่อนการบำบัดและติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12

3) แบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale; AASE)¹¹ ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่โยงเข้ากับการยับยั้งชั่งใจในการดื่มแอลกอฮอล์ 4 องค์ประกอบ คือ ผลกระทบเชิงลบ ความกดดันทางสังคม ความเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับร่างกาย ความต้องการ และแรงกระตุ้นภายในตนเอง จำนวน 20 ข้อ คำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย ไม่ค่อยมั่นใจ ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจ มั่นใจมาก มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5

4) แบบบันทึกตารางการดื่ม (The Timeline Follow Back interview; TLFB)¹² เพื่อบันทึกข้อมูลชนิดและปริมาณของสุรา ซึ่งจะทำได้จำนวนวันที่หยุดดื่มและจำนวนวันที่ดื่มหนัก

Changes in AASE scores over time



รูปที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงกลับไปดื่มสุราซ้ำ (ค่ามัธยฐาน) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ในช่วงก่อนการบำบัดและติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้มีผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องสุรา (HE) กลุ่มละ 15 ราย แม้ว่าการคำนวณขนาดตัวอย่างตามแผนการศึกษาจะกำหนดไว้ 60 ราย แต่ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา จำนวนผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนจำกัด และผู้ป่วยบางส่วนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสุราและยาเสพติด PMK model ซึ่งเป็นเกณฑ์คัดออกของการศึกษานี้ ส่งผลให้สามารถรับผู้เข้าร่วมได้ต่ำกว่าจำนวนที่คำนวณไว้

ลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่ม WB เท่ากับ 42.3 ปี และกลุ่ม HE เท่ากับ 40.6 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกอบอาชีพรับราชการ กลุ่ม WB มีผู้แต่งงานมากกว่ากลุ่ม HE (ร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับ) รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่ม WB อยู่ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท ต่อเดือน ขณะที่กลุ่ม HE มีรายได้กระจายอยู่ระหว่าง 15,000 - 50,000 บาท อายุเฉลี่ยเริ่มดื่มใกล้เคียงกันคือประมาณ 16 ปี ทั้งสองกลุ่มมีการสูบบุหรี่และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ปริมาณการดื่มเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้เข้าร่วมที่ติดตามครบทั้ง 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 มีจำนวน 26 ราย ได้แก่ กลุ่ม WB 12 ราย (ร้อยละ 80) และกลุ่ม HE 14 ราย (ร้อยละ 93.3)

ประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องสุรา (HE) เพื่อประเมินประสิทธิภาพด้านแรงจูงใจ ความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อการดื่มซ้ำ และพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าโดยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเริ่มต้นอยู่ในขั้นลงมือกระทำ และในกลุ่ม WB มีแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นอยู่ในขั้นกระทำต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 12 มากกว่ากลุ่ม HE แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่ม WB และ HE แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงกลับไปดื่มสุราซ้ำ พบว่ากลุ่ม WB มีแนวโน้มของระดับความยับยั้งชั่งใจเพิ่มขึ้นตลอดการศึกษา และระดับความยับยั้งชั่งใจที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 นั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและตัวชี้วัดทางชีวภาพ ทั้งสองกลุ่มมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ร้อยละวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น ร้อยละวันที่ดื่มหนักลดลง และระดับสาร GGT ลดลงในทิศทางเดียวกันเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจูงใจ (MI) เพื่อเป็นสื่อบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใหม่สำหรับผู้ติดสุรา สมุดแบบฝึกหัดนี้ถูกออกแบบให้ผู้ป่วยสามารถใช้เรียนรู้และสะท้อนพฤติกรรมของตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัยผู้บำบัดโดยตรง จึงเป็นเครื่องมือที่ตอบโจทย์ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาแบบดั้งเดิม หรือผู้ที่ลังเลที่จะเข้ารับบริการเนื่องจากความรู้สึกอับอายและการถูกตีตราทางสังคม

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองมีแนวโน้มช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ติดสุรา โดยเฉพาะในด้านความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้เข้าร่วมที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดมีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์ที่ท้าทาย แม้ว่าความแตกต่างด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มจริงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางของผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดในด้านการเสริมแรงภายในและการตระหนักรู้ตนเอง

เมื่อพิจารณาสาเหตุของความแตกต่างที่ไม่ชัดเจนในด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสุราระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักมีแรงจูงใจเริ่มต้นสูงอยู่แล้วจากผลของภาวะวิกฤต¹³ หรือแรงกดดันทางสังคม¹⁴ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือหน่วยงาน สภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมภายในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้เข้าร่วมไม่ได้เผชิญ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	WB จำนวน (ร้อยละ)	HE จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			NA
ชาย	15 (100)	15 (100)	
อายุ (ปี)			0.603
Mean ± SD	42.27 ± 8.48	40.6 ± 8.89	
สถานภาพสมรส			0.136
โสด	4 (26.7)	8 (53.3)	
แต่งงาน	11 (73.3)	7 (46.7)	
ระดับการศึกษา			0.2
ประถมศึกษา	1 (6.7)	0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	3 (20)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (66.7)	6 (40)	
อาชีวะ	1 (6.7)	0	
ปริญญาตรี	2 (13.3)	5 (33.3)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (6.7)	1 (6.7)	
ลักษณะอาชีพ			0.217
รับราชการ	12 (80)	11 (73.3)	
ธุรกิจส่วนตัว	0	2 (13.3)	
พนักงานเอกชน/ลูกจ้าง	0	2 (13.4)	
รับจ้าง	1 (6.7)	0	
เกษียณราชการ	2 (13.3)	0	
รายได้ (บาท/เดือน)			0.554
ต่ำกว่า 15,000	2 (13.3)	4 (26.7)	
15,000 - 30,000	7 (46.7)	5 (33.3)	
30,001 - 50,000	6 (40)	5 (33.3)	
> 50,000	0	1 (6.7)	

กับสิ่งกระตุ้นจริง จึงไม่สะท้อนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันหลังจากออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งระยะเวลาการติดตามเพียง 12 สัปดาห์ อาจยังสั้นเกินไปที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การลดลงของพฤติกรรมการดื่มสุรานั้น ทั้งสองกลุ่ม อาจอธิบายได้จากอิทธิพลของการเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ในหน่วยเฉพาะทางด้านการเสพติด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มโดยตรง ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการถอนพิษสุรา การดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อมูลพื้นฐาน	WB จำนวน (ร้อยละ)	HE จำนวน (ร้อยละ)	p-value
คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีการดื่ม			0.269
ไม่มี	5 (33.3)	8 (53.3)	
มี	10 (66.7)	7 (46.7)	
อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก			0.859
Mean ± SD	16 ± 2.07	16.13 ± 2	
สูบบุหรี่			0.456
ไม่สูบ	7 (46.7)	5 (33.3)	
สูบ	8 (53.3)	10 (66.7)	
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช			1.000
ไม่มี	12 (80)	12 (80)	
มี	3 (20)	3 (20)	
การเข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล			0.269
ไม่เคย	5 (33.3)	8 (53.3)	
เคย	10 (66.7)	7 (46.7)	
เคยมีช่วงที่ไม่ได้ดื่มนานเกิน 2 สัปดาห์			0.142
ไม่เคย	4 (26.7)	1 (6.7)	
เคย	11 (73.3)	14 (93.3)	
ปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ย (กรัมของแอลกอฮอล์)			0.944
Median (IQR)	134 (25 - 225)	117 (96 - 168)	

Fisher's exact test and Mann-Whitney U test, *significant (p < 0.05)

จากทีมสหสาขาวิชาชีพ การรักษาด้วยยา การให้ความรู้ และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมและปราศจากสุรา ปัจจัยเหล่านี้อาจมีอิทธิพลสูงจนกลบผลของการบำบัดด้วยสมรรถนะฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม แม้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับสมรรถนะฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองจะมีแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีกว่าในบางด้าน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรับราชการในโรงพยาบาลทหาร ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านโครงสร้างวินัยและแรงกดดันจากระบบราชการ อาจจำกัดการสรุปผลไปยังประชากรทั่วไป และอาจมีผลต่อแรงจูงใจภายนอกและรูปแบบการรายงานพฤติกรรมการดื่ม ผลลัพธ์ยังสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพของสมรรถนะฝึกหัดอาจขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการติดสุรา^{15,16}

ตารางที่ 2 แสดงระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ก่อนการบำบัดและตลอดช่วงติดตามผล

	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
แรงจูงใจ ก่อนการบำบัด			0.361
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	1 (6.7)	
ขั้นลังเลใจ	3 (20.0)	1 (6.7)	
ขั้นลงมือกระทำ	12 (80.0)	13 (86.7)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	0 (0.0)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 1			0.481
ขั้นไม่สนใจปัญหา	1 (7.1)	0 (0.0)	
ขั้นลังเลใจ	2 (14.3)	1 (6.7)	
ขั้นลงมือกระทำ	11 (78.6)	13 (86.7)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	1 (6.7)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 4			0.638
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	1 (7.1)	
ขั้นลังเลใจ	2 (16.7)	2 (14.3)	
ขั้นลงมือกระทำ	10 (83.3)	11 (78.6)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	0 (0.0)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 12			0.338
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	2 (14.3)	
ขั้นลังเลใจ	3 (23.1)	3 (21.4)	
ขั้นลงมือกระทำ	4 (30.8)	6 (42.9)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	6 (46.2)	3 (21.4)	

Fisher's exact test, *significant (p < 0.05)

ตารางที่ 3 แสดงระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยง กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ระยะเวลาที่ตาม	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
ก่อนให้การบำบัด	62 (49 - 82)	58 (38 - 73)	0.302
สัปดาห์ที่ 1	69 (61 - 90)	60 (50 - 71)	0.14
สัปดาห์ที่ 4	77 (65.5 - 91)	65 (60 - 70)	0.206
สัปดาห์ที่ 12	90 (60 - 90)	57 (52 - 70)	0.024*

Mann-Whitney U test, *significant (p < 0.05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การดื่มสุราและตัวชี้วัดทางชีวภาพ

ระยะเวลาที่ตาม	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (กรัม)			
ก่อนการบำบัด	134 (25 - 225)	117 (96 - 168)	0.944
สัปดาห์ที่ 1	0 (0 - 32)	0 (0 - 4)	0.275
สัปดาห์ที่ 4	0 (0 - 44.5)	29 (0 - 43)	0.816
สัปดาห์ที่ 12	0 (0 - 47)	31 (10 - 67)	0.732
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม			
ก่อนการบำบัด	20 (0 - 43)	16 (0 - 30)	0.397
สัปดาห์ที่ 1	100 (28 - 100)	100 (85 - 100)	0.781
สัปดาห์ที่ 4	100 (33 - 100)	75.5 (0 - 100)	0.338
สัปดาห์ที่ 12	100 (0 - 100)	58 (0 - 87)	0.241
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก			
ก่อนการบำบัด	50 (13 - 100)	73 (13 - 100)	0.555
สัปดาห์ที่ 1	0 (0 - 42)	0 (0 - 0)	0.029*
สัปดาห์ที่ 4	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0.94
สัปดาห์ที่ 12	0 (0 - 0)	0 (0 - 20)	0.602
ระดับสาร GGT			
GGT ก่อนบำบัด	295 (130 - 530)	276 (110 - 1134)	0.724
GGT สัปดาห์ที่ 12	63 (40 - 240)	130 (83 - 157)	0.528

ผู้ที่มีระดับการติดต่ำถึงปานกลางมักตอบสนองได้ดีกว่า เพราะมีแรงจูงใจภายในและความสามารถในการควบคุมตนเองสูงกว่า ในขณะที่ผู้ติดสุราระดับรุนแรงมักมีภาวะบกพร่องด้านการควบคุมตนเอง (executive dysfunction) และมีความอยากสุรารุนแรง (craving)^{17,18} ซึ่งต้องการแนวทางการบำบัดที่เข้มข้นและหลากหลายมากกว่า การบำบัดแบบองค์รวม เช่น การผสมผสาน CBT, MI, การป้องกันการกลับไปดื่ม (relapse prevention) และการฝึกสติ (mindfulness-based therapy) อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ^{19,20}

ในด้านผลลัพธ์ทางชีวเคมี การลดลงของระดับเอนไซม์ GGT ในทั้งสองกลุ่มสะท้อนการปรับตัวของพฤติกรรมกรรมการดื่มในทิศทางที่ดี แม้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจะไม่ชัดเจน แต่แนวโน้ม

ของกลุ่มที่ใช้สมุดแบบฝึกหัดแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า ซึ่งอาจเป็นผลจากการตระหนักรู้และการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการทำกิจกรรมในสมุดแบบฝึกหัดอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการออกแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (RCT) ที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษานี้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาเครื่องมือบำบัดที่ใช้งานได้จริงในระบบบริการสุขภาพไทย สมุดแบบฝึกหัดมีความยืดหยุ่น ใช้งานง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลหรือชุมชนโดยไม่เพิ่มภาระให้บุคลากรด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมที่น้อยกว่าที่คำนวณไว้ตามแผนการศึกษา ซึ่งเป็นผลจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาการศึกษาที่มีจำกัด และการคัดออกผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูอื่นอันเป็นเกณฑ์คัดออกของการศึกษา ส่งผลให้พลังทางสถิติของการศึกษาลดลง ระยะเวลาการติดตามสั้น และกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดอยู่ในผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรงในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึงผลกระทบจากระดับการใช้สมุดแบบฝึกหัดของผู้เข้าร่วม เนื่องจากผู้ป่วยในมีภาระการรักษาหลักค่อนข้างมาก และการติดตามการใช้งานสมุดแบบฝึกหัดในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับจำกัด การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ขยายระยะเวลาการติดตาม และปรับเนื้อหาของสมุดแบบฝึกหัดให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการเลิกสุราได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

สรุป

สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีในการสนับสนุนแรงจูงใจภายในและสมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของผู้ติดสุรา แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มสุราจะไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้เข้าร่วมในกลุ่มที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดมีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่พฤติกรรมการดื่มและตัวชี้วัดทางชีวเคมีมีแนวโน้มปรับดีขึ้นในทิศทางเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองอาจมีบทบาทในฐานะการบำบัดเสริมที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการบำบัดหลัก โดยเฉพาะ

ในด้านการเสริมสร้างการตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ระยะเวลาการติดตามที่ยาวนานขึ้น และในบริบทการรักษาที่หลากหลาย เพื่อยืนยันประสิทธิผลและขยายศักยภาพในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ พันเอกหญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, พันเอก เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์, พันตรีหญิง วัลย์วิภา วิทยาศัย และ พันตรีหญิง ศรุตยา พลสิทธิ์ อาจารย์ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยา และนายทหารจิตวิทยา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง และคณะผู้บริหารศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ซึ่งเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการบำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย และได้สนับสนุนทุนในการดำเนินงานครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กวีนิพนธ์ กิพย์พิมานชัย: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; พิชัย แสงชาญชัย: แนวคิดให้คำปรึกษา ออกแบบการศึกษา; วณิดา รัตนสุมาวงศ์: ให้คำปรึกษา ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Nontharuk J. Trends in morbidity and mortality related to alcohol consumption in Thailand, 2015–2019 [master's thesis]. Mahidol University; 2021.
2. Jansirimongkol B, Wittayathavornwong L, Darakorn Na Ayutthaya P, Suriyachai S, Korkamjairit K, Tangmanotham J, et al. Psychiatric comorbidities among individuals with alcohol use problems. Bangkok: Vanida Printing; 2013.
3. Chankhotkaew J, Chaisongk S, Wongmongkol W, Limwattananon S, Thammarangsi T. Alcohol consumption and poverty: Alcohol-related expenditure and drinking patterns across different socioeconomic groups. J Health Sci 2015;24(1):68–78.
4. Thongsamsi K, Thongsamsi I. Effects of domestic violence related to alcohol consumption: A newspaper content analysis from 2011–2015. Walailak J Soc Sci 2019;12(1):61–90.



5. Jitsawang S. The relationship between alcohol consumption and crime. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
6. Noosorn N, Krissanakriangkrai O, Chayodom V, Wongwat R. The impact of alcohol consumption on traffic accidents in the lower northern region of Thailand [master's thesis]. Naresuan University; 2007.
7. Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Youngkong S, Luangsinisir C. Economic cost assessment of alcohol consumption in Thailand, 2021. Ministry of Public Health; 2021.
8. Miller PM. Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders. New York: Academic Press; 2013.
9. Saengchanchai P. Handbook of addiction psychiatry. Bangkok: Thai Association for Addiction Psychiatry; 2022.
10. DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1990;2(2):217–35.
11. DiClemente CC, Carbonari JP, Montgomery RP, Hughes SO. The alcohol abstinence self-efficacy scale. *J Stud Alcohol* 1994;55(2):141–8.
12. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP, editors. *Measuring alcohol consumption*. Totowa (NJ): Humana Press; 1992.
13. DiClemente CC, Doyle SR, Donovan D. Predicting treatment seekers' readiness to change drinking behavior in the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(5):879–92.
14. Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse. *Drug Alcohol Depend* 2006;81(3):301–12.
15. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009;36(1):75–86.
16. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1998;59(6):631–9.
17. Moselhy HF, Georgiou G, Kahn A. Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol Alcohol* 2001;36(5):357–68.
18. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Neurocircuitry in alcoholism: A substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology (Berl)* 2005;180(4):583–94.
19. Fernandez-Serrano MJ, Perez-Garcia M, Verdejo-Garcia A. Impact of abstinence on inhibitory control and decision-making in polysubstance dependence. *Drug Alcohol Depend* 2011;117(1):28–35.
20. Garland EL, Froeliger B, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse. *Sci Adv* 2019;5(10):eaax1569.