



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรม การตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

รัตติรัตน์ โกจะกัง พย.ม.¹

พยาม การดี พร.ด.²

(วันรับบทความ: 13 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 13 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมตี้มแอลกอฮอล์ นำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง และมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยซึมเศร้า จำนวน 30 คน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังครบโปรแกรมทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนแต่ละช่วงเวลา ด้วยสถิติ Friedman test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed ranks test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การตี้มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบรายคู่ พบว่าทุกระยะของการศึกษามี คะแนนพฤติกรรมลดการตี้มสุราที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเปรียบเทียบระหว่างหลังครบโปรแกรม 1 เดือน กับระยะ 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธ การตี้มสามารถลดได้ในระยะ 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม และเสนอให้พัฒนาโปรแกรมให้มี Booster dose ในระยะหลัง 1 เดือน

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน ซึมเศร้า พฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: raddarat9873@gmail.com Tel: 093-2219873



Effects of the Self-efficacy Enhancement Program for Drinking Refusal on Alcohol Drinking Behaviors among Major Depressive Disorders, Dokkhamtai Hospital, Phayao Province.

Raddarat Gojagang M.N.S.¹

Phayam Kandee Ph.D.²

(Received Date: May 13, 2025, Revised Date: July 1, 2025, Accepted Date: July 13, 2025)

Abstract

For persons with major depressive disorders drinking alcohol often leads to self-harming behaviors and puts them at a significantly higher risk of completed suicide. This study employed a quasi-experimental, one-group, pre-posttest design to study the effect of a self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with major depressive disorders who drink alcohol at Dokkhamtai Hospital, Phayao province. The sample consisted of 30 persons with major depressive disorders with alcohol drinking behaviors. Data were collected at four time points: before the intervention, immediately after the intervention, at a 1-month follow-up, and at a 3-month follow-up. The self-efficacy enhancement for drinking refusal program was used as the research's interventional program. Data collection instruments included: 1) a general information questionnaire and 2) an alcohol drinking behavior screening tool. Data were analyzed using descriptive statistics for general information, the Friedman test to compare differences over time, and Wilcoxon signed-rank tests for pairwise comparisons.

The results revealed that the mean scores of alcohol drinking behavior at all three post-intervention time points were significantly lower than the pre-intervention scores. Actually, when paired for each two time points as shown on the abstract, the findings were statistically significant different except the pair of a 1-month F/U and a 3-month F/U. Therefore, the self-efficacy enhancement program for alcohol refusal demonstrated a reduction in effectiveness within one month after program completion. It is recommended that the program be further developed to include a booster dose beyond the one-month period.

Keywords: self-efficacy, depression, drinking behavior

¹Registered Nurse, Professional Level, Dokkhamtai Hospital, Dokkhamtai District, Phayao province

²Assistant Professor, School of Nursing, University of Phayao, Mueang District, Phayao province

¹Corresponding author, Email: raddarat9873@gmail.com Tel: 093-2219873



บทนำ

ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสารเสพติดที่คนจำนวนมากใช้ด้วยเหตุผลที่ต่างกัน การใช้แอลกอฮอล์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ใช้นั้น แต่ยังส่งผลเสียต่อครอบครัวและสังคมโดยรวมด้วย ข้อมูลทางานสถิติพบว่า 1 ใน 3 ของประชากรโลกเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,348 พันล้านคน (ร้อยละ 43 ของประชากร)¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย พ.ศ. 2563 ที่มีผู้เข้ารับบริการ อายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองปัญหาจากการดื่มร้อยละ 33.45 พบเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 11.63 แบ่งเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงต่ำร้อยละ 89.10 ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงปานกลางร้อยละ 9.29 ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงสูงร้อยละ 1.61² สัดส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบันสูงที่สุดอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 35.40 จังหวัดพะเยา มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับสูง ติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ มีผู้ดื่มสุราเข้าสู่ระบบการบำบัด 5,887 คน จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 25,934 คน คิดเป็นร้อยละ 22.70 ในปี พ.ศ.2567 อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีการคัดกรองผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 10,015 คน พบว่ามีผู้ดื่มจำนวน 1,152 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50^{3,4} สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ในช่วง ปี พ.ศ.2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเกี่ยวกับปัญหาแอลกอฮอล์ จำนวน 126, 150 และ 164 คน ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นที่น่าสนใจว่าความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{5,6}

โรคซึมเศร้ามีลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง โดยมองตนเองมองโลก และอนาคตในทางลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ทำให้สมาธิ การคิด การตัดสินใจบกพร่อง ระดับแรงจูงใจในการทำกิจกรรมลดลงเป็นอย่างมาก และมีความคิดฆ่าตัวตาย^{7,8} สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 21.73, 22.22 และ 25 ตามลำดับ⁵ อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนในครอบครัวที่โทษตัวเองและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีสมรรถภาพการทำงานลดลง ทั้งประสิทธิภาพของงานและการขาดงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศตามมา^{9,10} ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีโอกาใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการมองปัญหาในทางลบว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ด้วยการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์¹¹ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บเกิดบาดแผล การถูกทำร้าย 2) ด้านสังคม ทั้งต่อผู้ได้รับผลกระทบเอง รวมทั้งครอบครัวและชุมชน 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุ/ความรุนแรง และ 4) ด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ความรู้สึกท้อแท้ กลัว เบื่อหน่าย เศร้า หวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น⁸ นอกจากนี้ความผิดปกติจากดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า¹² ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการพยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ผู้พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสจะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็น 2.48 เท่า¹³ สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.78, 50 และ 44.44 ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะยิ่งเพิ่มสูงมากขึ้นหากผู้ป่วยซึมเศร้ามีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีโปรแกรมที่สร้างขึ้นมาเพื่อปรับแก้พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)¹⁴ โปรแกรมการสนับสนุนให้พัฒนาตนเองตาม หลัก 12 ขั้นตอน เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้



ผู้ติดสุรายอมรับปัญหาจากการดื่มสุรา ยอมรับว่า ตนเองไม่มีพลังอำนาจในการควบคุมการดื่มสุราเปิดใจยอมรับพลังอำนาจเหนือตนเองค้นหาและสำรวจ พฤติกรรมของตนเอง รวมถึงปรับปรุงแก้ไขวิถีชีวิตแบบใหม่ที่มีความสมดุล ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ¹⁵ ซึ่งถือเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ส่วนใหญ่จะใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นหลัก ยังไม่พบการศึกษาที่นำโปรแกรมมาลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม¹⁶ เป็นหนึ่งโปรแกรมที่มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยต่อการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁷ ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะร่างกายและอารมณ์ให้พร้อมปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดโน้มน้าวให้เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง และ 4) การได้เห็นบุคคลต้นแบบหรือประสบการณ์ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากบุคคลอื่น¹⁷

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้ มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ทั้งพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างสูง ประกอบกับยังไม่มีโปรแกรมที่สามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผล ผู้วิจัยจึงได้นำ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การการปรับความคิดทางบวก 3) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 4) กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว 5) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 6) การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ และ 7) สรุปและประเมินผลกิจกรรม มาทดลองใช้เพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม หลังได้รับโปรแกรมทันทีระยะ 1 เดือน และ ระยะ 3 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์และมารับบริการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 เดือน ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติทางอารมณ์ มีความรู้สึกโศกเศร้า ไม่มีความสุข เบื่อชีวิต รู้สึกหมดหวังไร้ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย และจะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจส่งผลทำให้เกิดความหุนหันพลันแล่น และมีความกล้าที่จะทำร้ายตัวเองมากขึ้น โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์¹⁶ แบบรายกลุ่ม ประยุกต์จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura¹⁷ สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผลจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่มได้ โดยเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 1



โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

- 1.การสร้างสัมพันธภาพ: กิจกรรมรู้จักกัน รู้จักฉัน รู้จักเธอ
2. การปรับความคิดทางบวก: ฝึกเปลี่ยนประโยคด้านลบให้เป็นบวก
3. การฝึกเทคนิคคลายเครียด: ฝึกเทคนิคคลายเครียดและการจัดการอารมณ์
4. กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว: แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข่าวที่มีผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
5. การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ: เล่าประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มของตนเองทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว
6. คนเล็กเหล้าเปลี่ยนชุมชน: ให้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life-modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่ม ส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน
7. สรุปและประเมินผลกิจกรรม: สรุปวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากเข้าร่วมกิจกรรม

พฤติกรรม
การดื่ม
แอลกอฮอล์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และมารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 30 คน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า และมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจากการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้คะแนนแบบคัดกรองซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD-10 F32, F33, F34.1, F38 และ F39 เมื่อวัดด้วยแบบคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (Assist 7 คำถาม) ได้คะแนนตั้งแต่ 1 – 26 คะแนน และมารับบริการที่คลินิกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี)
3. มารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2567 – เดือนมีนาคม พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการพูดและการเขียน

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีอาการทางจิตหรือโรคทางกายที่อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตามขั้นตอนของการวิจัย

เกณฑ์การถอดออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ย้ายออกนอกพื้นที่ไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
2. เข้าร่วมโครงการไม่ครบทั้ง 7 กิจกรรม
3. ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิเสธระหว่างการวิจัย



ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power และ กำหนดค่า Effect size ที่ 0.25 (medium)¹⁸ power ที่ 0.80 และ ค่า p -value ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน เพื่อป้องกันกลุ่มเป้าหมายออกจากการวิจัยก่อนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Dropout) ทีมผู้วิจัยจึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20¹⁹ จากการคำนวณผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 6 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ทีมผู้วิจัยพัฒนามาจาก พิมพ์พรรณ แก้วมา และคณะ¹⁶ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดย Bandura¹⁷ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนกิจกรรมในโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์ โดยปรับกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธจากเดิมมี 2 ครั้ง เหลือเพียง 1 ครั้ง และเปลี่ยนเป็นกิจกรรมการปรับความคิดทางบวก 1 ครั้ง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.85 และนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมิน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งมีการปรับคำพูด ลำดับขั้นตอนในกิจกรรมให้ชัดเจน โดยไม่ได้กระทบตัวกิจกรรมและเนื้อหาหลักให้สมบูรณ์ก่อนนำมาใช้จริงกลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโปรแกรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แต่ละครั้งประกอบด้วย 2-3 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์

2. แบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (Assist 7 คำถาม) พัฒนาโดย World Health Organization (WHO) แปลเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัสณางค์กรชัย และคณะ²⁰ โดยทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 1,047 คน อายุ 18-45 ปี มีความไว 0.93 และความจำเพาะ 0.71 จุดตัด 5.50 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.80²⁰ งานวิจัยที่ผ่านมาพบมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.80²¹ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของ การประเมิน ดังนั้นจึงไม่ได้นำไปหาความตรงของเนื้อหาซ้ำ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁹ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกต (Likert scale) มีค่าของคะแนน 0-39 คะแนน การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Lower risk) คะแนน 11 - 26 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Moderate risk) คะแนนมากกว่า 26 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยงสูง (High risk)²⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม แบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แต่ละครั้งประกอบด้วย 2-3 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบตามที่ หลังครบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าเป็นการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ จึงใช้ สถิติ Nonparametric ทดสอบความแตกต่าง ในแต่ละช่วงเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน) ในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Friedman test ซึ่งเป็นการใช้วิเคราะห์กรณีที่ทดลองหรือตัวแปรต้นมี 1 ตัวแปร และวัดกลุ่มตัวอย่างซ้ำหลายครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง) จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายคู่ ก่อนและหลังครบโปรแกรมทันที ก่อนและหลังครบโปรแกรม 1 เดือน ก่อนและหลังครบโปรแกรม 3 เดือน หลังครบโปรแกรมทันทีและหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้สถิติ Wilcoxon-signed ranks test¹⁹

จริยธรรมการทําวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขโครงการวิจัย 048/2567 วันที่รับรอง 27 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60
หญิง	12	40
อายุ		
21-30 ปี	3	10
31-40 ปี	9	30
41-50 ปี	10	33.33
51-60 ปี	8	26.67
(range = 21-59 ปี, Mean = 42.10 ปี, S.D. = 9.82)		
หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้		
หยุดดื่ม	5	16.67
ไม่หยุดดื่ม	25	83.33
เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงชีวิตที่ผ่านมา		
เคย	6	20
ไม่เคย	24	80



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศชาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ เพียง 5 คน (ร้อยละ 16.67) และดื่มตามปกติ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน

จากผลการทดสอบด้วยสถิติ Friedman พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า ระหว่างช่วงเวลาทั้ง 4 ช่วง ($\chi^2 = 68.91$, $df = 3$, $p < .001$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=30)

ช่วงเวลา	Mean	S.D.	Mean Rank	Median	IQR
ก่อนได้รับโปรแกรม	24.13	7.82	3.98	27	13.75
หลังครบโปรแกรมทันที	7.60	4.87	2.57	6	4.25
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน	3.57	6.50	1.70	0	5.25
หลังครบโปรแกรม 3 เดือน	4.03	7.54	1.75	0	5.25

$\chi^2 = 68.91$, $df = 3$, $p < .001$

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ หลังครบโปรแกรม 3 เดือน (n=30)

คะแนนพฤติกรรมการดื่ม (Score of alcohol drinking behavior)	Min-Max	Mean	S.D.	แปลผล ระดับความเสี่ยง
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11-37	24.13	7.82	ผู้ดื่มแบบติด
หลังครบโปรแกรมทันที	0-21	7.60	4.87	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน	0-30	3.57	6.50	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
หลังครบโปรแกรม 3 เดือน	0-30	4.03	7.54	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

จากการผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังครบโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมทุกช่วงมีระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม รายละเอียดดัง ตารางที่ 3

จากนั้น ทำการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รายคู่หลังการวิเคราะห์ (Post-hoc) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ระหว่างช่วงก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรมทันที ก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรม 1 เดือน ก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน หลังครบโปรแกรมทันทีกับหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และหลังครบโปรแกรมทันทีกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของระหว่างหลังครบโปรแกรม 1 เดือนและหลังครบโปรแกรม 3 เดือน ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=30)

การเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังครบโปรแกรมทันที	-4.785	.000*
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน	-4.785	.000*
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-4.706	.000*
หลังครบโปรแกรมทันที-หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน	-2.913	.004*
หลังครบโปรแกรมทันที-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-2.602	.009*
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-1.000	.317

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทุกระยะหลังครบโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน²² พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่า วัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยอธิบายพฤติกรรมของบุคคลไว้ดังนี้ คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดประสงค์ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่สิ่งที่ปรารถนา ซึ่งสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้¹⁵ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรม กรณีศึกษาจากข่าว เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับข้อมูลจากสื่อ ภาพ ข่าว เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกิดการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่รุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ถึงภาวะคุกคามและอันตรายที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดอันตราย²³ และกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธกิจกรรมนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการเล่าประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มของตนเองทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นจากภายในตนเอง โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความคิดของตนเอง รวมทั้งเกิดกำลังใจเมื่อได้รับฟังประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มรายอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่องซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิดและ เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตามมาได้²⁰ การเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ การถ่ายทอดข้อมูลความสำเร็จสู่ผู้อื่น เมื่อมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ จะช่วยให้ บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเอาชนะอุปสรรคปัญหาหรือความยากลำบาก^{24,25} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิตา ชูสว่าง และคณะ²⁶ ที่พบว่าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูง บุคคลนั้นก็จะมีความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์น้อยลง



อย่างไรก็ตามพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังครบโปรแกรม 3 เดือน สูงขึ้นเล็กน้อย หลังครบโปรแกรม 1 เดือน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสอดคล้องกับผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ที่พบว่าเพศชายดื่มหนักกว่าเพศหญิง 11 เท่า²⁷ และสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดอยู่ในประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-44 ปี)²⁸ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังครบ 1 เดือน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) ไม่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ ความตั้งใจการหยุดดื่มของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าโปรแกรมอาจมีผลทำให้เมื่อได้รับโปรแกรมสามารถลดและหยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ แต่เมื่ออยู่ในช่วงของการติดตามผลหลังครบ 3 เดือน อาจทำให้ความคงอยู่และความยั่งยืนของการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่คงที่และหันกลับมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกให้ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวกจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเองมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ สามารถควบคุมอารมณ์และช่วยให้เกิดการแสดงพฤติกรรมในทางที่ดีได้²³ อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง เพิ่มความคิดที่มีความหวัง และเพิ่มการแสวงหาเป้าหมายในชีวิต การใช้คำพูดเพื่อชื่นชมจากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่พอใจของบุคคลนั้น ๆ การใช้วิธีการชักจูงด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวจะไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ จึงควรร่วมกับการฝึกทักษะที่ทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป²⁴ และการมีกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายเห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life-modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่ม ส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน อธิบายได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม โดยเห็นว่านอกจากมนุษย์จะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตการกระทำของตัวแบบจากคำพูดและพฤติกรรม การได้เห็นถึงบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับตนประสบความสำเร็จในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเรียนรู้จากตัวแบบจึงมีประโยชน์อย่างมากกับบุคคลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน²⁴ ซึ่งวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม จากกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม จะส่งผลต่อความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้นในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การมีทัศนคติที่ดีที่ส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการดำรงพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะนำไปสู่การเลิกดื่มสุราอย่างชัดเจน²⁹ การตัดสินใจป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านสื่อกิจกรรม ได้แก่ การบรรยายองค์ความรู้ การเสวนาแลกเปลี่ยนมุมมอง วิเคราะห์กรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากต้นแบบ สถานการณ์สมมติในการตัดสินใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างช่วงหลังครบโปรแกรม 1 เดือนกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน สามารถอธิบายได้ว่า ในช่วงครบโปรแกรมทันที ถึงครบโปรแกรม 1 เดือน เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างจดจำเทคนิควิธีการในการปฏิเสธการดื่มได้ดี ประกอบกับมีความกระตือรือร้นในการใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมมาใช้ในการปฏิเสธการดื่มของตนเอง จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนช่วงหลังการครบโปรแกรม 1 เดือน กับหลังการครบโปรแกรม 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจเริ่มหลงลืมทักษะและเทคนิคที่ได้รับจากโปรแกรม และเริ่มหมดความกระตือรือร้นในการใช้ทักษะและเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายอาจเปลี่ยนสลับไปมาได้ สอดคล้องกับ Transtheoretical model หรือ Stage of change theory หรือโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ Prochaska และ DiClemente³⁰ ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลา ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละผู้คน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลักษณะอาการทางคลินิก โดยเฉพาะด้านความคิดและอารมณ์อาจมีผลต่อความคงอยู่และความยั่งยืนของโปรแกรม



สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยประยุกต์จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลและช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากโปรแกรมมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้ เช่น ไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะปัญหาความเครียดตรงภายในของการศึกษา เช่น ภูมิภาวะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
2. การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำให้อาจมีปัญหาเรื่องความเที่ยงตรงภายนอก ในการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาให้มีความทั่วไปได้และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม ไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ผู้บริหารของโรงพยาบาลหรือผู้มีบทบาทเชิงนโยบายทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ หรือแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ และเผยแพร่ให้บุคลากรในทีมสุขภาพนำไปใช้

ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมนี้นำไปใช้ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพิ่มกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต เน้นการปรับความคิดทางลบให้เป็นทางบวก สร้างสรรค์ และอยู่ในความเป็นจริง และควรมีการใช้โปรแกรมนี้นในการกระตุ้นเตือนหรือทำซ้ำ (Booster) หลังได้รับโปรแกรมนี้นี้ไปแล้ว 1 เดือน หรือหลัง 3 เดือน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ให้อยู่และเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์
2. ควรมีการศึกษาขยายผลต่อในผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มอื่น เช่น กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking) และกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วัยอื่น เช่น วัยรุ่นหรือวัยสูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาขยายผลต่อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น บุหรี่ และยาบ้า
4. ควรบูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการบำบัดวิธีแบบอื่น ๆ และนำมาใช้ในงานประจำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้า ลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

References

1. Ilhan MN, Yapar D. Alcohol consumption and alcohol policy. Turkish Journal of Medical Sciences. 50(5):1197-202. doi:10.3906/sag-2002-237.
2. Office of the Alcohol Control Committee. Alcohol Beverage Control 2020: Data Visualize Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf> (in Thai)



3. Kitsanayothin P. A study on alcohol consumption behavior, the impact of alcohol drinking, and the quality of life of the people in Sukhothai Province. *R & D Health System Journal*. 2021;14(3):275-87. (in Thai)
4. Phayao Provincial Public Health Office. HDC – Report. Standard Reporting Group. Data to respond to the Service Plan for the Substance Abuse Branch. Screening and treatment of alcohol drinkers (specialpp) [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 14]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-report-detail/ae0da581446e5c34cef7b7690f32db47> (in Thai)
5. Dok Kham Tai Hospital. Annual Report 2022–2024. Psychiatry and Substance Abuse Division; 2024. (in Thai)
6. Kamontaypa N. Prevalence and associated factors of addictive behaviors in patients with depressive symptoms. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
7. American Psychiatric Association. DSM-5® Update: Supplement to diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 5]. Available from https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_October2018.pdf
8. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2015; 22(4):345–65. doi:10.1111/cpsp.12125.
9. Aukkanipat A, Lapborisut C. The city and me: Urban depression and how we become melancholic [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://theurbanis.com/public-realm/19/06/2023/14569>. (in Thai)
10. Dulchupracha W, Werawattanachai C, Boonlue T. Impact of depression on work loss and disabilities in Thai patients with major depressive disorder. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*. 2016;11(2):1-12. (in Thai)
11. Phajuy A, Rangsiwaroj N, Srithammachart L, Chainonthi A, Jaija R. The development of problem solving program for reducing depression and drinking behavior among patients with alcohol dependence. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2024;38(3):64-86. (in Thai)
12. Ritmontree S, Daosodsai S, Boontoch K, Chansuk S. The harmful impacts of other people drinking alcohol by the perception of victims. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2023;31(1):51-61. (in Thai)
13. Chamalerk T. Factors related to success suicide in suicidal attempt patient in Sisaket Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*. 2023;2(3):104-14. (in Thai)
14. Jornburom Y, Wisen N. Effects of the mind empowerment program on self-change readiness and alcohol craving in patients with alcohol dependence in community, Sa-kaeo Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019;68(3):64-71. (in Thai)
15. Sununta S, Sununta W, Thipnun W. The effectiveness of twelve step facilitation program on abstinence drinking among alcohol dependence. *APHEIT International Journal of Interdisciplinary Social Sciences and Technology*. 2022;11(1):58-68. (in Thai)
16. Kaewma P, Wiriya P, Wongwaun P. Effect of the self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with alcohol-use disorders, Suan Prung Psychiatric Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2021;1(1):1-14. (in Thai)
17. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.



18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
20. Atsanangkornchai S, Arunpongpaisal S. Problems and disorders from alcohol consumption: Importance and treatment in Thailand [Internet]. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health; 2024 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/174>
21. Boonmetta S, Sethabouppha H, Bhatarasakoon P. Effect of the effective couple's communication skills enhancement program on alcohol drinking behaviors of patients with alcohol use disorders. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2024;38(1):60-74. (in Thai)
22. Homsin P, Srisuriyawet R. The effects of a self-efficacy enhancement program on drinking and cigarette smoking prevention among hearing impaired adolescents. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(1):161-7. (in Thai)
23. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 1975;13:10-24. doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002.
24. Sopajorn W, Poonphon P, Khamcharoen A, Khammanat Y, Phongtao P. Self-efficacy in avoiding alcohol consumption among Thai adolescents. Journal of Mahamakut Buddhist University Isan Campus. 2023;4(3):85-98 (in Thai)
25. Homsin P, Srisuriyawet R. The effects of a self-efficacy enhancement program on drinking and cigarette smoking prevention among hearing impaired adolescents. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(1):161-7. (in Thai)
26. Choosawang S, Wichitsa-nguan J, Chumnaul J, Useng W, Mudadum A. Factors affecting decision on consuming alcoholic beverages among undergraduate science students, Prince of Songkla University. Princess of Naradhiwas University Journal. 2021;14(2):147-64. (in Thai)
27. Atsanangkornchai S. Report on the situation of alcohol consumption in Thai society, 2021 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 5], Available from: <https://cas.or.th/content?id=18> (in Thai)
28. Chudha W, Makklai K. 12-month prevalence of alcohol use disorders: Results of the 2023 National Mental Health Epidemiology Survey of Thailand. Ment Health Knowl Bank, Dep Ment Health [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1689>. (in Thai)
29. Deepana A, Numkham L, Wattanasoei S. Factors affecting intention to alcohol abstinence among the department store employees in Nan Province. Thai Science and Technology Journal. 2020;28(1):168-81. (in Thai)
30. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist. 1992;47(9):1102-14. doi:10.1037//0003-066x.47.9.1102