

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา

The Effects of A Behavioral Modification Program on The Mental Health Self-Care of Persons With Alcohol Dependence

จำลองลักษณ์ ชาสังข์¹ ชมชื่น สมประเสริฐ² สารรัตน์ วุฒิอาภา²

Chamlongluk Sasung¹ Chomchuen Somprasert² Sararud Vuthiarpa²

¹โรงพยาบาลกุสินทร์ อ.กุสินทร์ จ.ศรีสะเกษ ประเทศไทย 13140

¹Phusing Hospital, Phusing, Srisaket, Thailand 13140

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

²Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 62 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวทางการปรับพฤติกรรมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุรา 2) โปรแกรมการปรับพฤติกรรม และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุรากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง ($M = 199.64, SD = 17.60$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M = 173.39, SD = 21.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.30, p < .05$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังทดลองของผู้ติดสุรากลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 26.55, SD = 20.25$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .29, SD = 4.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.05, p < .001$) สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมช่วยปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาในผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตราย ผู้เสพสารแอมเฟตามีน และควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ติดสุรา การฟื้นฟูทางจิตสังคม พฤติกรรมบำบัด การลดอันตราย สุขภาพจิต

Abstract

The purpose of this quasi-experimental design was to examine the effects of a behavioral modification program on the mental health self-care of persons with alcohol dependence, and was divided into two pre-posttest groups. A research sample of 62 alcohol-dependent patients in the out-patient unit at four District Health Promotion Hospitals of Srisaket province in Thailand were randomly assigned to experimental and control groups, with 31 subjects in each group. The experimental group participated in the behavioral modification program for eight sessions weekly, 2 hours per each session, and the control group received regular caring activities. The research instruments were the following: 1) A personal data questionnaire; 2) a behavioral modification program; and 3) a mental health self-care scale. The behavioral modification program was validated for content validity by 3 professional experts and the mental health self-care scale had a Cronbach's alpha coefficient reliability of .97. The demographics were analyzed using descriptive statistics. A comparison of the mean score for the mental health self-care between the pretest and posttest for the experimental and control group was analyzed using dependent t-test. Further, an independent t-test was used to examine the mean difference between the pretest and posttest mean score for the experimental group and control group.

The research findings were as follows:

1) The mean score for mental health self-care on the posttest ($M = 199.64$, $SD = 17.60$) for the experimental group after participating in the program was significantly greater than their mean score on the pretest ($M = 173.39$, $SD = 21.40$) before participating in the program ($t = 7.30$, $p < .001$).

2) The mean difference in the mental health self-care mean score between the pretest and posttest of the experimental group ($\bar{D}_1 = 26.55$, $SD = 20.25$) was significantly greater than that of the control group that received regular caring activities ($\bar{D}_2 = .29$, $SD = 4.53$) ($t = 7.05$, $p < .001$).

As a result of this study, it can be concluded that this behavioral modification program can enhance the mental health self-care of alcohol-dependent persons. The findings suggest that future study should continue investigating this program with groups experiencing hazardous or harmful alcohol consumption and amphetamine addiction and should be assessed for its continuous effectiveness and sustainability.

Keywords: alcohol dependence, psychosocial rehabilitation, behavioral, harm reduction modification, mental health

บทนำ

การดื่มสุร่าเป็นปัญหาในทุ่กประเทศทั่วโลก พบว่าประชากรทั่วโลกที่ดื่มสุร่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและแสดงพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บกว่า 200 โรคที่การดื่มสุร่ามีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกร้อยละ 5.9 หรือประมาณ 3.3 ล้านคนของประชากรทั่วโลก ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years; DALYs) ถึงร้อยละ 5.1 ของภาระโรคทั่วโลก และในประเทศไทย พบว่าเกิดการสูญเสีย

ปีสุขภาวะถึงร้อยละ 6.8¹ อีกทั้งการดื่มสุร่ายังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงในครอบครัว ที่เชื่อมโยงไปถึงปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในครอบครัว² เป็นปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการดื่มสุร่ายังเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย³ ฉะนั้นการดื่มสุร่าจึงเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ เพราะการดื่มสุร่าอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการติดสุร่าตามมาได้

ความชุกของภาวะติดสุราทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 8-14 ส่วนความชุกของผู้ติดสุราในประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ ในปี 2556 พบความชุกของผู้ติดสุราร้อยละ 4.1 แต่อัตราเข้าถึงบริการของผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติดสุรา ยังมีน้อยมีเพียงร้อยละ 6.6 ยิ่งผู้ติดสุรามีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้นที่เคยเข้ารับการปรึกษาและแก้ไขปัญหาคาการติดสุรา⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ล้วนต่างมีความผิดปกติของพฤติกรรมติดสุราด้วย รวมไปถึงการมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มากขึ้น อีกทั้งการสูญเสียต้นทุนเศรษฐศาสตร์ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกนั้น สูงกว่าผู้ป่วยยาบ้า เฮโรอีนและสารระเหย⁵ ดังนั้นการให้ความสำคัญและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราอย่างจริงจัง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันปัญหาต่าง ๆ จากการติดสุราโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรม ภาวะติดสุรานั้นส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อสมองส่วนหน้า (Cortex of frontal lobes) ที่ทำหน้าที่วางแผนและยับยั้งพฤติกรรมไม่เหมาะสม รวมไปถึงการปรับตัวเกี่ยวกับบุคลิกภาพ การคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดสุราที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายอีกด้วย พบภาวะซึมเศร้าที่มีความชุกสูงถึงร้อยละ 52.8⁷ และมีอัตราการเกิดโรคจิตเวชร่วมด้วยร้อยละ 60⁸ และผลกระทบต่อด้านสังคมนั้นมาจากการที่ผู้ติดสุราใช้เวลาไปกับการดื่มสุรา ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและสังคม การใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว ปัญหาค่าใช้จ่าย รวมไปถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม^{9,10} จากผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงมีความพยายามที่จะให้การช่วยเหลือผู้ติดสุรา ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ติดสุราอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผ่านมามีมุ่งที่จะจัดการทั้งพฤติกรรมติดสุราของบุคคล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมติดสุรา แต่พบว่าไม่ถึงร้อยละ 1.8 ของผู้ติดสุราเท่านั้นที่เคยเข้ารับการปรึกษาและแก้ไขปัญหาคาการติดสุรา⁴ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มากขึ้นในผู้ติดสุรา การประยุกต์หลักการลดอันตราย (harm reduction) จึงถูกนำมาเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่มีความเป็นมิตรกับผู้ติดสุรา โดย

กระบวนการลดอันตรายซึ่งเป็นกระบวนการ ที่แสดงออกถึงการเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล เพิ่มทางเลือกในการแทรกแซงการดูแลผู้ติดสุรา เป็นการลดอันตรายจากการดื่มสุรา ลดความเสี่ยงต่อการหยุดรับการรักษา¹¹ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการประยุกต์การลดอันตราย (harm reduction) มาใช้ในการจัดการกับปัญหาสุรา ตัวอย่างเช่น การรณรงค์เมาไม่ขับ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว มีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่าย ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น อีกทั้งมีส่วนช่วยลดความรุนแรงในครอบครัวลง มีความสุขในครอบครัวมากขึ้น แต่การบำบัดทางจิตสังคมยังคงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งมีประสิทธิผลในการฟื้นฟูทางจิตสังคมให้กับผู้ติดสุราได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงพบว่ามีผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษากลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 65-70¹² ทำให้เกิดการศึกษาดังกล่าวของปัญหาดังกล่าว

การกลับมาดื่มสุราซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เดือนแรก จนถึง 3 เดือน หลังเข้ารับการรักษา โดยพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิต มีความเกี่ยวข้องกับการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยส่วนใหญ่มาจากการมีความตั้งใจในการหยุดดื่มในระดับต่ำ การมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ไม่กล้าแสดงออก มีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม หรือแม้แต่การมีปัญหาขัดแย้งในครอบครัว เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ชีวิตสมรสคนใกล้ชิด การมีสุราในบ้านและการเข้าสังคมกับเพื่อน แล้วยังพบว่าผู้ติดสุรานั้นมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีระดับความเครียด และความกังวลที่สูง วัตถุประสงค์วิพากษ์วิจารณ์มักคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ และเป็นตัวถ่วงของครอบครัวทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกแปลกแยก¹³ จึงเลือกที่จะดื่มสุราเพื่อให้ลืมความทุกข์ใจชั่วคราว ซึ่งหากมีการช่วยเหลือส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา เพราะการไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดสุรา มีแนวโน้มที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ติดสุราสุขภาพจิตดีซึ่งเป็นวิธีการเชิงบวก เป็นอีกกลยุทธ์ที่จะช่วยลดปัญหาจากพฤติกรรมติดสุรา และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้อีกทาง โดยการที่บุคคลจะสามารถพัฒนาตนเองได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นกระบวนการพื้นฐานของการนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล และเป็นหลักการสำคัญของการปรับพฤติกรรม

ทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning : SDL)¹⁴ เป็นการริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งมีหรือไม่มีผู้อื่นช่วยในการเรียนรู้ก็ได้ โดยประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของตนเองว่าต้องการจะเรียนรู้เรื่องใด มีแรงจูงใจในตนเองอย่างไร จากนั้นกำหนดเป้าหมายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ออกแบบสื่อและแหล่งเรียนรู้ เลือกใช้ยุทธวิธีในการเรียนรู้ วางแผนการเรียนรู้ ลงมือฝึกทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้ และสุดท้ายคือการประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น สอดคล้องกับกระบวนการธรรมชาติของการพัฒนาด้านจิตใจ พัฒนาความสามารถในการรับมือกับชีวิตของบุคคล ในยุคของการกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยตนเองพบว่า กระบวนการที่น่าสนใจ ที่จะช่วยในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ที่จะมีความสุขภาวะที่ดี คือกระบวนการเรียนรู้ โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP)¹⁵ ซึ่งที่ผ่านมา อัญชลี ตักโพธิ์ได้นำกระบวนการนี้มาใช้เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีประสิทธิผลทำให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น¹⁶ ทำให้เห็นได้ว่ากระบวนการเรียนรู้โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยและลดระดับความรุนแรงของอาการได้¹⁷ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่นำแนวคิดการปรับพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ติดสุรา ในฐานะพยาบาลจิตเวชและรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยได้ทำการวิเคราะห์การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ติดสุราของอำเภออุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าในปี 2557 มีผู้ติดสุราฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 50 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด และสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอดสุราจาก ปี 2558-2560 มีจำนวน 20 25 และ 66 ราย ซึ่งผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพจิต ภาวะเครียด วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า และถึงขั้นเจ็บป่วยทางจิตร่วมอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา โดยการพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยออกแบบแผนการเรียนรู้

รู้ผ่านประสบการณ์ และบูรณาการแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สุรา เพื่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้หรือไม่
 - 1.1 พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมมากกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
 - 1.2 พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

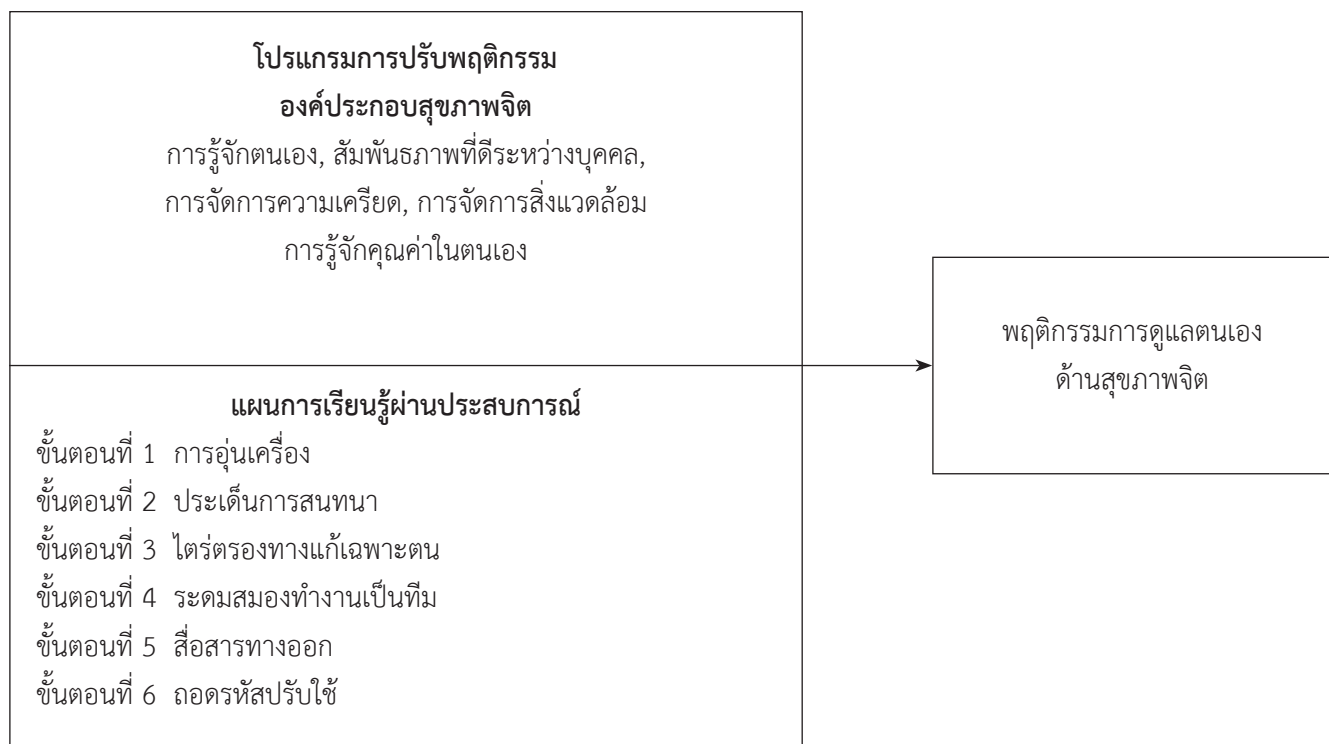
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การประยุกต์แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavioral modification) มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed Learning: SDL)¹⁴

เป็นการริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งมีหรือไม่มีผู้อื่นช่วยในการเรียนรู้ก็ได้ โดยประเมินความต้องการในการเรียนของตนเองว่าต้องการจะเรียนรู้เรื่องใด มีแรงจูงใจในตนเองอย่างไร จากนั้นกำหนดเป้าหมายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ออกแบบสื่อและแหล่งเรียนรู้ เลือกใช้ยุทธวิธีในการเรียนรู้ วางแผนการเรียนรู้ลงมือฝึกทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้ และสุดท้ายคือการประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP)¹⁵ มาช่วยให้ผู้ติดสุราได้เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพจิต ตามแนวคิดของฮิลล์และสมิธ¹⁸ ในการส่งเสริมองค์ประกอบสุขภาพจิต ประกอบไปด้วย การรู้จักตนเอง (Self-knowledge) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Satisfying interpersonal relationships) การจัดการความเครียด (Stress management) ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (environment mastery) และรู้จักคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) โดยกระบวนการทั้งหมดมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอุ่นเครื่อง (Warm up) 2) การระบุประเด็น (Problem identification) 3) ไตร่ตรองทางแก้

เฉพาะตน (Individual exploration) 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม (Group work) 5) สื่อสารทางออก (cCommunication) และขั้นตอนที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debrief) ซึ่งในแต่ละกระบวนการจะทำให้ผู้ติดสุราได้รับรู้ถึงพฤติกรรมที่จะต้องปรับเปลี่ยน เกิดการวางแผนและเลือกวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงออกถึงวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมของตนและประเมินผลวิธีการดังกล่าว โดยในกระบวนการจะมีการใช้ตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ติดสุรา เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาการเข้าใจตนเอง การตระหนักรู้ในคุณค่าตนเอง สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นผลให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เมื่อใดที่มีการปรับตัวได้ดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ในการเรียนรู้การดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข ดังแผนภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดยา อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคติดยา และพ้นจากการถอนพิษยาไปแล้ว อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ของอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: Thai Version MMSE Thai - 2002) ระดับประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารและฟังภาษาไทยเข้าใจ มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.0.10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน โดยการแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ทำการให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และให้การดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินปัญหาทั้งด้านกายจิตสังคม ด้วยการประเมินปัญหาจากการติดยา การประเมินภาวะเครียด ซึมเศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการได้รับการให้การรักษาตามสภาพปัญหาสุขภาพจิตที่พบ การให้ข้อมูล เรื่องโรค แผนการรักษา การรับประทานยาและการนัดติดตามอาการที่สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมการติดยา ประกอบด้วย การจำแนก เพศ อายุ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติพฤติกรรมการติดยา ในเรื่องระยะเวลาการติดยา ความถี่และปริมาณการดื่ม

2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ อัญชลี ตักโพธิ์¹⁴ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็นด้านต่าง ๆ ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ การแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการมีค่าคะแนนสูง แสดงให้เห็นว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ที่ดีกว่าค่าคะแนนที่ต่ำกว่า เพราะการแปลผลนี้ในแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีจำนวนข้อคำถามที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงรวมค่าคะแนนของทุกด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: Thai Version MMSE Thai - 2002) เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีคะแนน 0 – 30 คะแนน การแปลผลแบ่งตามระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการปรับพฤติกรรม หมายถึง การจัดกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรม ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (SDL)¹² มาเพื่อการส่งเสริมองค์ประกอบสุขภาพจิตที่ดีของผู้ติดยาซึ่งประกอบไปด้วยการรู้จักตนเอง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ด้วยการนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP)¹⁵ มาใช้เป็นกระบวนการในการเรียนรู้ให้ผู้ติดยาเกิดการเรียนรู้การบริหารจัดการด้วยตนเอง ตัดสินใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง และมุ่งมั่นที่จะควบคุมตนเองในการเรียนรู้ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอุ่นเครื่อง 2) การระบุประเด็น 3) ไตร่ตรองทางแก๊เฉพาะตน 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม 5) สื่อสารทางออก 6) ถอดรหัสปรับใช้ นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไปโดยการออกแบบกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดยา โดยมีจำนวน 8 สัปดาห์ มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 2 ชั่วโมง รวมเป็น 16 ชั่วโมง มีการมอบหมายการฝึกตนเองที่บ้านวันละ 20 นาที รวมเป็น 14 ชั่วโมงและมีการโทรศัพท์ติดตามหลังเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ คิดเป็นเวลาสำหรับโปรแกรมทั้งสิ้น 30 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้เพื่อรับมือ เป็นกิจกรรมสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่ 2 รู้พัฒนาตน เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การรู้จักกิจกรรมที่ 3 สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล กิจกรรมที่ 4 ร่วมฝ่าอุปสรรค เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การจัดการกับความเครียด กิจกรรมที่ 5 ดูแลกาย เป็นกิจกรรมที่สมาชิกได้เรียนรู้การรู้จักตนเองที่มากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง กิจกรรมที่ 6 เรียนรู้อยู่ร่วม เป็นกิจกรรมที่สมาชิกได้เรียนรู้การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น กิจกรรมที่ 7 ใจสำราญ เป็นกิจกรรมที่สมาชิกได้เรียนรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมที่ 8 พร้อมกันก้าวเดิน เป็นกิจกรรมที่สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อนในสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านมา โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ คือ สมาชิกสามารถที่จะระบอบุคคลประกอบสร้างเสริมสุขภาพจิตได้ รวมทั้งสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ด้วยการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดทั้งหมดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของเนื้อหา โครงสร้างและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ จากนั้นทำการหาค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index: CVI) พบค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับอยู่ที่ 0.97 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปทดลองใช้กับผู้ติดยาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83 ถือว่านำไปใช้ได้¹⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562 เลขที่ COA 043/2562 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย สิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิในการได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งในด้านบวกและด้านลบของการวิจัย การรักษาความลับ ตลอดจนได้รับการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยการเปิดเผยข้อมูลจะเป็นการรายงานข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ และข้อมูลทุกอย่างจะใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัยและจากนั้นข้อมูลจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ขึ้นดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการฝึกตนเองที่บ้านและโทรศัพท์ติดตาม 2) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับการประเมินปัญหาทั้งด้านกาย จิตสังคม ปัญหาจากการดื่มสุรา ภาวะเครียด ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการได้รับการให้การปรึกษาตามสภาพปัญหาสุขภาพจิตที่พบ การให้ข้อมูลเรื่องโรคแผนการรักษา การรับประทานยาและการนัดติดตามอาการที่สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งครั้งแรกในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้ทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการดำเนินการกิจกรรม (Pre-test)

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังรับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทดสอบทางสถิติแบบที่ ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติแบบที่ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสุรา พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.42 ปี (SD = 11.37) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 52.84 ปี (SD = 7.66) เมื่อทดสอบด้วยสถิติที่ชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.45, p > .05$) ด้านเพศ ในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงร้อยละ 58.1 มากกว่าเพศชายที่มีร้อยละ 41.9 ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชายมีร้อยละ 51.6 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่มีร้อยละ 48.4 ด้านสถานภาพพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีร้อยละ 64.5 เท่ากัน ส่วนระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 90.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 83.9 ด้านอาชีพที่ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มทดลองมีร้อยละ 80.6 และกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 67.7 เมื่อพิจารณารายได้ต่อเดือนทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมต่างมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 87.1 และ 80.6 ตามลำดับ สรุปผลการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคส์แควร์ (Chi-Square test) ในด้านเพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซกต์ (Fisher's exact test) ในด้านสถานภาพระดับการศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.01, p > .05$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
• การพัฒนาการรู้จักตนเอง	35.90	4.60	35.68	4.56	60	.19	.42
• การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	19.55	3.30	19.39	3.17	60	.20	.42
• การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	16.97	2.35	16.68	2.86	60	.44	.33
• การเผชิญปัญหา	31.35	4.48	30.10	5.42	60	1	.16
• การพัฒนาและดำรงรักษา ระบบสนับสนุนทางสังคม	14.61	3.06	14.81	3.15	60	-.25	.40
• การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29.19	4.45	26.39	4.43	60	2.49	.08
• การดูแลตนเองโดยทั่วไป	25.81	3.67	24.81	3.46	60	1.10	.14
• พฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตโดยรวม	173.39	21.40	167.84	21.82	60	1.01	.16

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.30, p < .001$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง (n = 31)		หลังการทดลอง (n = 31)		df	t
	M	SD	M	SD		
• การพัฒนาการรู้จักตนเอง	35.90	4.60	41.23	4.15	30	7.55***
• การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	19.55	3.30	22.45	2.54	30	5.18***
• การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	16.97	2.35	19.65	1.74	30	5.76***
• การเผชิญปัญหา	31.35	4.48	36.77	3.39	30	6.41***
• การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	14.61	3.06	16.87	2.87	30	4.10***
• การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29.19	4.45	33.19	4.41	30	5.05***
• การดูแลตนเองโดยทั่วไป	25.81	3.67	29.77	2.79	30	7.32***
• พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม	173.39	21.40	199.94	17.60	30	7.30***

*** $p < .001$

เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 26.55, SD = 20.25$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .29, SD = 4.53$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.05, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มควบคุม (n = 31)			df	t	
	M	SD	\bar{D}_1	M	SD	\bar{D}_2			
ก่อนการทดลอง	173.39	21.40		167.84	21.82				
			26.55	20.25		.29	4.53	60	7.05***
หลังการทดลอง	199.94	17.60		168.13	22.32				

*** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมมากกว่าก่อนทดลอง อภิปรายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ติดสุรา เกิดบรรยากาศและความรู้สึกไว้วางใจกัน ถ้าที่จะแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเองที่มากขึ้น มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจถึงเหตุผลก่อให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนให้ดีขึ้น ทำการวางแผนและเลือกวิธีการที่ได้จากการคิดวิเคราะห์และได้แลกเปลี่ยนกับสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม พร้อมนำเสนอวิธีการดังกล่าวด้วยการลงมือปฏิบัติหรือวิธีการผ่านสถานการณ์สมมติ พร้อมประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้นในขั้นต้น ทำให้เกิดมโนภาพในการที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการออกแบบกิจกรรมผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยต่อกัน พร้อมทั้งจะเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ซึ่ซมและให้กำลังใจกันเป็นการเสริมแรงทางบวก อีกทั้งการให้การยอมรับ และเคารพทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการลดอันตรายจากการดื่มสุรา เป็นการแสดงออกถึงการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดสุรา ซึ่งการแสดงออกดังกล่าว มีส่วนในการส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁰ นำไปสู่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่ดีของตน เมื่อเข้าสู่กิจกรรมที่ 2-8 ผู้ติดสุราได้เรียนรู้องค์ประกอบส่งเสริมสุขภาพจิตของตนในแต่ละองค์ประกอบ ผ่านขั้นตอนแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP) การเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยการใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพ ช่วยจุดประกายทำให้เกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายไปในทิศทางที่ต้องการ¹⁴ มองเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ การส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้สมาชิกมุ่งมั่นที่จะค้นหาวิธีการที่จะมาพัฒนาตน พร้อมเปิดเผยตนเอง เปิดรับข้อมูล และวิธีการจากสมาชิกอื่น เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตน ทำการฝึกทักษะวิธีการนั้น ผ่านสถานการณ์สมมติละครสั้น พร้อมประเมินผลวิธีการนั้นด้วยตนเอง ทำให้เข้าใจและเกิดมโนภาพต่อวิธีการและประเมินประสิทธิภาพของวิธีการ

ที่เลือกนั้น ๆ เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ด้วยตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง ครอบคลุมในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน และแผนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP) ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม มีการรับรู้ในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสุขภาพจิตตระหนักถึงการพัฒนาตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าผู้ที่ผู้ติดสุราได้รับรู้ถึงปัญหาของตน แล้วได้รับโปรแกรมการรักษาที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้ติดสุรา ให้มีความรู้ ความสามารถและมีแรงจูงใจในการจัดการพฤติกรรมของตน และการได้ฝึกทักษะที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ติดสุราอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองไปในทางที่ดีขึ้น¹³

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อภิปรายได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มการปรับพฤติกรรม ทำให้ผู้ติดสุราได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง รับรู้ถึงความสำคัญและเกิดความตระหนักในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม เกิดการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนวิธีการกับสมาชิกกลุ่ม เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดมุมมองและวิธีการที่หลากหลาย การได้พิจารณาทางเลือกและลงมือฝึกทักษะหรือวิธีการที่เลือก ทำให้เกิดความมั่นใจและประเมินผลวิธีการดังกล่าว และการที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลสนับสนุนในโอกาสที่เหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เป็นผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ส่วนผู้ติดสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีโอกาสน้อยที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือแม้แต่ซักถามข้อสงสัย จึงทำให้ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุราหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการทำความรู้สึกคิดและความเข้าใจของตนถึงปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต ก่อให้เกิดความตระหนัก แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาตามมา²⁰ นอกจากนี้การที่ผู้ติดสุราได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ ที่ทำให้เกิดการเข้าใจและรู้จักตนเอง จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่มาก

ขึ้น สามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถเลือก
กระทำพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การหางานที่เป็นประโยชน์
ทำเพื่อลดความเครียด แทนการดื่มสุรา²² และการศึกษาที่แสดง
ให้เห็นว่า การช่วยจุดประกายการเรียนรู้ของผู้ติดยา ทำให้เกิด
ความเข้าใจและรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่
ไม่เหมาะสม กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม ซึ่งการได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกกลุ่ม
ทำให้เกิดความชัดเจนในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง รวมทั้งการได้เรียนรู้ผ่าน
บทบาทสมมติ ทำให้บุคคลได้ฝึกทักษะ เกิดการเรียนรู้อุปสรรค
และประเมินผลสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการที่วางแผนปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของตน²¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อ
พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดยาไปใช้
ในคลินิกและติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับ
พฤติกรรมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่ม
สารเสพติดอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา กรรมการ
สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ
ทุกท่าน ขอขอบคุณกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และ
ผู้มีอุปการะคุณทุกท่าน ที่ให้โอกาสและพร้อมให้การสนับสนุน
เป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัยตลอดมา และขอขอบคุณ
กัลยาณมิตรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน
แก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เสมอมา

References

1. Kusreesakul K, Kittirattanapaiboon P, Makka N,
Bundhamcharoen K. The burden of mental
and alcohol/substance use disorders in
Thailand 2014. J Ment Heal Thai. 2018;26(1):
1-15. (in Thai)
2. Ross R, Stidham AW, Saenyakul P, Creswell JW.
Intimate partner violence, emotional support
and health outcomes among Thai women: a
mixed methods study. J Royal Thai Army
Nurses. 2015;16(1):22-32. (in Thai)
3. Julawong O. Exploring risky behaviors related to
HIV infection in Thai Army Conscripts. J Royal
Thai Army Nurses. 2013;14(3):142-150. (in Thai)
4. Jirapramookpitak T. Mental health gap and
related economic burden : a longitudinal
community survey. Faculty of Medicine, Tham-
masat University. 2015. (in Thai)
5. Pathayanant N, Ratniyom A. An analysis of
economic costs of drug abuse treatment
at Thanyarak Institute. J Med Heal Sci. 2011;
18(1):8-20. (in Thai)
6. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive
impairments in alcohol-dependent subjects.
Front Psychiatry. 2014;5(JUL):1-6.
7. Aroonrattanapong R, Chansil C. Prevalence and
Associated Factors of Depression Awareness
in Patients with Alcohol use Disorder at
Maharajnakorn Chiang Mai Hospital. J Psychiatr
Assoc Thai. 2017;62(1):27-34. (in Thai)
8. Phajuy A, Sriburapar N. Psychiatric Comorbidity
of Alcohol Dependent Patients Admitting in
Chiang Mai Drug Dependence Treatment
Center. J Psychiatr Assoc Thai. 2009;54(1):
63-74. (in Thai)
9. Niyakit S. Prevalence , Drinking Behavior and
Household Expenses of Alcohol Drinking of
the Population in Tambon Rainoi , Muang
District , Ubon Ratchathani Province. J Off DPC7
Knong Kaen. 2012;11(1):21-32. (in Thai)
10. Waleewong O, Thamarangsi T, Jankhotkaew J.
Alcohol's harm to others in Thailand: concept,
situation and gap in knowledge. J Heal Syst
Res. 2014;8(2):111-119. (in Thai)

11. Maremmanni I, Cibin M, Pani PP, Rossi A, Turchetti G. Harm reduction as “continuum care” in alcohol abuse disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14828–41.
12. Panya P, Sethabouppha H, Jormsr P. Experiences of relapse among elderly with alcohol dependence. *Nurs J*. 2013;40(4):45–55. (in Thai)
13. Viwangshu P, Ratanubol A, Boonprakob P. Development of a transformative learning model for alcoholic rehabilitation treatment. *SDU Res*. 2013;9(2):217–31. (in Thai)
14. Knowles M S. *Self-directed learning a guide for learners and teachers*. Englewood Cliffs, NJ: Cambridge; 1975.
15. Jitrajinda S, kanha S. *Children cognizant Thailand advertising trick against children*. Bangkok: Pimde; 2005. (in Thai)
16. Takpho A, Somprasert C, Imkome E. The effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients’ primary caregivers. *J Nurs Heal Care [Internet]*. 2017;35(3):109–19. (in Thai)
17. Somton S, Aunguroch Y, Suktrakul S. The Effect of Psycho-Education Combined with Social Media Program on Symptom Severity of Persons with Bipolar Disorder. *J Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(1):252–60. (in Thai)
18. Hill L & Smith N. *Self-care nursing: promotion of health second edition*. New jersey, Prentice-Hall;1990.
19. Burns N & Grove SK. *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, & Utilization*. W.B. Saunders and Co., Philadelphia;1997.
20. Kanokchanya P, Uthis P. Effects of brief intervention program using integrated motivational interviewing and cognitive behavioral restructuring on depression and alcohol consumption among alcohol dependence. *J Psychiatr Nurs Ment Heal*. 2013;27(2):56–68. (in Thai)
21. Saardiem W, Pumprawai A, Rongmuang D. The effects of the modifying smoking behavior program of working men in Chaiya District, Suratthani Province. *J Grad Res*. 2016;7(1):85–100. (in Thai)
22. Rurob U. *Coping skill training and cue exposure therapy for alcoholic patients at Nakhonratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital*. Khon Kaen University; 2010. (in Thai)